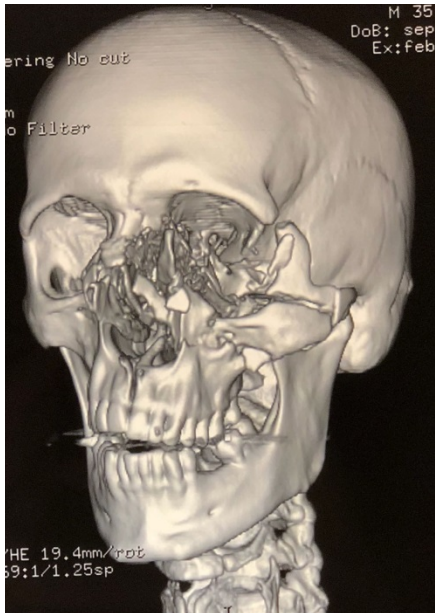
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Facultad de Odontología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRAUMATISMOS BUCOMAXILOFACIALES



Cátedra de CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL III

Dr. Horacio Sánchez/Dr. José Ramírez

2018

1. **ETIOPATOGENIA**
2. **FISIOPATOLOGÍA**
3. **SEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA**

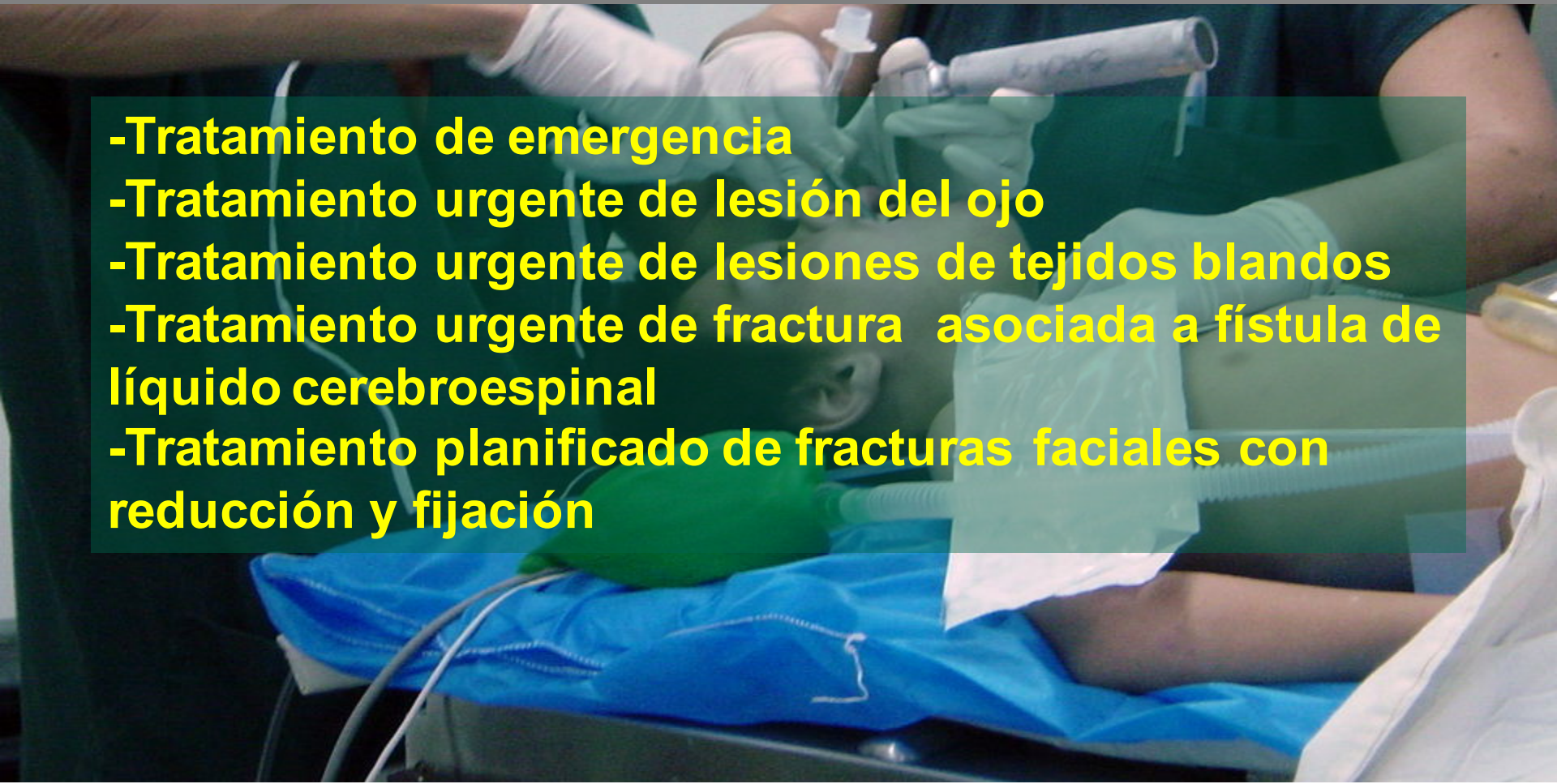
TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

