

CASO PROBLEMA

Hombre de 25 años de edad con lesiones panfaciales severas que afectan los tejidos blandos, las órbitas, maxilar, mandíbula y nariz. El examen intraoral permite observar maloclusión y desplazamiento de los dientes por múltiples fracturas maxilares y mandibulares (fig. 10 A, B y C).



Fig. 10. A Fractura panfacial severa. B Primer plano del área mediofacial. C Mala oclusión como consecuencia de fracturas de maxilar y de mandíbula.



Fig. 11. Después de la estabilización inicial del paciente, fue necesaria una traqueostomía.

En la sala de emergencia, luego de realizar una valoración rápida de la permeabilidad de la vía aérea, se confeccionó una traqueostomía, después de la estabilización del paciente (fig. 11).

La intubación nasotraqueal está contraindicada cuando hay sospecha de lesión de la lámina cribiforme y el área de la frente.

El goteo de LCR se diagnosticó por rinorrea, causada por las fracturas de la lámina cribiforme. El líquido examinado de la rinorrea mostró niveles de proteínas y potasio más bajos y una concentración de glucosa más alta que la secreción nasal normal.

Las fracturas del tercio superior y orbitarias nasoetmoidales a veces son acompañadas por rinorraquia; estas fístulas de LCR se manejan en forma expectante con antibioticoterapia profiláctica.

Tres días después del accidente el goteo de LCR se cerró espontáneamente; no se detectaron signos de infección.

Inicialmente el paciente se inmovilizó mediante un tablero y collar de Filadelfia con la cabeza estricada a la tabla.

La evaluación de la presencia de lesión de la columna vertebral empieza mediante un examen físico y radiográfico que debe incluir las tres vistas radiográficas clásicas y preferentemente una tomografía computada.¹²⁷

Se inmovilizó el cuello hasta un examen físico adecuado y el descarte radiográfico de tal lesión.

Se descubrieron hallazgos significativos y maloclusión en el examen físico; se realizó una TC de inmediato.

Se realizaron imágenes de tomografía computada con cortes axiales y coronales; también se realizó una reconstrucción 3-D que mostraba múltiples fracturas faciales severas: órbitas, región nasoetmoidal, nariz, maxilar y mandíbula. Se observó la destrucción completa del piso y reborde orbitario inferior derecho junto con la pared anterior del maxilar. Una fractura nasoetmoidal severa, de huesos propios y derrumbamiento del séptum completaban las fracturas mediofaciales. Se observó una doble fractura de mandíbula en las áreas parasinfisaria derecha y ángulo izquierdo (fig. 12 A, B y C). También se detectó una LeFort II durante el examen preoperatorio.

Siete días después del accidente, el paciente permanecía completamente estabilizado y se planeó la reconstrucción quirúrgica según las varias fracturas que afectaban diferentes huesos faciales y los tejidos blandos.

De acuerdo a los huesos afectados, se realizaron tres abordajes diferentes:

- 1) superior: incisión coronal
- 2) medio:
 - a) órbita derecha: herida localizada en el área palpebral inferior
 - b) órbita izquierda: incisión subciliar

- c) incisión vestibular superior
- 3) inferior: incisión vestibular inferior.

La exposición superior, media e inferior son necesarias para la visualización de los arbotantes periféricos de casi todo el esqueleto facial y la categorización de todas las fracturas.

La disección se realiza primero en todos los lados de todas las fracturas en un plano de disección subperióstico; habitualmente se extiende la disección a la pared lateral y medial de la órbita para identificar las regiones afectadas.

Las fracturas de LeFort son generalmente más severas en un lado; así un nivel de fractura más alto se verá en el lado más afectado.

La unión nasofrontal desconectada por la fractura de LeFort II se redujo y fijó por miniplacas y tornillos (fig. 13).

La exposición intraoperatoria amplia de la hemicara derecha mostró una destrucción severa del piso, reborde orbitario inferior, pared interna de la órbita y seno maxilar (fig. 14).

La fijación y la reducción se realizaron por medio de una fijación rígida interna con miniplacas y tornillos; los huesos perdidos fueron reemplazados por injertos óseos (fig. 15).

