

TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES MÁS COMUNES

OBSTRUCCIÓN RESPIRATORIA La permeabilidad de la vía aérea es la consideración primaria en todo paciente traumatizado, en general. Fracturas de mandíbula, traumatismos laríngeos, cuerpos extraños (dentaduras postizas, fragmentos de dientes), fracturas del tercio medio facial, sangrado y edema facial pueden llegar a producir una dificultad respiratoria severa. La permeabilidad de la vía aérea se mantiene mediante métodos no cruentos como el guedel o las maniobras de ventilación o métodos cruentos como intubación, traqueostomía y/o cricotirotomía.

HEMORRAGIA Los traumatismos faciales conllevan asociado un sangrado profuso cuyo origen se produce tanto en partes blandas como óseas. Las heridas deben de ser limpiadas cuidadosamente con el fin de eliminar cuerpos extraños y disminuir posibilidades de infección, posteriormente se realiza hemostasia y sutura de las mismas. Las fracturas nasales pueden requerir taponamiento anterior y posterior. El sangrado debido al foco de fractura se intenta controlar mediante aposición y compresión del foco de fractura.

ASPIRACIÓN En pacientes politraumatizados puede producirse una aspiración de sangre, saliva, contenido gástrico.

VALORACIÓN DE OTROS TRAUMATISMOS Craneal, torácico, abdominal,... y priorizar el tratamiento de los mismos teniendo en cuenta la gravedad y el riesgo para la vida.

HERIDAS: TRATAMIENTO. Como norma general el paciente traumatizado facial asocia heridas de las partes blandas de la cara, heridas que son complejas por su mecanismo de acción, su tratamiento y su repercusión estética posterior. Las heridas: en primer lugar, deben de ser lavadas profusamente con suero salino; un cuidadoso y exhaustivo examen para intentar eliminar cuerpos extraños en su totalidad, bajo anestesia local las manchas de los bordes de las heridas tienen que ser eliminados para evitar la aparición del tatuaje postraumático cepillado enérgico de los bordes de la herida. Posteriormente se procede a eliminar aquellos fragmentos de tejido necrótico que puedan dificultar una correcta cicatrización, valorar lesiones de tipo nerviosos por sección de ramas motoras o sensitivas y lesión de conductos lacrimales y salivares y finalmente se realiza hemostasia y sutura de las mismas. Profilaxis antitetánica y cobertura antibiótica de amplio espectro. Analgésicos Dada la riqueza vascular presente en el macizo facial la sutura de las heridas en este territorio puede demorarse de 6 a 24 horas.

TRAUMATISMOS ALVEOLODENTARIOS La causa más frecuente son las caídas en la población infantil y los accidentes deportivos y de tráfico en los adultos. Se presenta con mayor frecuencia en varones de 8 a 15 años. En la dentición decidua ocurre más frecuentemente una luxación por el contrario en la dentición definitiva se presentan más las fracturas. Los dientes más afectados son los incisivos centrales superiores, incisivos laterales superiores y los incisivos inferiores. Se debe realizar limpieza de la herida retirando sangre, cuerpos extraños y saliva, valorar dientes presentes y ausentes, fragmentos de diente en alvéolo dentario, tejidos blandos y/ tragados o aspirados. Examen de tejidos blandos circundantes. Descartar otras fracturas.

FRACTURAS DE MANDIBULA Por prominencia, posición y configuración anatómica es uno de los huesos faciales, junto con el malar y los huesos propios que más se fractura. Es un hueso de consistencia dura que presenta tres zonas débiles que son el cuello del cóndilo mandibular, la zona canina-agujero mentoniano y el ángulo mandibular debido a la confluencia de las ramas horizontal y vertical y la presencia de la muela del juicio. Es más frecuente en varones jóvenes entre 20 y 30 años. La zona de fractura más frecuente es el cóndilo mandibular, seguido del ángulo mandibular y la región parasinfia. La causa más frecuente son los accidentes de tráfico, agresiones y los accidentes domésticos. Síntomas: dolor, tumefacción, discomfort, hematoma, deformidad, movilidad anormal, crepitación, salivación, mal olor, mal oclusión y trismus. Signos: mala oclusión, movilidad del foco de fractura, disfunción a la deglución y masticación, crepitación y tumefacción.

FRACTURAS DE MALAR Las fracturas de malar siguen en frecuencia a las fracturas nasales y mandibulares. Se presenta en gente joven y las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico, agresiones y accidentes domésticos. **CLÍNICA** .- Depresión o pérdida de proyección de la eminencia malar, solución de continuidad en reborde infraorbitario, equimosis conjuntival, hematoma palpebral, enoftalmias, hematoma surco gingivo vestibular superior, anestesia del territorio del nervio infraorbitario (medio labio superior, ala nasal y dientes premolares) y epistaxis son los síntomas y signos de esta patología. Dentro estos signos comunes debemos añadir dos entidades complementarias que son la aparición de trismus por fractura de arco cigomático y diplopía que ocurre por atrapamiento de la musculatura extrínseca ocular y/o grasa peri orbitaria en los casos de fractura de suelo de órbita.

TRATAMIENTO Remitir a centro especializado. Cobertura antibiótica y analgésica. Si no existen otras lesiones se procede traslado en ambulancia.

FRACTURA MAXILAR SUPERIOR La causa más frecuente de estos traumatismos son los accidentes de tráfico y dependiendo de la fuerza y dirección del traumatismo tendremos un tipo de fractura u otro. **CLÍNICA** Hematoma peri orbitario bilateral o en antifaz epistaxis, equimosis conjuntival aumento de la longitud del tercio medio facial (cara larga, cara de plato). Mala oclusión. Mordida abierta anterior: contacto prematuro de los molares respecto al segmento anterior.

TRATAMIENTO Cobertura antibiótica y analgésica. Vigilancia de la vía aérea, control de la hemorragia y remitir a centro especializado.

Realizado por: Dr. Patricio Jaramillo