

Traumatismos Maxilofaciales y su Repercusión Oftalmológica

Dr. Octavio Zevallos Urday*

Zevallos Urday, O. Traumatismos maxilofaciales y su repercusión oftalmológica. Centro Médico, 1990; 36:126-128.

RESUMEN

Del estudio de 256 traumatismos maxilo faciales, se concluye que estos traumatismos son más frecuentes en el sexo masculino (75%), en edades que fluctúan entre 21-30 años (51%) y en personas procedentes de zonas urbanas (80%). De este total 23 casos (9%) tuvieron repercusión directa sobre la órbita y su componente.

El autor utiliza como tratamiento la reducción cruenta y osteosíntesis con alambre quirúrgico, complementando con antrotomía maxilar y uso de balón antral o taponamiento del seno, según se trate de fractura simple o conminuta. En algunos casos deberá recurrirse al uso de injertos naturales (hueso-cartilago) cuando la destrucción del piso de la órbita es grande y existe la posibilidad de que el globo caiga en el interior del seno maxilar.

ABSTRACT

From a study of 256 maxillary-facial traumatismos it is concluded that these traumatismos are more frequent in the masculine sex (75%), between 21-30 years of age (51%) and in persons coming from urban zones (80%). From this, 23 cases (9%) had direct influence over the orbit and its component.

The autor uses as a treatment the bloody reduction and osteosynthesis with surgical wire complemented with maxillary anthrotomy and use of central ballon or cavity tamponage depending on the kind of fracture. In some cases natural grafts should be used (bone-cartilage) when the destruction of the orbit's surface is big and there is a possibility that the ocular globe is degenerate inside the maxillary cavity.

PALABRAS CLAVES

Traumatismos Maxilofaciales, Oftalmología.

* Médico Asistente del Servicio de ORL H.C.S. Block B IPSS-Arequipa
Médico Otorrinolaringólogo de la Clínica S. J. de Dios-Arequipa.

Agradecimiento: a todos los integrantes del Servicio de O.R.L. del H.C.S. Block B, IPSS - Arequipa.

Dr. Octavio Zevallos Urday.
Calle San Francisco 207 Of. 203
Arequipa.

I. INTRODUCCION

Los traumatismos maxilofaciales han sufrido un fuerte incremento estadístico, explicable por el aumento de los accidentes de tránsito (automóviles, motocicletas, etc.), a la práctica de deportes rudos con contacto físico (box, karate, etc.) ya la vida agitada y de violencia que lleva el hombre de la ciudad (4). Estos traumatismos pueden afectar una o varias estructuras del maciso facial y su correcto diagnóstico y posterior tratamiento es de suma importancia si se desea evitar secuelas funcionales y estéticas.

II. MATERIAL Y METODOS

Para la presente comunicación se consideran un total de 256 traumatismos maxilofaciales que fueron atendidos en el Hospital del Sur block B IPSS -Arequipa, en el Lapso de 1987-1990.

La forma de estudio fue la revisión de las historias clínicas, utilizando el método estadístico para analizar los resultados.

Los traumatismos maxilo faciales prevalecen en el sexo masculino con 192 casos (75%) sobre el sexo femenino 64 casos (25%); esto explicaría porque el sexo masculino tiene mayores factores de riesgo por la práctica de deportes violentos y estar expuestos a la agresión física.

En relación a la edad observó mayor frecuencia de T. Maxilo faciales en el grupo etáreo de 21 a 30 años con 132 casos (51%) probablemente por llevar una vida muy activa y practicar deportes rudos y violentos.

En relación a la procedencia, se encontró que 205 casos (80%) proceden de la zona urbana, este hallazgo está en relación a que el habitante de la zona urbana tiene una vida más agitada, los riesgos de accidentes de tránsito son mayores lo mismo que las agresiones físicas. Por el contrario el poblador de la zona rural tiene una vida más tranquila y los riesgos son menores.

CUADRO N° 1
Traumatismos maxilofaciales
Frecuencia en el H.C.S.
Block B-IPSS-Arequipa

Tipo de traumatismo	Nº	%
Fracturas Nasales Recientes	172	67.20
Fracturas del Maxilar Inferior	35	13.67
Fracturas Malares	20	7.81
Fracturas del Maxilar Superior	17	6.64
Fracturas Mixtas	9	3.51
Fracturas Orbitarias	3	1.17
TOTAL	256	100

Según este cuadro las fracturas malares con 20 casos (7.8%) y las fracturas orbitarias con 3 casos (1.17%) tienen repercusión directa sobre la órbita.

CUADRO N° 2
Traumatismos maxilofaciales
Mecanismo de producción:
Circunstancias del trauma

Circunstancia del trauma	Nº	%
Agresión Física	128	50
Deportes	64	25
Accidentes de Tránsito	51	20
Caídas	13	5
TOTAL	256	100

Se observa que la agresión física representa un 50% del mecanismo de producción del Traumatismo maxilo facial y está relacionado con el robo y la ingesta de bebidas alcohólicas.

CUADRO N° 3
Traumatismos maxilofaciales
con compromiso orbitario - Signos clínicos

Signos clínicos	Nº	%
Tumefacción Palpabral	23	100
Equimosis	23	100
Hemorragia Subconjuntival	23	100
Enoftalmos	19	83
Adormecimiento de la cara	11	47
Diplopia	9	39
Herida de partes blandas	4	17
Midriasis	3	13
Ptoxis Palpebral	2	8
Ojo fijo	2	8
Hifema	1	4
Enfisema subcutáneo	1	4

De este cuadro se desprende que la tumefacción palpabral, equimosis y la hemorragia subconjuntival existen en el 100% de los traumatismos maxilo faciales que tienen repercusión en la órbita.

