

2ej 713

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TRAUMATOLOGIA MAXILOFACIAL ENFOCADO
A MANDIBULA, MAXILAR Y MALAR

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Ma. del Rosario D. Ramírez Ricárdez

Asesor: Julio Herrera Alvarado

Ma. Encarnación Sánchez Gutiérrez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
I. FRACTURA OSEA - DEFINICION	4
II. CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS	6
III. ETIOLOGIA DE LA FRACTURA	8
IV. FRACTURA SEGUN SU FRECUENCIA	10
V. EXPLORACION Y DIAGNOSTICO DE LA FRACTURA	31
VI. MEDIOS TERAPEUTICOS DE LA FRACTURA	36
VII. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO	51
VIII. PRONOSTICO Y CONCLUSIONES	56
IX. BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUCCION

LA HISTORIA DE LAS FRACTURAS SON TAN ANTIGUAS COMO EL HOMBRE MISMO. EXISTEN REFERENCIAS DE PROBLEMAS TRAUMÁTICOS MAXILARES, DENTARIOS, Y ESTOMATOLÓGICOS DESDE EL AÑO 2000 A.C.

SEGÚN LOS HALLAZGOS ARQUEOLÓGICOS ENCONTRAMOS UTENSILIOS Y TABLAS CON JEROGLÍFICOS QUE DEMUESTRAN CIERTOS DATOS DE HABILIDAD Y LIMITACIÓN PROFESIONAL EN LO REFERENTE A TRAUMATISMO.

EL TESTIMONIO MÁS INTERESANTE REFERENTE AL TRATAMIENTO ES EL PAPIRO QUIRÚRGICO DE EDWIN SMITH QUE LO LOCALIZAMOS EN LA ACADEMÍA DE MEDICINA DE NEW YORK. ESTE MANUSCRITO EGIPCIO DATA DE LOS AÑOS 1600 A 1700 A.C. Y REFIERE 22 LESIONES DE CABEZA QUE INCLUYE FRACTURAS Y DISLOCACIONES MAXILARES Y MANDIBULARES CON NOTAS REFERENTES AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

HIPÓCRATES (460 A.C.) REFIERE A TRATAMIENTOS PARA REDUCCIÓN EN FRACTURAS MAXILARES Y MANDIBULARES, UTILIZANDO LA FIJACIÓN INTERMAXILAR EN FORMA RÚSTICA, TRATAMIENTO POST-OPERATORIO GUARDANDO REPOSO, DIETA LÍQUIDA Y BLANDA, UTILIZANDO COMPRESAS Y MOVILIZACIONES PASIVAS.

LOS POLITRAUMATIZADOS SON PACIENTES GRAVES QUE PRESENTAN MÚLTIPLES LESIONES Y QUE SEGÚN SU INTENSIDAD Y FRECUENCIA SE DIVIDEN EN:

- 1) CRÁNEO-ENCEFÁLICOS
- 2) MAXILO-FACIALES
- 3) TORÁXICOS
- 4) ABDOMINALES
- 5) MIEMBROS

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTOS ACCIDENTES SE DEBEN A LA COMODIDAD ACTUAL SIENDO EL NÚMERO 1 EL ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO Y ---

OTROS MEDIOS DE LOCOMOCIÓN, DEBIDO AL RITMO ACELERADO DE LA VIDA MODERNA.

OTRAS CAUSAS SERÁN LA MECANIZACIÓN DE LA INDUSTRIA, ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RIÑAS, ARMAS DE FUEGO, COMO TAMBIÉN ENFERMEDADES PATOLÓGICAS DEBIDO A PROCESOS INFECCIOSOS.

EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DEL I.M.S.S. DE 1963 A 1973 SE REALIZO UN ESTUDIO CON 1124 PACIENTES QUE PRESENTABAN FRACTURAS MANDIBULARES LOS CUALES FUERON TRATADOS CON REDUCCIÓN, INMOVILIZACIÓN, MANIOBRAS EXTERNAS Y OSTEOSÍNTESIS CUYO PROMEDIO DE EDADES ESTA ENTRE 15 Y 40 AÑOS, SIENDO EL 90% DE SEXO MASCULINO (1012 CASOS), Y EL 10% DE SEXO FEMENINO (112 CASOS).