SEMIOLOGIA Y PRESENTACION DE FRACTURAS DEL 1/3 MEDIO

IMAGENOLOGIA

TRATAMIENTO **Emergencia**
Urgencia
Primario

TRATAMIENTO PRIORIDADES



-Tratamiento de emergencia
-Tratamiento urgente de lesión del ojo
-Tratamiento urgente de lesiones de tejidos blandos
-Tratamiento urgente de fractura asociada a fístula de líquido cerebroespinal
-Tratamiento planificado de fracturas faciales con reducción y fijación

TRATAMIENTO PRIMARIO

3 PRINCIPIOS

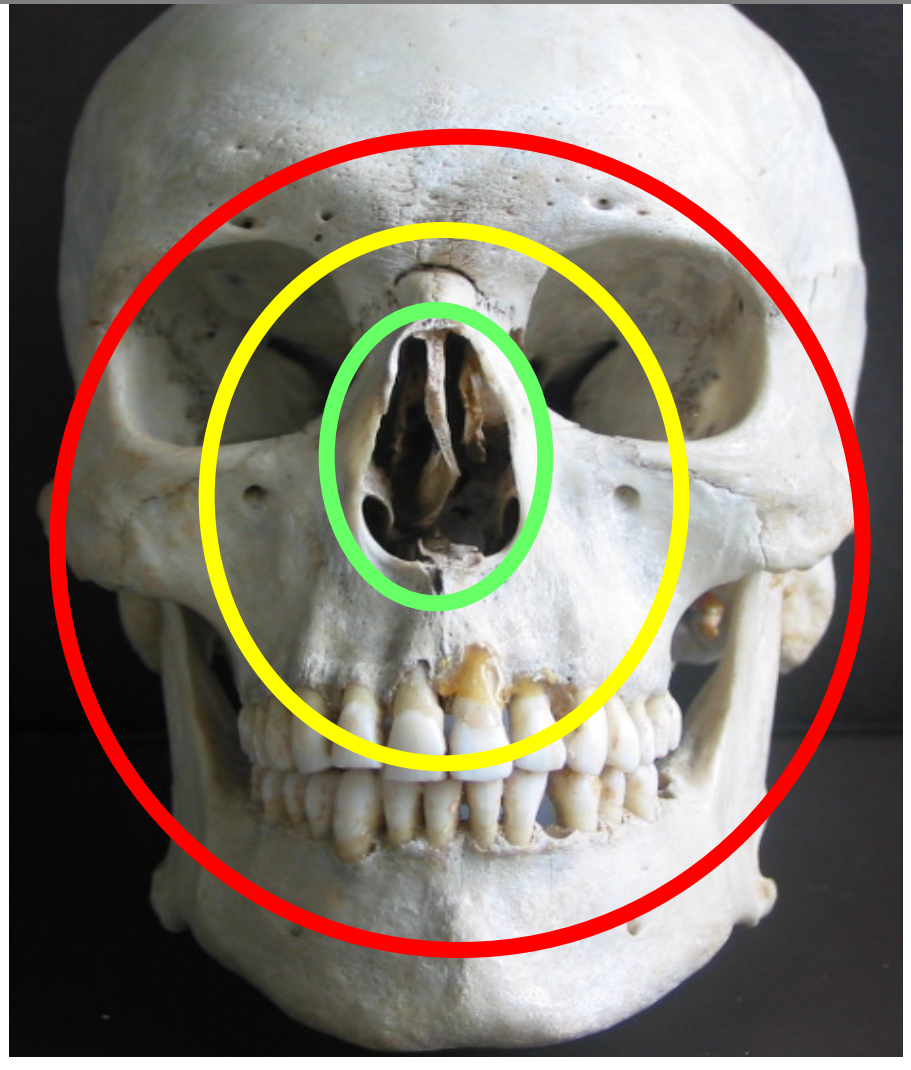
- REDUCCIÓN
- FIJACIÓN
- INMOVILIZACIÓN

TRATAMIENTO PRIMARIO

REDUCCIÓN
FIJACIÓN
