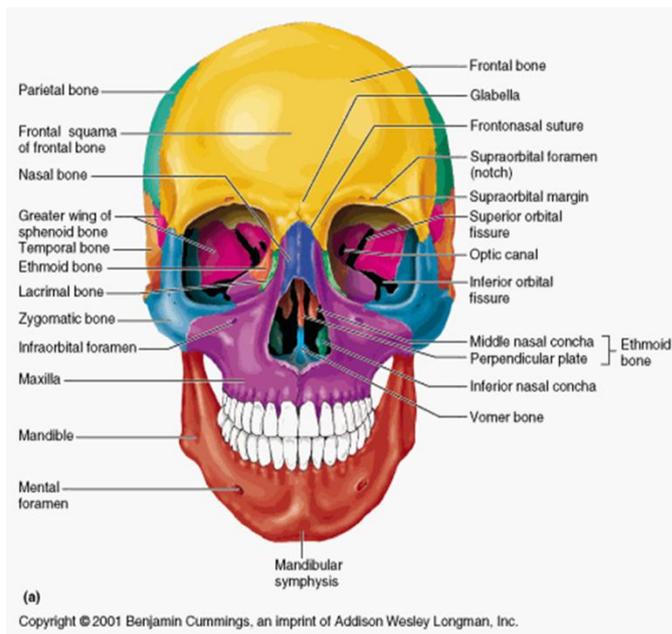


## **TRAUMATOLOGÍA FACIAL**

1. PACIENTE POLITRAUMATIZADO
2. TRAUMATISMOS DE PARTES BLANDAS
3. TRAUMATISMOS DE PARTES DURAS

### **Traumatismos de partes duras:**



Si la fuerza del golpe no llega al cerebro el paciente suele sobrevivir.

Hay una serie de fuerzas que siguen los huesos, son unos catorce huesos en el cráneo.

### **Etiología**

1. ACCIDENTES DE TRAFICO (40%)
2. 2.- ACCIDENTES DOMESTICOS (20%)
3. 3.- AGRESIONES (15%)
4. 4.- CAIDAS CASUALES (14%)
5. 5.- ACCIDENTES LABORALES (3%)
6. 6.- OTROS (8%)

## 1. PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Requiere un manejo complejo en tres fases

⇒ **RECONOCIMIENTO PRIMARIO.** (ABCDE)

1.- AIRWAY. (Vía aérea).Resp. espontánea, cuerpos extraños, dientes. Si existen dudas intervenir.

2.- BREATHING (Ventilación). Frecuencia , auscultación

3.- CIRCULATION . Nivel de conciencia (Normal-Coma), color y temperatura. Controlar sangrados con compresión, ligaduras etc. Iniciar reposición de fluidos, dos vías periféricas y una central.

4.- DISABILITY (Discapacidad). Valorar focalidad neurológica.

5.- EXPOSURE/ENVIROMENT (Exposición al medio)

Mantener temperatura corporal y evitar hipotermia

CUANDO SE REQUIERE INTERVENCION EN LA VÍA AÉREA:

1.- CRICOTIROTOMIA ( En membrana cricotiroides). Se Emplea para un control urgente y durante periodos cortos,

Porque daña laringe subglótica.

2.- TRAQUEOTOMIA. (A nivel de segundo tercer anillo traqueal). Se puede emplear la traqueotomía percutánea.

⇒ **RECONOCIMIENTO SECUNDARIO**

- Se reevalúa completamente al paciente y sus lesiones.
- Paciente monitorizado.
- Exploración facial sistemática
- Función sensitiva (dolor, hipoestesis, disestesis)
- Pares craneales.
- Exploración ocular( mov, tamaño, simetría pupilar)

- Realización de pruebas diagnósticas específicas.

⇒ **RECONOCIMIENTO TERCIARIO**

- Se debe identificar cualquier lesión potencial no identificada, tras la resolución de aquellas que ponían en peligro la vida del paciente.
- Realizar nueva evaluación física y de pruebas de imagen y
- Laboratorio.
- Complicaciones de este periodo son:
  - Hipotermia (Fluidoterapia masiva o CG prolongada)
  - Coagulopatía por transfusiones

→ Recordar que aunque la cara no es vital si es muy importante. ( las fracturas panfaciales, de cara abierta son una cirugía de urgencia)

- Las pruebas de imagen que incluyan todos los huesos faciales.
- Lo ideal CT con cortes finos

## 2. TRAUMATISMOS DE PARTES BLANDAS

⇒ CLASIFICACION:

3. ABRASIONES (Lesiones por raspado)
4. CONTUSIONES ( No rompen dermis)
5. HERIDAS INCISAS (Penetrantes. Cortan dermis)
6. LACERACIONES (Desgarros que rompen dermis)
7. QUEMADURAS. Se consideran aparte.