EN ESTE ESTUDIO SE REALIZÓ UNA ESTADÍSTICA PARA OBTENER LA FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE ORIGINAN ESTAS FRACTURAS.

- 35.1 % CORRESPONDEN A ACCIDENTES DE TRÁNSITO
- 33.3 % VIOLENCIA FÍSICA
- 13.1 % ACTIVIDADES DEPORTIVAS
- 9.3 % ACTIVIDADES DEL HOGAR
- 9.2 % ACCIDENTES DEL TRABAJO

EN UN ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DEL I.M.S.S., SE REVISARON 390 CASOS CON FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR COMPRENDIDA EN LOS AÑOS 1968 A 1973.

SE UTILIZARON LOS PARÁMETROS SIGUIENTES:

SEXO, EDAD Y TIPO DE ACCIDENTE; OBTENIENDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS. 92.3 % DE SEXO MASCULINO (360 CASOS) Y EL 7.7 % DE SEXO FEMENINO (30 CASOS), LAS EDADES COMPRENDIDAS FUERON ENTRE 8 Y 80 AÑOS CON UN PROMEDIO ENTRE 20 Y 40 AÑOS, PREDOMINANDO EL SEXO MASCULINO.

- 39.7 % CORRESPONDE A ACCIDENTES DE TRÁNSITO
- 22.9 % VIOLENCIA FÍSICA
- 15.1 % ACTIVIDADES DEPORTIVAS
- 14.4 % ACTIVIDADES DE TRABAJO
- 10.8 % ACCIDENTES DEL HOGAR

FRACTURA OSEA.- DEFINICION.

ES LA PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL DE LA CONTINUIDAD DEL HUESO -- ORIGINADAS POR DIFERENTES CAUSAS COMO SERÍAN PATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS, FÍSICAS Y QUÍMICAS. ESTA PALABRA PROVIENE DEL LATÍN FRANGERE QUE SIGNIFICA ROMPER.

ESTAS FRACTURAS COMO YA HEMOS MENCIONADO ES CAUSADO POR DIFERENTES TRAUMATISMOS, CHOQUES, CAIDAS, PRESENTÁNDOSE EN MAYOR -- PORCENTAJE EN HOMBRES Y MUJERES Y EN NIÑOS QUE ADULTOS,

ESTAS FRACTURAS PODRÁN DIVIDIRSE PARA SU ESTUDIO EN TRAUMÁTICAS Y PATOLÓGICAS.

ESTAS PUEDEN SER COMPLETAS O PARCIALES, LAS PARCIALES SERÁN DEL REBORDE ALVEOLAR O DE LA TABLA EXTERNA COMO INTERNA, EN -- MAYOR O MENOR EXTENSIÓN Y LAS COMPLETAS SERÍAN LAS DEL CUELLO DEL CÓNDILO, LE FORT I, LE FORT II Y LE FORT III, Y DE LA APÓFISIS CORONOIDES.

LA SINTOMATOLOGÍA QUE PRESENTA EL PACIENTE ES:

- _ DOLOR E IMPOSIBILIDAD DE MASTICAR POR LO TANTO, EXISTE LIMITACIÓN FUNCIONAL O PÉRDIDA DEL MOVIMIENTO.
- _ FALTA RELACIÓN DE LOS ARCOS DENTARIOS OCASIONANDO MALA -- OCLUSIÓN.
- _ SIALORREA SOLA O CON SANGRE.
- _ ANAMNESIS.
- _ PUEDE O NO EXISTIR LACERACIÓN DE LOS HUESOS Y TEJIDOS -- BLANDOS, ACOMPAÑADOS CON TUMEFACCIÓN, RIGIDEZ MUSCULAR.
- _ CUANDO EL TROZO DE LA FRACTURA PASA A TRAVÉS DEL ALVEOLO DEL CANINO O EN LA PARTE MEDIA DE LA RAMA HORIZONTAL, GE-

PERALMENTE EL DESPLAZAMIENTO DE LOS CABOS ES MUCHO MAYOR, PUES --
LAS INSERCCIONES DE LOS PODEROSOS MUSCULOS ELEVADORES (MASETERO Y
PIERNOBIBO INTERNO) TIENDEN A LLEVAR EL FRAGMENTO POSTERIOR HA--
CIA ARRERA AYUDADO POR EL TEMPORAL Y LOS MUSCULOS SUPRABITODEOS --
VAN A DESPLAZAR EL FRAGMENTO ANTERIOR HACIA ADENTRO, ORIGINANDO --
EL CABALGAMIENTO DE LOS HUESOS Y LA NO CONTINUIDAD DE LA LÍNEA --
QUE PASA POR LA CARA TRIURANTE DE LOS DIENTES. ESTAS FUERZAS SE
RECOMPENSARÍAN SI ESTUVIERAN INSERTADAS A UN HUESO INTACTO.