INMOVILIZACIÓN

ESTANDAR DE TRATAMIENTO

- **Cada caso es diferente. El grado de desplazamiento y la combinación de fracturas son indicaciones para la estrategia operatoria.**
- **Reducción y fijación cerradas o reducción abierta y fijación con placas y tornillos**
- **Injerto óseo inmediato si necesario.**
- **Cuidadoso tratamiento y sutura de las laceraciones.**
- **Tratamiento rápido (min 48-72 horas)**



CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO PRIMARIO

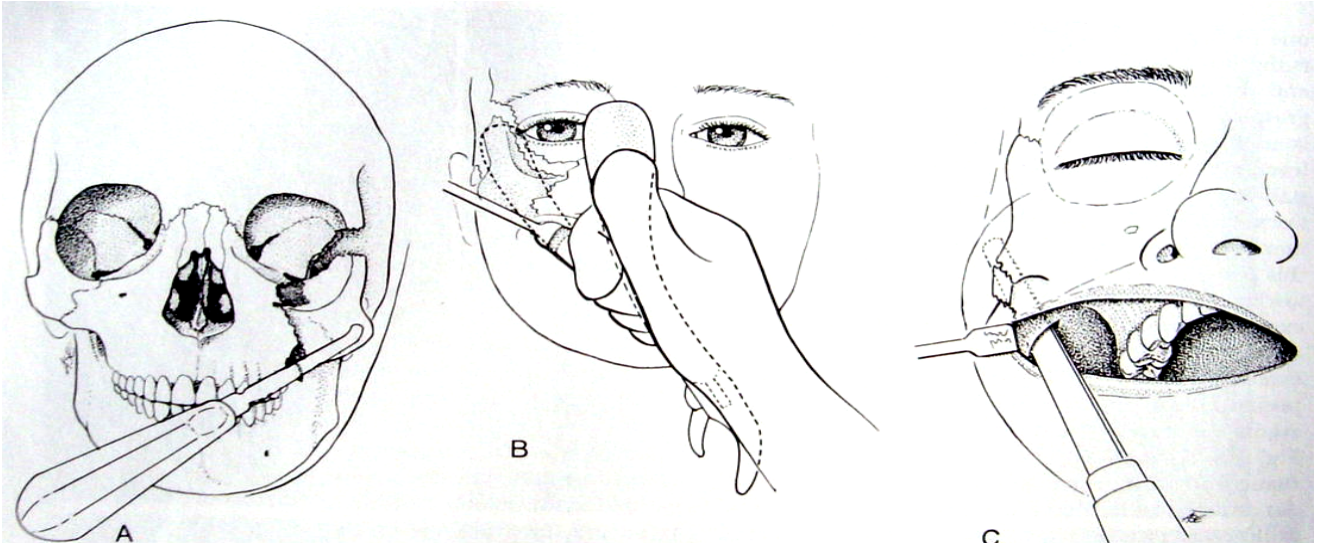
Presión intracraneal por encima de 15 mmHg

