



ARTÍCULO ESPECIAL

Fracturas y procesos infecciosos de la cara

L.S. Cueto Álvarez* y F. Refolio Sánchez

Sección de Radiología de Urgencias, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 25 de noviembre de 2010; aceptado el 18 de febrero de 2011

Disponible en Internet el 13 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Cara;
Fractura;
Infección;
Tomografía
computarizada
multidetector

KEYWORDS

Face;
Fracture;
Infection;
Multidetector
computed
tomography

Resumen Los traumatismos faciales se producen con relativa frecuencia en el contexto de accidentes de circulación o laborales, o agresiones, repercutiendo en la funcionalidad de las estructuras involucradas.

Los procesos infecciosos requieren un diagnóstico rápido y preciso ya que pueden evolucionar rápidamente, produciendo complicaciones inesperadas o por la gravedad que conllevan por sí mismos.

© 2010 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Fractures and infectious processes in the face

Abstract Facial trauma occurs relatively often in traffic accidents, work accidents, and aggressions, causing repercussions in the functionality of the structures involved.

Infectious processes require early and accurate diagnosis because they can progress quickly, leading to unexpected complications, or because of the severity of the infections themselves.

© 2010 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los traumatismos faciales se producen con una alta frecuencia dándose principalmente en el contexto de accidentes de tráfico o laborales y agresiones. Suponen un reto dada la complejidad del esqueleto facial. Las infecciones de la cara se estudian en el momento en que su evolución es tórpida con el fin de localizarlas, establecer su extensión y descartar complicaciones vasculares o de la vía aérea que requieran una intervención inmediata. En ambos tipos de patología,

la técnica de elección es la tomografía computarizada con multidetectores (TCMD), la cual nos permite realizar una rápida adquisición y su posterior evaluación mediante reconstrucciones multiplanares y practicar adquisiciones volumétricas que facilitan tanto el diagnóstico como el manejo quirúrgico.

Fracturas de la cara

Consideraciones generales

Las fracturas de la cara pueden ser más o menos complicadas dependiendo de las fuerzas que actúen sobre ella en el contexto del traumatismo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luiscueto@us.es (L.S. Cueto Álvarez).

Se asocian a traumatismo múltiple en el 60% de los casos, por lo que antes de estudiar las alteraciones de la cara de manera aislada se debe explorar al paciente con objeto de descartar lesiones en otras zonas que puedan tener mayor gravedad y ser prioritario su tratamiento, o bien programar el estudio de otras zonas en la sala radiológica. Las fracturas de la cara se pueden asociar con las de estructuras adyacentes como la columna cervical en un 10% de casos y con lesiones cerebrales en el 5%.

Como regla general, antes de realizar estudios radiográficos, se debe explorar el estado de la vía aérea, el ritmo respiratorio, estados hemodinámico y neurológico, la columna cervical y la posible afectación de otras regiones.

Salvo en las fracturas nasales simples, en las que la radiografía de huesos propios permite el adecuado diagnóstico, en el resto de fracturas faciales, la técnica de elección es la realización de TCMD.

El estudio se debe realizar desde la línea alveolar superior por encima de la dentadura superior o desde el mentón, hasta el extremo superior de los senos frontales. Con equipos de 16 cortes, el grosor será de 1,25 mm, y con equipos de 64 cortes el grosor de este es de 0,625 mm. Se realizarán algoritmos de reconstrucción óseo y estándar.

Anatomía

Debemos estar familiarizados con los contrafuertes que soportan el armazón óseo de la cara ya que estos son los que le dan estabilidad y serán los primeros que se deben reconstruir. En ellos se fijará el material de osteosíntesis quirúrgica¹.

Los verticales son el vertical medial, el pilar vertical lateral y el pilar posterior. Los soportes horizontales son el orbitario superior, el maxilar superior, el maxilar inferior, el mandibular superior sobre la línea alveolar inferior y el mandibular inferior (fig. 1).