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS

LAS FRACTURAS SE CLASIFICAN EN VARIOS TIPOS DEPENDIENDO DE SU GRAVEDAD:

FRACTURAS SIMPLES O CERRADAS. - EN ESTA NO HAY LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS, SÓLO ABARCA TEJIDOS DUROS, PERO ESTA FRACTURA NO ESTÁ EXPUESTA, PUEDE EXISTIR DESPLAZAMIENTO DE LOS HUESOS DEBIDO A LA ACCIÓN MUSCULAR.

FRACTURA COMPUESTA O ABIERTA. - PRESENTA COMUNICACIÓN CON EL EXTERIOR, LA FRACTURA ESTÁ EXPUESTA. EN ESTE TIPO SIEMPRE EXISTE EL RIESGO DE LA INFECCIÓN DEBIDO A LA CONTAMINACIÓN.

CASI TODAS LAS FRACTURAS DE LA MANDÍBULA LOCALIZADA EN REGIÓN DE LOS DIENTES SERÁN DE TIPO ABIERTA. LA MANDÍBULA SE FRACTURA EN SU PARTE MÁS DÉBIL, EN VEZ DE FRACTURARSE EN TODO SU GROSOR.

LA MANDÍBULA EDÉNTULA SUFRE FRACTURA SENCILLA, AUNQUE PUEDE PRESENTAR SALIENTE EN EL BORDE ALVEOLAR O ESTAR DESPLAZADA, EL PERIOSTIO Y TEJIDO SUPRAADYACENTE, UNA FRACTURA COMPUESTA A TRAVÉS DE LA PIEL ES MÁS DIFÍCIL DE TRATAR Y PUEDE OCASIONAR UNA INFECCIÓN ÓSEA (OSTEOMIELITIS).

LA REPOSICIÓN DE LOS FRAGMENTOS ES MUY IMPORTANTE PORQUE LA CONSOLIDACIÓN, POSICIÓN DEFECTUOSA AFECTA LOS MOVIMIENTOS ARTICULARES Y PUEDE QUEDAR OPRIMIDO EL NERVIO DENTARIO INFERIOR O IMPEDIRSE SU REGENERACIÓN SI ESTÁ LESIONADO, OCASIONANDO LA PARÁLISIS DEL LABIO EN DEFINITIVO, OCASIONANDO FRACTURAS MÚLTIPLES Y FRECUENTES DEBIDO A LA FRAGILIDAD ÓSEA QUE PRESENTAN.

FRACTURA CONMINUTA. - ESTAS PUEDEN SER DE TIPO COMPUESTAS O SIMPLES DEPENDIENDO DE LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN.

EL HUESO ESTARÁ AFLASTADO O ASTILLADO, SE FRACTURA EN TRES O MÁS FRAGMENTOS.

LAS FRACTURAS DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA ES UN EJEMPLO DE ÉSTAS, YA QUE PRESENTAN 10 O MÁS FRAGMENTOS, SIN EMBARGO NO EXISTE DESPLAZAMIENTO DEBIDO A LA ACCIÓN FERULIZANTE DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES, NO EXISTE FRACTURA EXPUESTA.

EL TRATAMIENTO PARA ÉSTE TIPO DE FRACTURA SERÁ UNA REDUCCIÓN ABIERTA; EL HUESO SE EXPONE QUIRÚRGICAMENTE, SE REALIZAN PERFORACIONES PARA PODER COLOCAR LOS FRAGMENTOS EN SU LUGAR, VAMOS A FERULIZAR CON ALAMBRE, EN ESTE TIPO DE TRATAMIENTO LA CONSOLIDACIÓN ÓSEA VA A RETRASAR. LA REDUCCIÓN CERRADA FAVORECE Y ASEGURA LA VIABILIDAD DE LOS FRAGMENTOS.