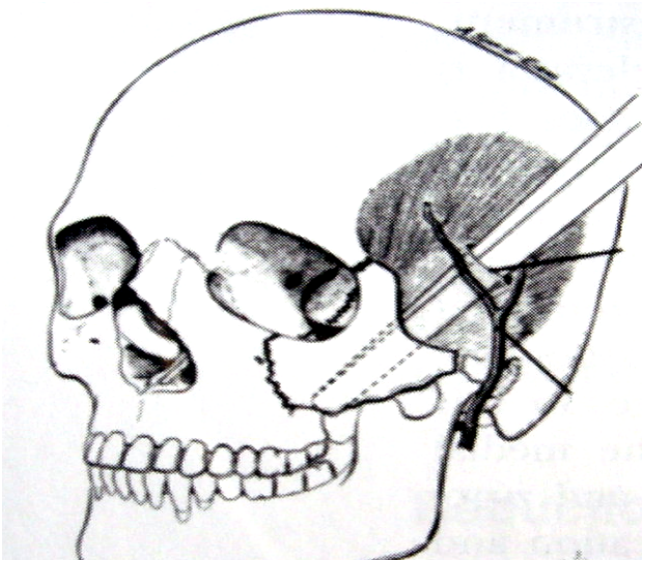
Injuria severa asociada (ej: contusión pulmonar masiva)

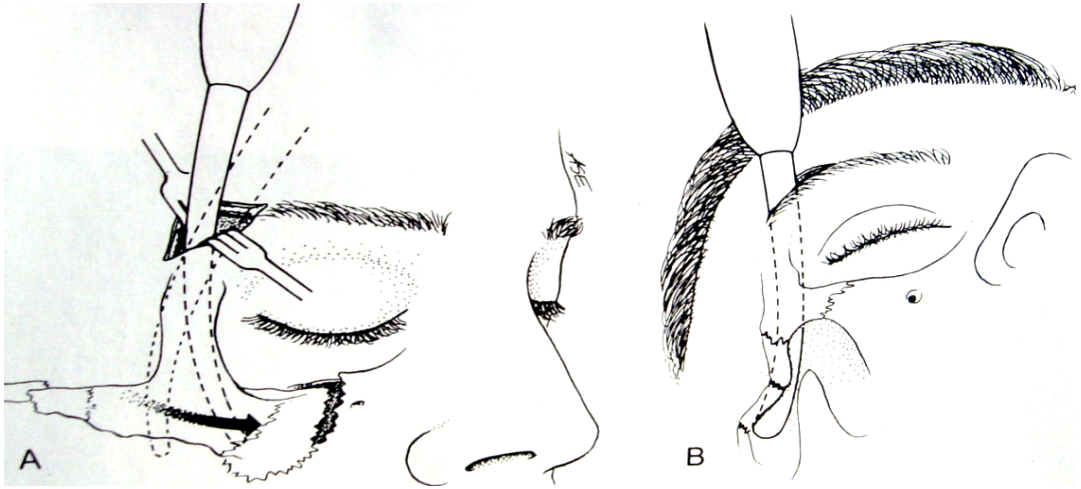
Condición médica comprometida (ej: coagulación intravascular diseminada)

Pronóstico pobre por lesión cerebral (ej: desviación de línea media cerebral, afectación de las cisternas de la base)