IV. DIAGNOSTICO

Se basa en una historia clínica detallada, tratando de averiguar las circunstancias del daño; un examen clínico minucioso con maniobras palpatorias de todas las estructuras del maciso facial y finalmente complementar con el examen radiológico (6).

Por lo general la Rx de Huesos propios de nariz, las oclusales y la proyección de WATERS frente y perfil (7), son suficientes para lograr un diagnóstico exacto.

Le Fort, estudió detalladamente las fracturas del maciso facial y las clasificó en fracturas de Le Fort I, Le Fort II y Le Fort III. (1-5)

• **Fractura Tipo Le Fort I:** o fractura transversa, corre por encima de la arcada dentaria superior, abarcando apófisis alveolar y piso del seno maxilar, dividiendo en 2 al maxilar superior.

• **Fractura Tipo Le Fort II:** o fractura piramidal, afecta a los huesos propios de la nariz, apófisis frontal del maxilar superior, huesos lagrimales, borde inferior de la órbita y parte de la rutura cigomático maxilar. La fractura continua hacia atrás a lo largo de la pared lateral del seno maxilar para penetrar en la fosa pterigo-maxilar.

• **Fractura Tipo Le Fort III: o disyunción craneofacial.**

El traumatismo es tan intenso que separa los huesos faciales de sus inserciones craneales.

En la presente comunicación nos interesa la fractura Le Fort II y III que interesan el piso de la órbita y pueden adoptar 2 variedades clínicas: a) Fractura a trazo simple y b) Fractura conminuta. La fractura a trazo simple ocasiona hematoma y equimosis y enoftalmos en mayor ó menor medida según la intensidad del desplazamiento.

En la fractura conminuta los trazos fracturados por lo general caen dentro de la cavidad del seno empujados por la presión del globo ocular, el cual a manera de hernia penetra en cierta medida dentro del seno, originando que sus estructuras puedan ser pinzadas entre los trazos fracturarios y ocasionar compromiso nervioso con parálisis de la musculatura ocular (oblicuo y recto inferior) ocasionando diplopia.

V. TRATAMIENTO

Depende de la intensidad del traumatismo, cuando fueran grandes o severas, la primera medida será controlar la hemorragia, evaluar las lesiones intraoculares y luego atender las lesiones de partes óseas y blandas.

Si el tratamiento no es tan intenso y está localizado en la órbita, el tratamiento puede diferirse unos días para hacer una evaluación del estado funcional del ojo.

Nosotros procedemos así:

Bajo anestesia general inhalatoria con intubación endotraqueal, se identifican los trazos fracturarios de acuerdo al estudio radiológico previo, se traza una incisión de 1.5 cm. de longitud encima del trazo fracturario, a su travez se decola los tejidos hasta llegar a la fractura, a continuación se taladran 2 huecos, uno a cada lado de la fractura para luego pasar por ellos alambre quirúrgico Nro. 25 (2 ceros) y entorcharlo hasta lograr afrontar la fractura. Si hubiera 2 trazos fracturarios como sucede por lo general en las fracturas del maxilar, se procede de la misma manera (3).

A continuación se abre el seno maxilar utilizando la técnica de CALDWELL - LUC, que nos permite evacuar el contenido sanguíneo que casi siempre existe en el interior

del seno maxilar y luego tener una visión directa del techo del seno que viene a ser además el piso de la órbita y observar si el trazo fracturario es único o múltiple, permitiendo ver como el globo ocular en algunas ocasiones está herniado dentro de la cavidad del seno; de esta se toma las siguientes alternativas: 1. Si el trazo fracturario es único, se puede rellenar la cavidad del seno con el balón de una sonda de Foley, el cual se rellena con Hypaque, lo que nos permite un buen control radiológico; además que la amargura del líquido de contraste en caso de romperse el globo, permitiría que el paciente se de cuenta de ésta contingencia (2).

La sonda se retira a la cuarta semana.

2. Si se trata de una fractura múltiple se utiliza el taponamiento o PACKING del seno, con un dren PEN ROSS relleno de gasa, que se retira a partir de los 7 días a razón de 2 a 3 centímetros diarios a través de la antrotomía nasal.

Si la destrucción del piso orbitario es grande y se sospecha que pese al taponamiento no será posible evitar la protusión del globo ocular dentro del seno al retirarlo, es conveniente colocar injertos naturales (Hueso-cartilago) en el espacio que queda entre el piso del ojo y la pared ósea correspondiente al techo del seno maxilar.

Las incisiones de piel se suturan con puntos de seda cinco ceros que serán retirados al quinto día.

La protección antibiótica es necesaria.

BIBLIOGRAFIA

1. ARCHER, H.: ORAL SURGERY. Pág. 842 SAUNDERS COMPANY, 1966.
2. COIFFMAN, F.: Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Pág. 366. SALVAT 1986.
3. DINGMAN, N.: Surgery of Facial Fractures. Pág. 226, Saunders Company 1964.
4. GOMEZ, P.: Traumatismos Maxilofaciales. Rev. Cuerpo Médico de la Clínica San Juan de Dios Nro. 3-10-89. Pág. 11.
5. GRABB, W.: Cirugía Plástica. Pág. 198-199. Salvat Editores 1970.
6. LEVY-PINTO, S.: Otorrinolaringología Pediátrica. Pág. 302. Nueva Editorial Interamericana, México 1985.
7. VALVASSORI, G.: Radiología en O.R.L. Pág. 169. Salvat Editores 1987.