FRACTURA EN FORMA DE TALLO VERDE. - Así llamadas porque presentan fracturas a un lado del hueso y el otro extremo solamente está doblado. Este tipo de fractura debe diferenciarse mediante las radiografías, requiere tratamiento, ya que de lo contrario ocurrirá resorción del hueso durante el proceso de consolidación, la fractura del hueso y la fuerza muscular evitan la unión de los extremos durante la consolidación, este tipo de fractura es muy común en los niños.

ETIOLOGIA DE LAS FRACTURAS REFERENTE A LOS HUESOS MAXILAR SUPERIOR, MANDIBULAR Y MALAR.

LAS CAUSAS DE ESTAS FRACTURAS VAN A DEPENDER DE FACTORES PATOLÓGICOS COMO TRAUMÁTICOS.

LOS HOSPITALES INFORMAN EL NÚMERO EXÓRBITANTE DE ACCIDENTES - AUTOMOVILÍSTICOS QUE ORIGINAN FRACTURAS DE LOS HUESOS DE LA CARA EN GENERAL.

LA MANDÍBULA ES MÁS FUERTE EN EL CENTRO Y DÉBIL EN LOS EXTREMOS SIENDO ÉSTOS EL LUGAR IDEAL PARA LAS FRACTURAS.

EN LO REFERENTE A LOS ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS, CUANDO EL CONDUCTOR FRENA BRUSCAMENTE LA CABEZA CHOCA CON EL TABLERO, VOLANTE PARABRISAS, OCACIONANDO FRACTURAS DE CIGOMA, NARIZ, MANDÍBULA, MAXILAR SUPERIOR.

UN GOLPE LIGERO OCASIONA FRACTURAS SIMPLE UNILATERAL O EN TALLLO VERDE, MIENTRAS QUE UN GOLPE FUERTE OCASIONA FRACTURA CONMINUTA O DESPLAZAMIENTO. UN GOLPE EN EL LADO DE LA BARRA OCASIONA FRACTURA AGUJERO MENTONIANO DE ESE LADO Y DEL OTRO HABRÁ FRACTURA ÁNGULO-MANDIBULAR, EMPUJA LOS FRAGMENTOS CONDILARES FUERA DE LA FOSA GLENOIDEA.

FRACTURAS TRAUMATICAS. - SON DEFINIDAS COMO SÚBITA Y VIOLENTA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD ÓSEA PUDIENDO SER COMPLETAS O INCOMPLETAS.

EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS, LOS ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS - OCUPARON EL NÚMERO 1 Y EL SEGUNDO POR LA MECANIZACIÓN DE LA INDUSTRIA. LOS ACCIDENTES DE MENOS FRECUENCIA SERÁN: POR LA VIOLENCIA FÍSICA, ACCIDENTES DEPORTIVOS, POR ARMAS DE FUEGO, EXPLOSIONES, CAÍDAS DE AEROPLANOS, POR QUEMADURAS, ARMAS BLANCAS, POR EXTRACCIONES DE PIEZAS DENTARIAS OCASIONADAS POR EL MAL EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

FRACTURAS PATOLÓGICAS. - ESTAS SON OCASIONADAS POR ENFERMEDADES QUE DEBILITAN A LOS HUESOS COMO EN LA OSTEOPOROSIS SENIL, -- TRASTORNOS ENDOCRINOS COMO HIPERPARATIROIDISMO (REGULACIÓN DEL -- CALCIO), ENFERMEDADES RETÍCULO ENDOTELIAL COMO LA RETICULOSITOSIS ENFERMEDAD DE PIAGET, OSTEOMALACIA, RAQUITISMO, OSTEOMIELITIS, -- ANEMIA DEL MEDITERRANEO, TUMORES ÓSEOS, BENIGNOS Y MALIGNOS, OS-- TEOGENESIS IMPERFECTA, ANQUILOSIS, ATROFIA ÓSEA, INFLAMACIÓN DE -- LA SUSTANCIA ÓSEA (OSTEÍTIS), PROCESOS DEGENERATIVOS EN EL HUESO, ENFERMEDADES LOCALES COMO; QUISTES, AMELOBLASTOMAS, DISPLASIA FIBROSA.