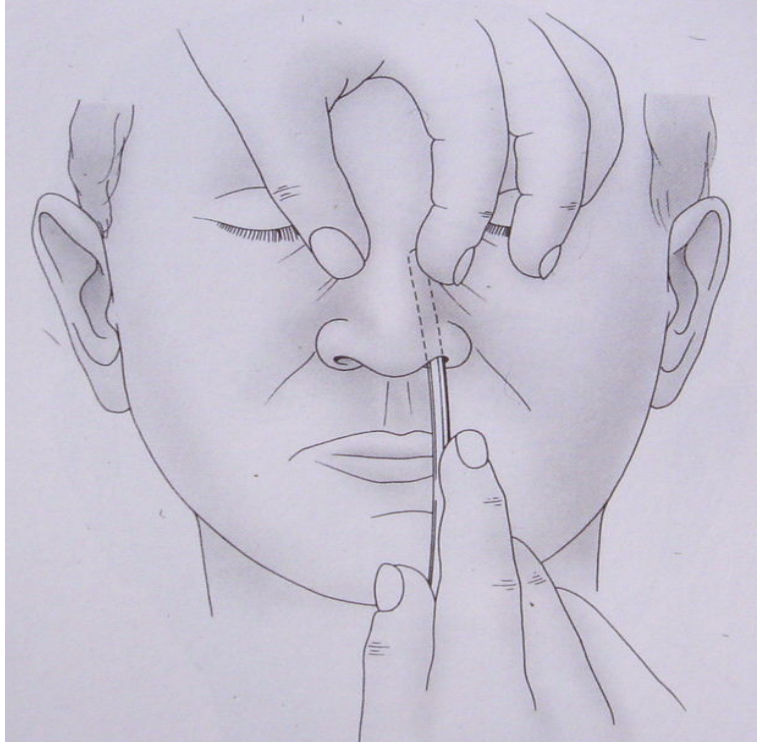
REDUCCIÓN CERRADA



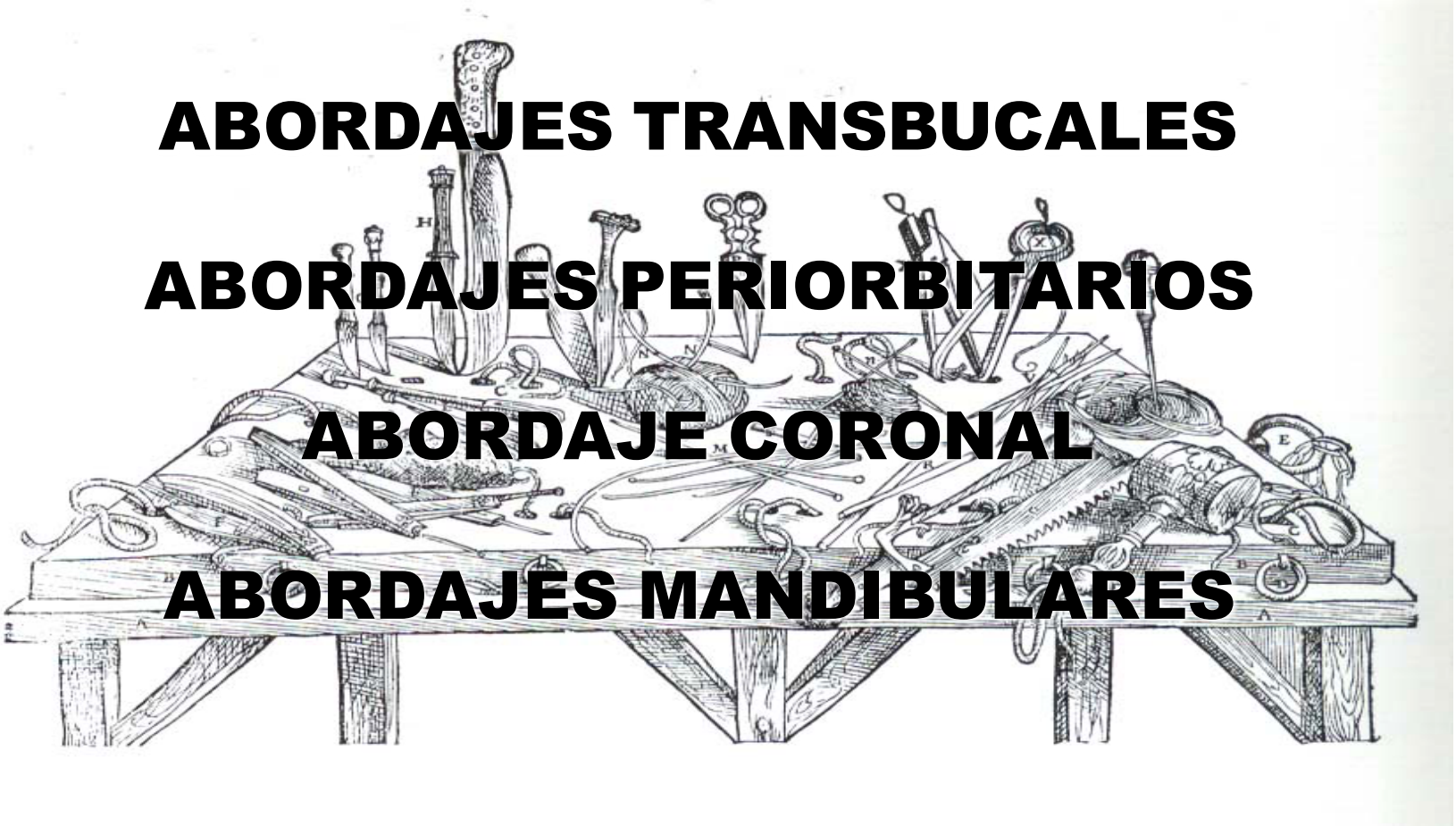




REDUCCIÓN CERRADA



REDUCCIÓN ABIERTA

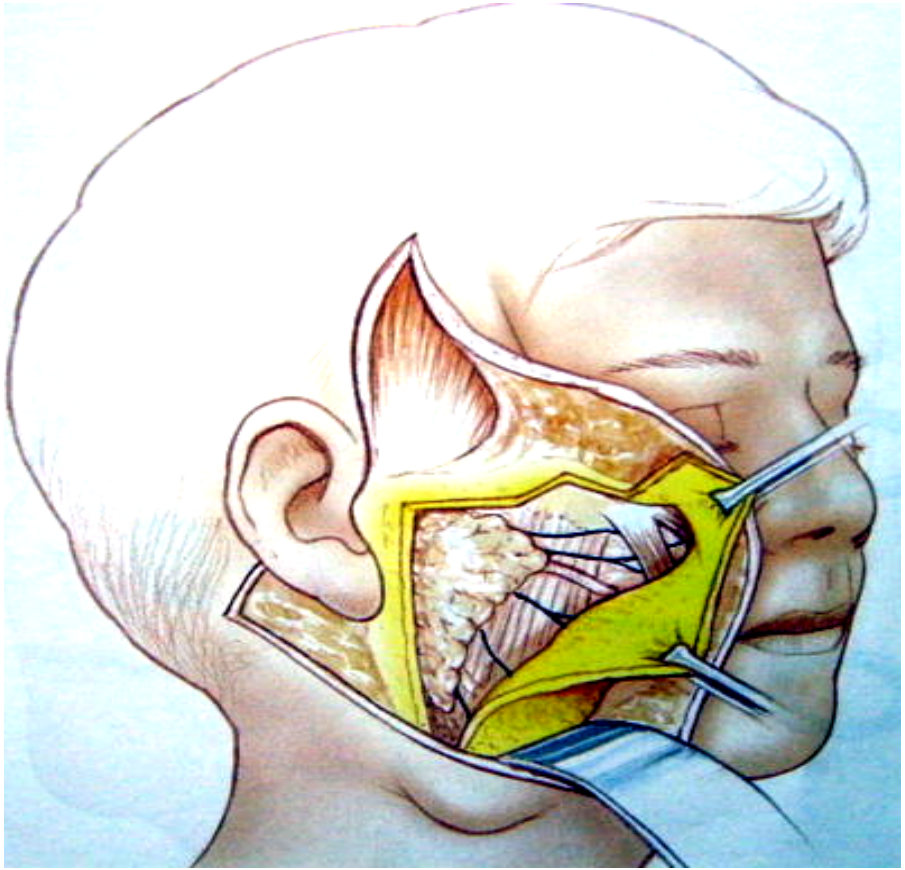


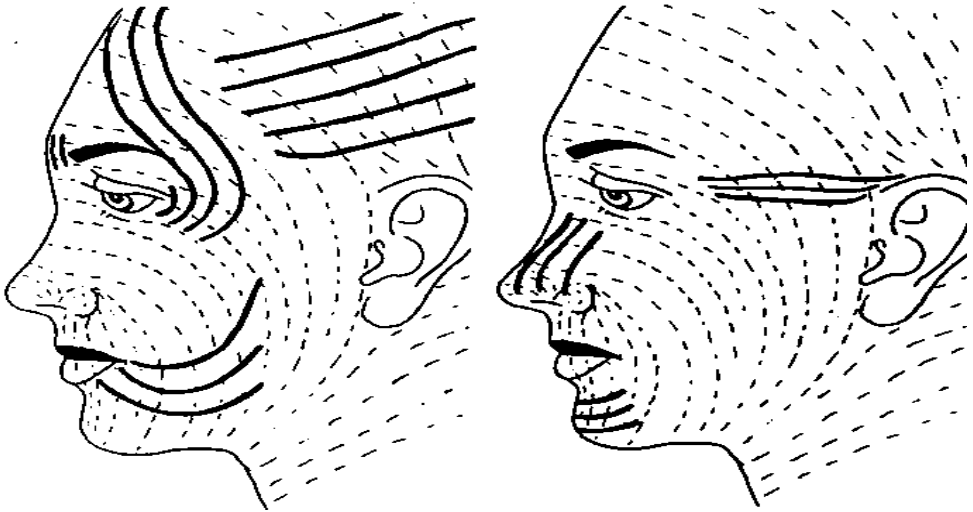
ABORDAJES TRANSBUCALES

ABORDAJES PERIORBITARIOS

ABORDAJE CORONAL

ABORDAJES MANDIBULARES

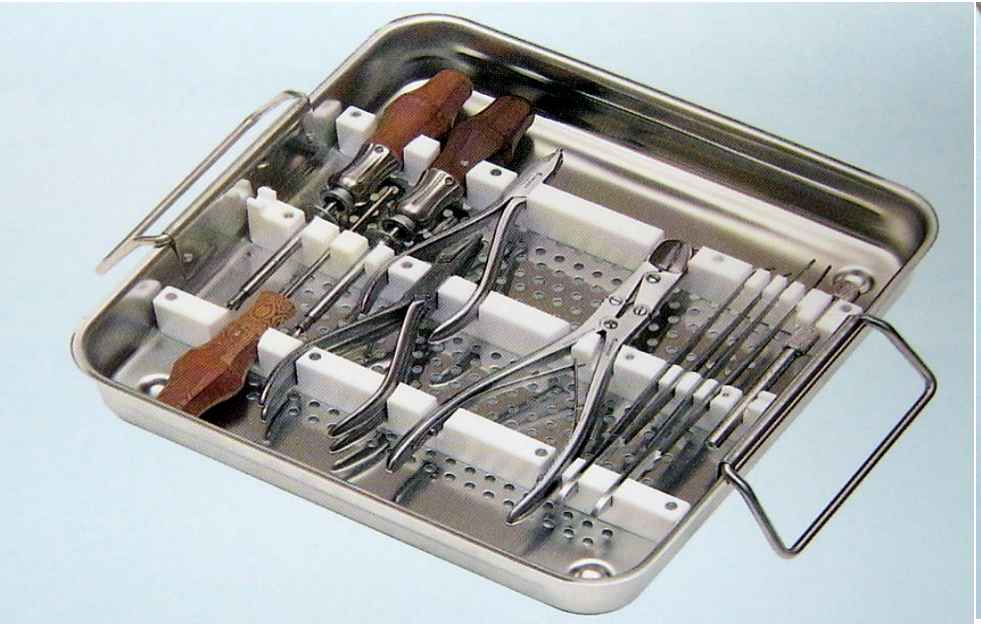


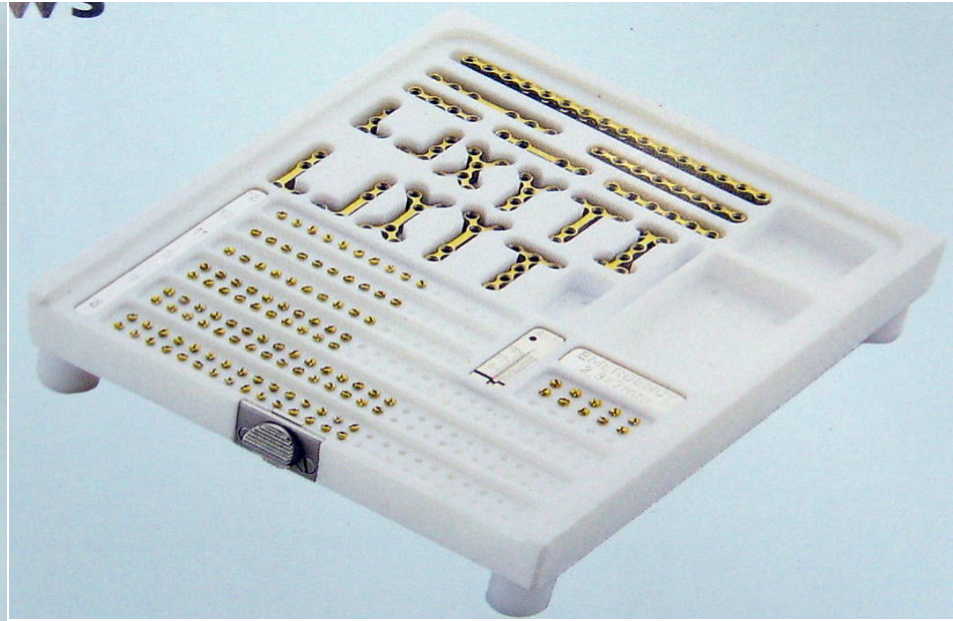


Borges: Plastic and Reconstructive Surgery, 1984

OSTEOSÍNTESIS ALÁMBRICA

OSTEOSÍNTESIS CON PLACAS





OSTEOSÍNTESIS CON MINIPLACAS

Indicaciones absolutas

(Zide y Kent, 1983)

- Desplazamiento a la fosa craneal media
- Imposibilidad de obtener oclusión adecuada en la reducción por técnicas cerradas
- Desplazamiento lateral extracapsular del cóndilo