Fracturas aisladas

Representan el 80% de las fracturas de la cara. En ellas suele afectarse un solo hueso con una o varias líneas de fractura. Por orden de frecuencia tenemos las fracturas nasales (50-60%), mandibulares (17-22%), orbitarias (10-15%), cigomáticas (8-12%) y de los senos frontales (5-7%).

Fractura mandibular

Es la más frecuente tras la fractura nasal. Se asocian a fracturas de las dos primeras vértebras en el 1% de los casos y a otras fracturas faciales en el 16%².

Se describen, según la parte afectada, como sinfisarias, parasinfisarias, del cuerpo, del ángulo, de la rama, de la coronoides o del cóndilo.

Anatómicamente engloba al pilar vertical posterior, por lo que debe restaurarse con prioridad para que no se produzcan complicaciones de la masticación.

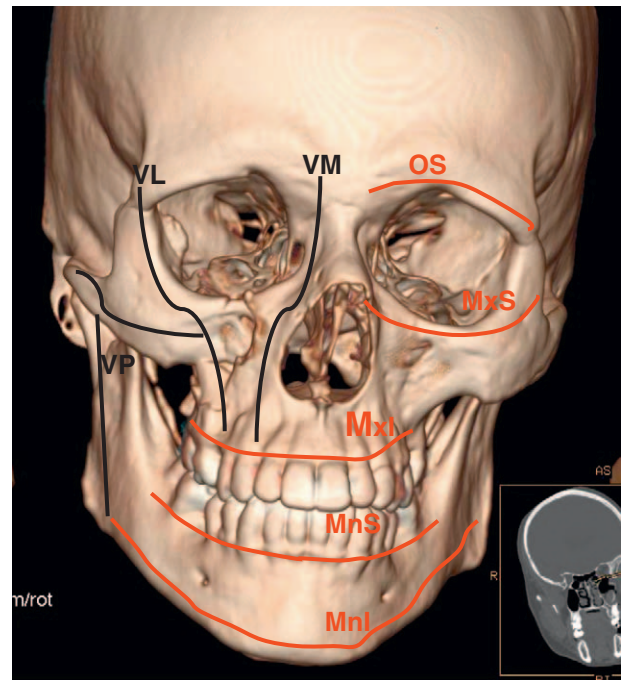


Figura 1 Soportes verticales y horizontales de la cara. Verticales: vertical medial (VM), vertical lateral (VL), posterior (P). Horizontales: orbitario superior (OS), maxilar superior (MxS), maxilar inferior (MxI), mandibular superior (MnS) y mandibular inferior (Mnl).

Fracturas orbitarias

La órbita es una estructura compleja tanto por su arquitectura como por las estructuras nobles que aloja.

Contiene cuatro pilares fundamentales: el vertical medial, el vertical lateral, el orbitario superior y el maxilar superior. Los puntos más frágiles se sitúan en la pared medial y en el suelo.

Fracturas *blow out*

Se producen por impacto directo sobre la órbita por un objeto de mayor tamaño que su circunferencia produciendo una fractura del suelo con desplazamiento de un fragmento fuera de la órbita (out) hacia el interior del seno maxilar³. Son más frecuentes a nivel del suelo orbitario. Hay que descartar que estén englobados la grasa orbitaria y/o el músculo recto inferior con herniación hacia el seno produciendo el signo de la «gota colgante». El músculo se encuentra atrapado cuando pierde su característica forma ovoide, adoptando una morfología redondeada o bien se produce una rotación de su eje mayor horizontal. Suele existir gas intraorbitario que proviene del seno maxilar y sangrado en el interior del seno (fig. 2).

Fracturas *blow in*

Son producidas por un objeto de diámetro reducido que produce una fractura con desplazamiento de un fragmento hacia el interior de la órbita (in). Cuando se afecta el techo de la órbita puede englobar a los músculos recto superior y oblicuo superior y la complicación más grave es la pérdida de líquido cefalorraquídeo⁴.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245772>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245772>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)