FRACTURAS SEGUN SU FRECUENCIA

A) MAXILAR SUPERIOR.- LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES SE CONSIDERAN GRAVES PORQUE ABARCAN TEJIDOS TAN IMPORTANTES COMO: CEREBRO, NERVIOS CRANEALES, VASOS SANGUÍNEOS, INSERCCIONES MUSCULARES, CAVIDAD NASAL, ANTRO MAXILAR, ORBITAS, ETC.

ESTAS FRACTURAS PUEDEN DEJAR SECUELAS DESASTROSAS.

LA FRACTURA HORIZONTAL (LE FORT I).- ES CUANDO EL CUERPO - DEL MAXILAR SUPERIOR ESTA SEPARADA DE LA BASE DEL CRÁNEO, ARRIBA - DEL NIVEL DEL PALADAR Y DEBAJO DE LA INSERCIÓN DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA. EL MAXILAR SE MOVERA LIBREMENTE Y A ESTO SE LE LLAMA MAXILAR FLOTANTE, PUEDE ACOMPAÑARSE DE UNA FRACTURA EN LA PARTE MEDIA DEL PALADAR, ESTE TIPO DE FRACTURA PUEDE SER UNILATERAL.

EL DESPLAZAMIENTO DEPENDE DE LA FUERZA DEL GOLPE QUE EMPUJE EL MAXILAR HACIA ATRÁS, EL PACIENTE TENDRÁ MORDIDA ABIERTA. EL -- TRAUMA SE OBSERVA EN DIENTES, LABIOS, CARRILLOS. EL EXAMEN RADIO-LÓGICO DEMUESTRA LA FRACTURA TOMANDO PLACAS ANTERO-POSTERIOR, LATERAL.

TRATAMIENTO.- PRIMERO ANTES QUE NADA COLOCAREMOS EL MAXILAR EN RELACIÓN CORRECTA CON LA MANDÍBULA Y BASE DEL CRÁNEO E INMOVILIZARLO MEDIANTE LA FIJACIÓN INTERMAXILAR LA CUAL RESULTA MUY EFICAZ.

LA FIJACIÓN CRÁNEO MAXILAR SE INDICA EN CASOS DE DESPLAZAMIENTO O SEPARACIÓN Y SE COMPLEMENTA CON LA INMOVILIZACIÓN INTERMAXILAR.

SE FIJAN ALAMBRES ALREDEDOR DEL MAXILAR, CON ESTO SE FIJA EL MAXILAR SUPERIOR CONTRA LA BASE DEL CRÁNEO Y SI EXISTE MORDIDA -- ABIERTA; JALA HACIA ARRIBA LA PORCIÓN POSTERIOR QUE ESTA DESPLAZADA HACIA ABAJO Y MIENTRÁS LOS ELÁSTICOS INTERMAXILARES CIERRAN LA

MANDÍBULA (MORDEDIA)

SI LA FRACTURA ES ALTA Y EL FRAGMENTO ES DESPLAZADO HACIA ATRAS SE UTILIZA LA REDUCCIÓN, LA TRACCIÓN INTERMAXILAR, POR MEDIO DE BANDAS ELÁSTICAS DIRIGIDAS HACIA ABAJO Y ADELANTE.

ANTES SE UTILIZABAN GORRA DE YESO LA CUAL ES INCÓMODA, ANTI-ESTÉTICA, CONSERVA EL CALOR, Y TIENDE A DESPLAZARSE, SU CONSTRUCCIÓN ERA MUY LABORIOSA. TAMBIÉN SE CONSTRUYERON DE CUERO LA CUAL TIENE 3 PERNOS QUE HACEN CONTACTO CON LA PARED EXTERNA DEL CRÁNEO EN FORMA DE TRIPODE. HOY EN DÍA SOLO SE USA PARA HACER TRACCIÓN.