Lo mas frecuente es la asociación inciso contusa.

⇒ CARACTERISTICAS ESPECIALES

- Gran vascularización:  
Sangra muchísimo, pero tiene gran resistencia a la infección, gran vitalidad de los colgajos.
- Escaso tejido graso:  
Adherencias frecuentes, hay mayor predisposición a alteraciones vasculares, nerviosas y oseas por tener poca grasa.
- Importancia estética facial

⇒ TRATAMIENTO

- En heridas antiguas desbridar tejidos necróticos
- **Los Friedrich deben ser conservadores**

- Realizar la sutura lo antes posible
- Se emplean suturas finas para piel
- No olvidar inspeccionar cavidad bucal y descartar lesiones óseas y nerviosas asociadas
- Los puntos se retiran según área entre 4-7 días ( lo mas frecuente en 5 días, antes de lo normal)
- **NO ME IMPORTA QUE ESTEIS CANSADOS**

⇒ PRONÓSTICO

- Region del cuerpo
- Relacion con detalles anatómicos (hueso)
- Direccion de las rstl (Relaxed Skin Tension Lines, son las líneas de las arrugas, debems de hacer las incisiones en dirección a las arrugan, no perpendicular a las arrugas)
- Forma de la herida
- Longitud
- Profundidad
- Genetica del individuo
- Tecnica quirúrgica
- Si la cicatriz en el lateral de la cara es horizontal, tendrá mejor pronostico que la vertical que tiene mas probabilidad de cortar alguna rama del nervio facial o del trigémimo que vienen desde la oreja.

### **3.TRAUMATISMOS DE PARTES DURAS**

La cara se divide en tres tercios:

⇒ Fracturas del tercio superior: afectan hueso y al seno frontal

⇒ Fracturas del tercio medio:

→ No afectan a la oclusión:

○ *A FX ORBITOCIGOMATICAS*

- Fx orbitocigomáticas
- Fx aislada de arco cigomático
- Fx aislada de suelo de órbita

○ *A FX NASOETMOIDALES*

- Fx nasales
- Fx nasoetmoidoorbitarias

→ Afectan a la oclusión

○ *FX ALVEOLO-DENTARIAS*

○ *FX MAXILAR SUPERIOR*

- Fx Le Fort I

- Fx Le Fort II
- Fx Le Fort III

○ *FX PANFACIALES*

⇒ Fracturas del tercio inferior: fractura de mandibula

⇒ **DIAGNÓSTICO**

1.- ANAMNESIS SI ES POSIBLE: Ve bien o doble, respira bien , ocluye o muerde bien

2.- INSPECCION:

- Heridas
- Edema, hematomas
- Asimetría facial

3.- PALPACION: (Dificultad cuando se ha instaurado inflamación)

- Movilidad de fragmentos óseos anómala
- Escalones
- Crepitación

4.- ESTUDIO RADIOLOGICO:

- Tomografía computerizada (CT):TODAS FX
- Proyección PA y lateral de cráneo
- Proyección de Waters (Occipito-naso-mentón): FX ORBITA (típica de otorrino para ver los senos maxilares, los maxilos para ver roturas de orbita)
- Proyección de Hirtz (Axial de cráneo):FX ARCO CIGOMATICO (es como una Rx de abajo a arriba de la cara)
- Radiografías intraorales :FX DENTARIO
- Ortopantomografía (OPG):FX MANDIBULA

⇒ **TRATAMIENTO**

Reducción y fijación con osteosintesis

- No es una emergencia ( de hecho no hay cirujano maxilofacial de guardia)
- Lo ideal 4-5 dias posteriores

- No inflamación: Debemos de esperar a que baje la inflamación para operar.
- No sangrado

⇒ **FRACTURAS DE TERCIO SUPERIOR**

Hueso frontal

FX DE SENO FRONTAL:

Incidencia : 5-12%. Se produce por impacto directo.

Clasificación:

Fx de pared anterior

Fx de pared anterior y posterior

Fx de pared posterior.

NOTA: En todas se considera si se afecta o no el conducto

Nasofrontal

CLINICA:

Hundimiento de la zona

Crepitación

Hematoma en antifaz Típico de afectación de base de cráneo.

No olvidar valorar posible daño neurológico.

Muy importante también afectación ocular (50%).