- Invasión de un cuerpo extraño

Indicaciones relativas

(Zide y Kent, 1983)

- Fractura bilateral en pacientes edéntulos cuando no es posible hacer splint
- contraindicaciones médicas para fijación intermaxilar (psiquiátricas, alcoholismo, retardo mental)
- imposibilidad de realizar fisioterapia (trastornos motores)
- fracturas bilaterales en asociación con fracturas conminutas del tercio medio
- fracturas bilaterales en asociación con trastornos gnatológicos (pro o retrognatismo, mordida abierta, periodontopatías, pérdida de múltiples dientes)

FRACTURAS DE CÓNDILO

No restricción de crecimiento. Restauración posible en niños pequeños (Dahlstrom y col, IJOMFS 1989)

Movilización temprana (menos de 7 días de inmovilización si es necesario): fisioterapia y/o movimientos guiado por elásticos

Seguimiento postoperatorio prolongado (Proffit y col, AJODO 1980).
30%sobrecrecimiento
22% hipocrecimiento
48 % simetría mandibular
Riesgo mayor de anquilosis (Oji, JCMFS 1998): fractura bilateral
< de 5 a, tratamiento tardío
fijación MM prolongada

Cátedra de Cirugía BMF III

FISIOTERAPIA PARA FRACTURA DE CÓNDILO

Apertura forzada de la boca por presión bidigital por el propio paciente hasta un límite máximo tolerado, con repetición de 10 a 20 veces frente a un espejo.
Uso de espátulas agregadas o pinza de ropa para lograr la apertura normal.

Adelantamiento mandibular contra resistencia de la mano de 10 a 20 veces por día.

Movimientos laterales con o sin presión manual del lado opuesto 10 a 20 veces por día.

Los ejercicios pueden ser repetidos en forma isométrica contra presión manual y deberán ser realizados lo mínimo 2 veces por día y lo máximo 4 veces.

La apertura de la boca se recupera en 2 semanas y el movimiento de 10 a 20 semanas.

Si hubiera regresión en la apertura se deben intensificar los ejercicios por el profesional tratante dos o tres veces por semana.

TRATAMIENTO SECUNDARIO O SECUELAR

DENTALES

PULPA
H.ALVEOLAR
PERIODONTO
DIENTE
DIENTE EN TRAZO DE FRACT.

MUSCULARES

TRISMUS

PARADENCIALES

R.O.
A.C.C.
B.P.
MOVILIDAD

TRATAMIENTO SECUNDARIO O SECUELAR

NERVIOSAS

ANESTESIA
PARESTESIA
DOLOR

INFECCIOSAS

PSEUDOARTROSIS

MALAUNION

ALTER. DE POSICION MANDIBULAR

MALOCLUSION
MORDIDA ABIERTA
ALTER. DE PERFIL
TRAST. FUNCIONALES
DESPLAZ.
LIMITACION
DOLOR