LAS FRACTURAS UNILATERALES DEL MAXILAR SUPERIOR SE MOVILIZAN POR FIJACIÓN INTERMAXILAR. SE PUEDE LLEVAR A CABO UNA REDUCCIÓN MANUAL, SE COLOCA TRACCIÓN ELÁSTICA, LA FRACTURA DESPLAZADA LATERALMENTE SE TRATA POR UNA BANDA ELÁSTICA SOBRE EL PALADAR Y SE INSERTAN ADITAMENTOS ANCLADOS A LAS CARAS LINGUALES DE MOLARES. LA FRACTURA DE LA LÍNEA MEDIA DESPLAZADA PUEDE EMPUJARSE HACIA AFUERA POR UN TORNILLO COLOCADO EN EL PALADAR O POR UNA BARRA INSERTADA EN CARAS LABIALES Y BUCALES DEL ARCO PARA ARCADAS, SEPARÁNDOLO DEL FRAGMENTO DESPLAZADO.

CUANDO SE HA OBTENIDO LA POSICIÓN CORRECTA AL APARATO SE REEMPLAZA POR LA BARRA CONVENCIONAL Y SE COLOCA LA FIJACIÓN INTERMAXILAR.

FRACTURA PIRAMIDAL (LE FORT II).- ESTA FRACTURA TAMBIÉN LLAMADA VERTICAL Y SE EXTIENDE DEL ANTRO DEL MAXILAR HACIA ARRIBA HASTA LOS HUESOS NASALES Y ETMOIDES, TAMBIÉN PUEDE ACOMPAÑARSE CON FRACTURAS DEL MALAR. HABRA INFLAMACIÓN DE LA CARA, NARIZ, LABIOS, OJOS, DERRAME DEL GLOBO OCULAR, PÁRPADOS AMORATADOS, HEMORRAGIA NASAL, PUEDE HABER RINORREA (QUE NOS INDICA FRACTURA DE LA LÁMINA CRIBOSA DEL ETMOIDES. NUNCA DEBE HACERSE PALPACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR EN PRESENCIA DE LÍQUIDO NASAL, HASTA QUE SE HAYA ELIMINADO LA POSIBILIDAD DE QUE SEA LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

PUEDE HABER INFECCIÓN DE LA DURAMADRE Y OCASIONAR UNA MENINGITIS. CONSULTAR AL NEUROCIRUJANO. LA PALPACIÓN DISCRETA SOBRE EL VÉRTICE DEL CRÁNEO DEBE HACERSE EN TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, AÚN CUANDO NO EXISTAN SIGNOS DE FRACTURA DEL CRÁNEO.

MÁS DE LA MITAD DE LAS FRACTURAS DE CRÁNEO SE COMPLICAN CON FRACTURAS DE LA BASE.

HAY PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO Y LESIONES DE LOS NERVIOS CRANEALES, PRINCIPALMENTE NERVIOS FACIALES Y MOTOR OCULAR EXTERNO.

EL AUMENTO DE LA TEMPERATURA ES CONCOMITANTE CON DAÑO INTRACRANEAL.

LOS PACIENTES QUE PRESENTAN RINORREA CEFALORRAQUÍDEA SON RESPONSABILIDAD DEL NEUROCIRUJANO; EL NEUROCIRUJANO NO PERMITIRA EL VENDAJE TEMPORAL O FIJACIÓN CON ALAMBRES.

ANTES NO SE HACIA LA FIJACIÓN O LA REDUCCIÓN HASTA QUE SE HABÍA EFECTUADO LA CICATRIZACIÓN FIBROSA DEL TRAUMATISMO.

A VECES ES DIFERENTE EL DIAGNÓSTICO DE LAS FRACTURAS DEL MAXILAR SUPERIOR YA QUE AL REALIZAR LA PALPACIÓN DE LOS HUESOS A TRAVÉS DEL EDEMA DE LOS TEJIDOS FACIALES SERA CONFUSA, LAS RADIOGRAFÍAS SERAN CONFUSAS Y DIFÍCILES DE INTERPRETAR.

SE OBSERVA QUE LA LÍNEA DE SEPARACIÓN DE SUTURA FRONTONASAL, EN LA RADIOGRAFÍA LATERAL DE CABEZA GENERALMENTE INDICA UNA FRACTURA EN OTRO LADO DEL MAXILAR SUPERIOR.

TRATAMIENTO. - ESTA ENFOCADO A LA REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DEL -- DESPLAZAMIENTO HACIA ABAJO DEL MAXILAR SUPERIOR.