Se utilizó injerto de hueso ilíaco, tomando en cuenta: 1) fractura conminutada; 2) corrección del volumen del piso de la órbita; 3) evasión del atrapamiento del músculo fascia; y 4) uso de material autógeno (el material aloplástico debe evitarse si el seno maxilar está abierto, ya que es una regla general el desarrollo de una infección).

El maxilar fue totalmente movilizado y se posicionó en oclusión normal con la mandíbula antes de su fijación; la exposición de los múltiples trazos de fracturas maxilares se logró a través de incisiones vestibulares bilaterales, y la fijación se obtuvo mediante miniplacas y tornillos (fig. 16).

Se expuso la fractura del ángulo mandibular por una incisión externa por debajo del gonion y la fijación se realizó con dos placas mandibulares diferentes y con tornillos (fig. 17).

Una amplia incisión vestibular permitió la exposición, reducción y fijación de la fractura parasinfisaria.

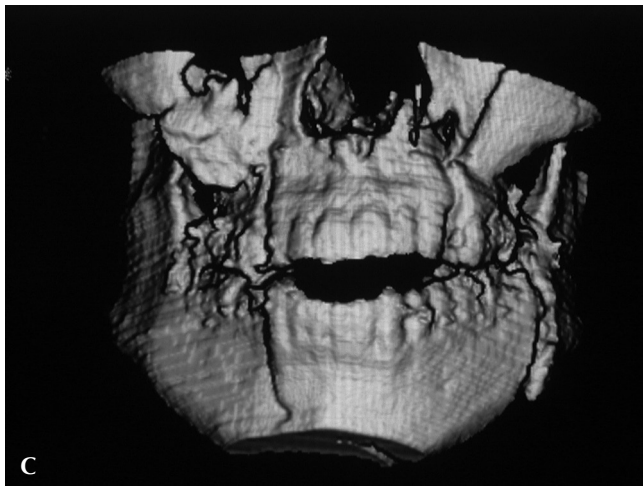
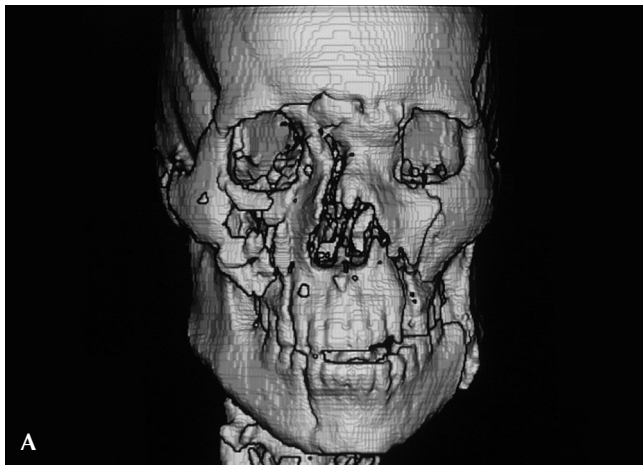


Fig. 12 A, B y C Tomografía tridimensional que permite una visualización exacta de las fracturas y el registro de los cambios volumétricos de la cara.

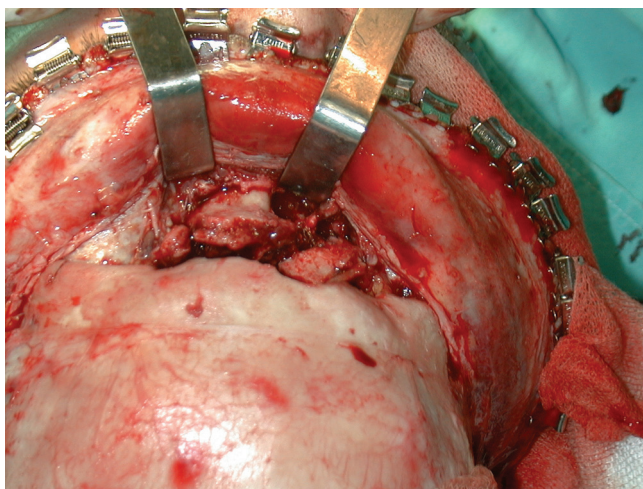


Fig. 13. Disyunción frontonasomaxilar.