DIAGNOSTICO:

Es obligada la TC de alta resolución

TRATAMIENTO:

ABORDAJE BICORONAL ( se abre de oreja a oreja y se baja la piel hacia delante, a veces incluso abrimos en zigzag para que tenga mas contacto a la hora del cierre (como en las autopsias).

Sin desplazamiento. No Q

El resto reducción y osteosíntesis.

SI se afecta conducto nasofrontal:

Obliterar seno (Se reseca mucosa y legrado.

Relleno con distintos materiales)

Permeabilizar seno (Drenaje y valorar función)

⇒ FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO

→ NO AFECTAN A LA OCLUSION

▪ FRACTURAS ORBITOCIGOMÁTICAS (ORBITOMALARES)\*\*\*\*\*

- La órbita es una compleja encrucijada anatómica formado por 7 huesos faciales.
- Forma piramidal cuadrangular con base anterior.
- Se puede considerar dividida en tres segmentos:

Anterior---- Rebordes

Medio----- Paredes

Posterior---- Hendiduras

CLINICA:

- Edema y hematoma tejidos perioórbita
- Equímosis subconjuntival y escleral
- Disminución altura párpado inferior
- Exposición de la esclera
- Dificultad cierre/apertura oral
- Diplopia / enoftalmos traumático
- Pérdida de proyección malar
- No olvidar que el ojo puede lesionarse
- **Diplopia:**
  - En las primeras 24h
  - Desequilibrio motilidad extrínseca del globo ocular
  - Atrapamiento ms. recto inferior y oblicuo menor
- **Enoftalmos traumático:**
  - Ddesplazamiento posterior o inferior del globo ocular
  - Descenso de la línea bipulpar

Agujero infraorbitario, sutura fronto malar y arco cigomático. Esto condiciona la aparición de un fragmento de fractura en forma de trípode

La pared que mas se rompe es la mas débil que es el suelo de la orbita, por ello es la mas frecuente.

FRACTURA AISLADA DEL SUELO DE LA ÓRBITA:

- También llamada "Blow Out"
- En aumentos bruscos de presión intraorbitaria

- CLINICA:

Atrapamiento músculos (recto inferior) y grasa infraorbitaria

Enoftalmos

Edema/hematoma periórbita

Equímosis conjuntival

Descenso línea pupilar

Diplopia

Anestesia nervio infraorbitaria

- RX: Imagen en lágrima TTO: Colocar soporte

FRACTURAS ORBITOCIGOMÁTICAS ( ORBITOMALARES):

Tratamiento:

Reducción abierta y osteosíntesis

Vías de abordaje:

Abordaje bicoronal

Acceso a través de heridas

Cola de ceja

Abordaje subtarsal

Abordaje subciliar

Abordaje tranconjuntival

FRACTURA AISLADA DEL ARCO CIGOMÁTICO

El arco cigomático: unión de apófisis cigomática de temporal y malar.

Se fractura por mecanismo directo

CLINICA: Hundimiento

Dificultad apertura/cierre bucal

TTO: Reducción (Gillies tipo de incisión que se hace en el pelo por delante de la oreja)

Inmovilización en algunos casos

▪ **FRACTURAS NASOETMOIDALES**

- NASALES: las únicas que deben de ver un maxilo o un otrorrino antes de 24h, son las únicas, porque se hace una reducción cerrada antes de 48 h. si no se reduce en 48 h hay que esperar al año para operar estéticamente si quiere el paciente

Clasificacion:

- Superior: Huesos propios, apófisis ascendente de maxilar, arbotante superior de cartílago septal, lámina perpendicular de etmoides y vómer.

Impacto frontal-nariz en silla de montar

Impacto lateral- acabalgamiento, nariz de boxeador

Clínica: deformidad, edema, epistaxis, dificultad respiratoria

Tratamiento: reducción cerrada aplicando fuerza en sentido contrario al traumatismo, se hace con anestesia local. Luego ponemos un taponamiento duran 48h y una férula durante 7-10 dias.

al año hacemos un escáner para er si el paciente se quiere operar.( rinoseptoplastia)

- **FRACTURA NASOETMOIDOOORBITAL**

CLINICA: Si se asocia a otras Fx faciales edema facial difuso  
fracturas panfaicales

Clínica orbitaria

Aumento de distancia entre órbitas y globos oculares, hipertelorismo traumático

TTO:

Reducción y osteosíntesis

Cantopexia transnasal

→ **AFECTAN A LA OCLUSION:**

▪ **FRACTURAS MAXILARES: \*\*\*\*\***

○ **LE FORT I:**

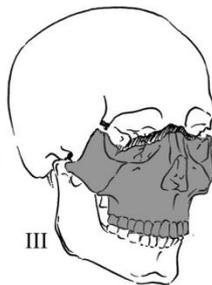
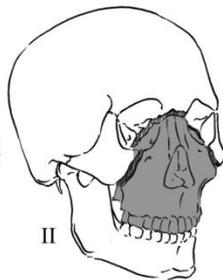
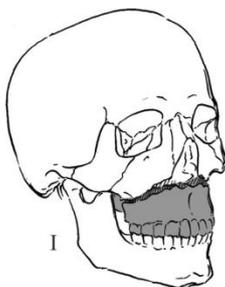
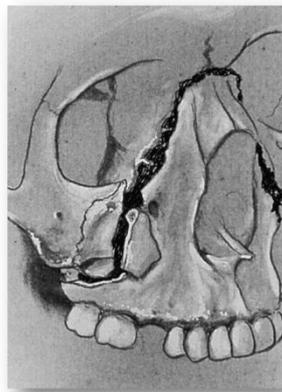
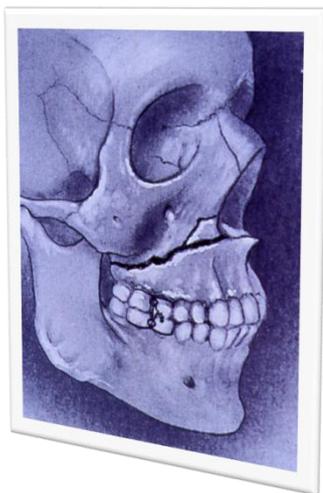
- Fractura sobre los ápices dentarios y se extiende hasta las apófisis pterigoides
- Fractura horizontal que crea fragmento libre formado por paladar y apófisis alveolar (efecto protesis).

○ **LE FORT II (Piramidal)**

- Va de raíz nasal (glabella) a apófisis pterigoides con un trazo Oblicuo en el maxilar

○ **LE FORT III (Disyunción Craneofacial)**

- desde raíz nasal, hueso lacrimal, apófisis frontal del hueso malar, pared lateral y posterior del maxilar hasta apófisis pterigoides.
- Trazo horizontal en la unión de tercio medio y superior



CLINICA:

- Epístaxis, equímosis. Edemas y hematomas subcutáneos
- Tumefacción moderada
- Mordida abierta anterior
- Escalones orbitarios (piramidal)
- Signo de la prótesis (Le Fort I)
- Mala oclusión normalmente

▪ **FRACTURAS PANPACIALES**

- TRAUMATISMOS CRANEOFACIALES
- FRACTURAS PANFACIALES
- Múltiples fracturas faciales

Vamos de lo menos fijo a lo más fijo haciendo la cirugía

Estos pacientes cuando hablan se les mueven todos los huesos de la cara.

Se fija la mandíbula para que no la pueda mover ( como en la cirugía que vi)

⇒ **FRACTURAS DEL TERCIO INFERIOR**

→ **FRACTURAS MANDIBULARES**

Hueso móvil de la cara que se lesiona con frecuencia.

Suele deberse a un puñetazo hacia arriba, es decir dando en el mentón, por lo que se suele romper el cóndilo contralateral.

CLASIFICACION:

1.- Según el lugar anatómico:

- Cóndilo 38%
- Cuerpo 21%
- Angulo 20%
- Sínfisis 14%
- Dento-alveolares 3% ( se mete el diente en leche para conservarlo)
- Rama ascendente 3%
- Coronoides 2%

2.- Desplazamiento:

Favorables, desfavorables

Depende de: tracción muscular, dirección línea de fractura, dirección de la fuerza.

CLINICA:

Siempre se afecta la oclusión ( siempre que hay afectación maxilar, al igual que la mandíbula nunca habrá buena oclusión, si muerde bien, lo normal es que no haya alteración de la oclusión)

Dolor espontáneo / movilidad (impotencia funcional)

Hipoestesia en territorio de dentario

Desplazamiento de mandíbula hacia Fx en los mov (Cóndilo)

Sialorrea

Edema y equimosis

Puede haber deformidad física y crepitación

TRATAMIENTO:

**4 Objetivos**

*Siempre hacemos abordaje intraoral*

1.-Reducción anatómica de fragmentos

2.-Restablecer oclusión

3.- Técnicas que mantengan posición adecuada hasta terminar periodo de consolidación

4.- Evitar infecciones