SE COLOCAN LOS ALAMBRES INTERMAXILARES O BARRAS PARA ARCADEA. LA TRACCIÓN MANUAL O ELÁSTICA GENERALMENTE REDUCE LA FRACTURA LLEVÁNDOSE A CABO LA INMOVILIZACIÓN INTERMAXILAR.

LA FRACTURA PIRAMIDAL GRAVEMENTE DEFORMADA HACIA ATRÁS PUEDE REQUERIR SEPARACIÓN MANUAL DE LAS PORCIONES LATERALES PARA DESIMPACTAR LA PORCIÓN PIRAMIDAL CENTRAL Y LLEVARLA HACIA ADELANTE CON PINZAS DISEÑADAS ESPECIALMENTE PARA ESTE EFECTO. ENTONCES SE COLOCA LA FIJACIÓN CRANEOMAXILAR.

QUIZÁS SEA NECESARIO UN VENDAJE EN LA CABEZA O GORRO PARA TRACCIÓN SUPERIOR EXTRABUCAL.

LA PRIMERA PORCIÓN INTACTA DE HUESO SOBRE LA FRACTURA SE UTILIZA PARA LA SUSPENSIÓN DE CADA LADO. LA PORCIÓN LATERAL DEL BORDE INFRAORBITARIO PUEDE UTILIZARSE EN UN LADO. EL MARGEN LATERAL DEL BORDE SUPRAORBITARIO PUEDE UTILIZARSE EN UNO O EN AMBOS LADOS.

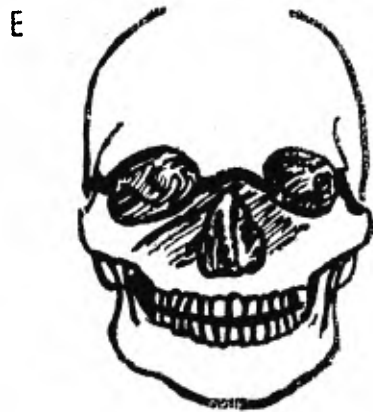
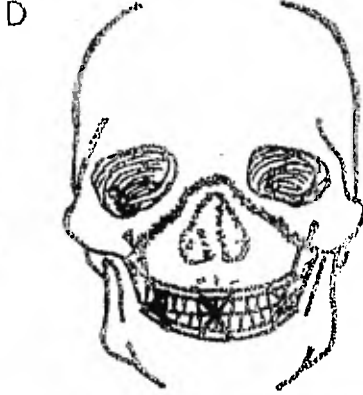
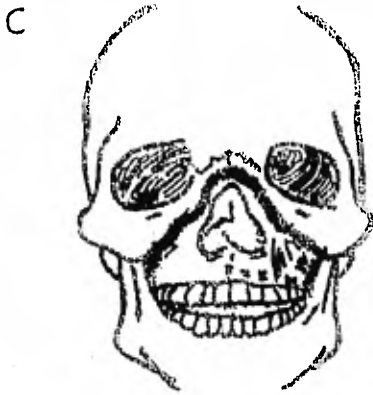
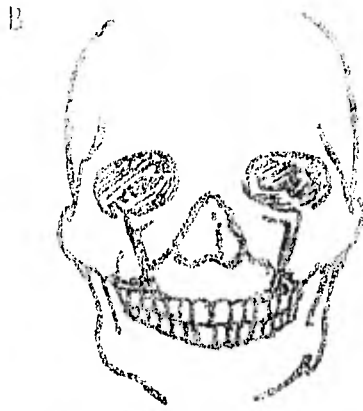
EL ALAMBRE SE COLOCA ALREDEDOR DEL CIGOMA O PUEDE USARSE OCASIONALMENTE AUNQUE UNO O AMBOS ARCOS PUEDEN ESTAR LESIONADOS.

LAS FRACTURAS NASALES SERAN CORREGIDAS POR EL OTORRINOLARINGÓLOGO O EN CIRUGÍA PLÁSTICA SE REDUCE POR MANIPULACIÓN Y SE LES SOSTIENE, AL REALIZAR ESTE TRATAMIENTO VA A VER UNA HEMORRAGIA QUE ES NECESARIO CONTROLAR EN PRESENCIA DE ALAMBRES INTERMAXILARES.