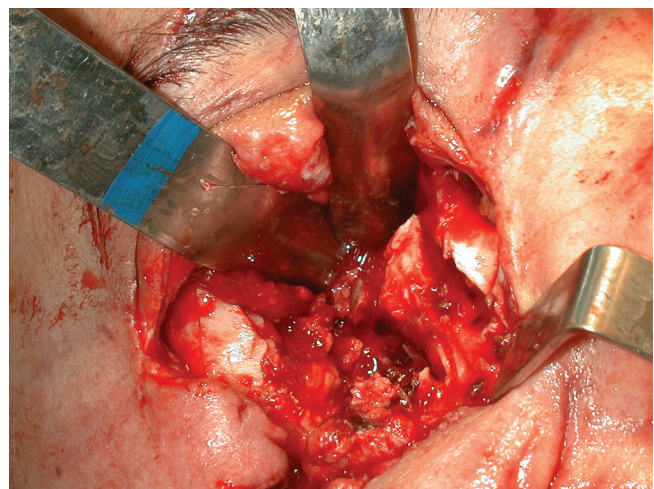


Fig. 14. Destrucción masiva de la órbita derecha, malar y maxilar. Pérdida del piso y reborde orbitario inferior.



Fig. 15. Reconstrucción del piso y reborde orbitario por medio de la fijación rígida interna y uso de un injerto óseo autógeno (Íliaco).

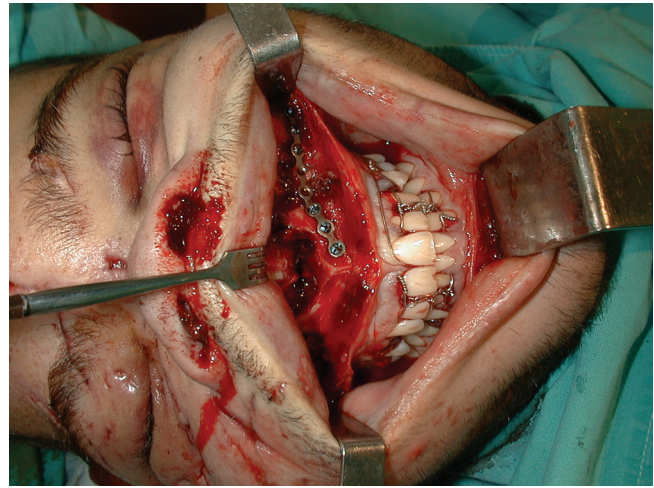


Fig. 16. Después de la fijación intermaxilar se colocan miniplacas y tornillos en el maxilar.

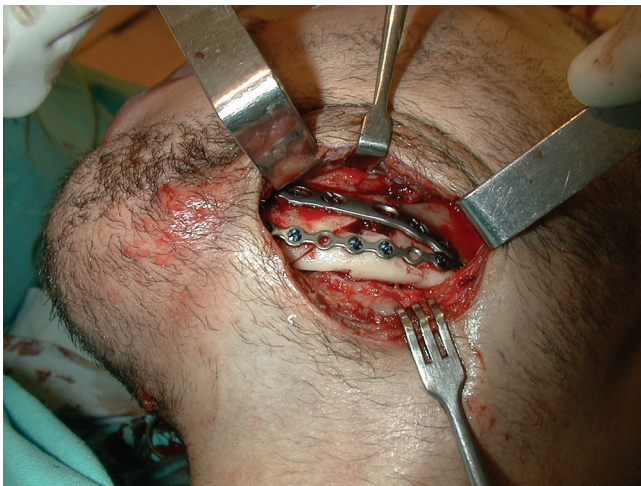


Fig. 17. Por medio de un abordaje submandibular externo, se realizó la fijación de la fractura del ángulo mandibular, placas y tornillos.

Se usan dos placas en cada fractura de mandíbula: una se coloca superiormente para actuar como banda de tensión sobre el arbotante alveolar, y la otra fija la fractura inferiormente sobre la banda de tensión basal o arbotante inferior.¹²⁸

La placa inferior es colocada cerca del borde de la mandíbula, con un mínimo de dos tornillos bicorticales a cada lado de la fractura, y la placa superior (sólo con tornillos monocorticales) es colocada en el arbotante alveolar que previene separación del borde de la fractura en el extremo superior (fig. 18).



Fig. 18. Fijación de la fractura parasinfisaria con dos placas diferentes.