ALGUNOS MÉDICOS ESPERAN LA CONSOLIDACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR Y POSTERIORMENTE REALIZAN LA RESECCIÓN SUBMUCOSA PARA DAR FORMA A LA NARIZ. OTROS PREFIEREN REDUCIR LAS FRACTURAS NASALES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LOS MAXILARES. ESTA ES LA MÁS FRECUENTE.

FRACTURA TRANSVERSA (LE FORT III). - ES UNA FRACTURA DE NIVEL ALTO QUE SE EXTIENDE A TRAVÉS DE LAS ÓRBITAS ATRAVESANDO LA BASE DE LA NARIZ Y LA REGIÓN DEL ETMOIDES HASTA LOS ARCOS CIGOMÁTICOS.

EL BORDE LATERAL DE LA ÓRBITA ESTA SEPARADO EN LA SUTURA FRONTOMALAR. LA ÓRBITA ÓSEA ESTA FRACTURADA LO MISMO QUE SU BORDE INFERIOR. EL CIGOMA ESTA TAMBIÉN AFECTADO YA SEA POR LA FRACTURA DEL ARCO O POR EL DESPLAZAMIENTO HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS DEL



DIFERENTES TIPOS DE FRACTURA EN EL MAXILAR SUPERIOR CON SUS RESPECTIVOS TRATAMIENTOS.

HUESO MALAR. DEBIDO A LA PARTICIPACIÓN DEL MALAR, LA FRACTURA -- TRANSVERSA SE ACOMPAÑA CON OTRAS.

LA FRACTURA PIRAMIDAL SE ACOMPAÑA CON FRACTURA TRANSVERSA, LA FRACTURA TRANSVERSA UNILATERAL SE ACOMPAÑA JUNTO CON LA FRACTURA PIRAMIDAL DEL LADO CONTRARIO.

UNA FRACTURA GRAVE DE LA LÍNEA MEDIA DE LA CARA INCLUYE LOS TRES TIPOS DE FRACTURA; LE FORT I, LE FORT II, LE FORT III,.

POR LO COMÚN EN FORMA DE FRACTURA MÚLTIPLE DEL CUERPO Y ARCO CIGOMÁTICO, NASAL, Y ETMOIDES.

EN ESTAS FRACTURAS LA FACIE QUE PRESENTA EL PACIENTE ES EN FORMA DE PLATO DEBIDO A QUE LA PORCIÓN CENTRAL DE LA CARA EN CONCAVA.

LOS SIGNOS ORBITARIOS SON IMPORTANTES NEUROLOGICAMENTE; SI EL OJO ESTA DILATADO Y FIJO HAY EL 50 % DE PROBABILIDAD DE MUERTE POR LESIÓN INTRACRANEAL Y SI AMBOS OJOS ESTAN AFECTADOS EN EL 95% HAY PROBABILIDADES DE MUERTE.

SIN EMBARGO EL NEUROCIRUJANO LO DEBE DE DIFERENCIAR DE -- OTROS ESTADOS TALES COMO EL ALCOHOLISMO, MORFINOMANÍA, GLAUCOMA, Y OPERACIONES OCULARES ANTERIORES ACOMPAÑADOS EN ESTE TIPO DE FRACTURAS.

DEBEMOS BUSCAR LA RINORREA CEFALORRAQUÍDEA, EN FRACTURAS DE CRÁNEO, ACOMPAÑADAS DE HEMORRAGÍA OTICA (ESTO INDICA FRACTURA EN FOSA CRANEAL MEDIA).

SIN EMBARGO EL TRAUMATISMO DEL OIDO EXTERNO, LAS HERIDAS DE CUERO CABELLUDO Y FRACTURAS DE CONDILO TIENEN QUE SER DIFERENCIADAS. TAMBIÉN ENCONTRAMOS OTRO SIGNO CARACTERÍSTICO, LA DIPLOPIA.

TRATAMIENTO.- COMO EL MALAR Y EL ARCO CIGOMÁTICO ESTAN FRAC

TURADOS SU TRATAMIENTO ES COMPLICADO. EL ALAMBRE EN MALAR NO PUEDE SER UTILIZADO CON EXCEPCIÓN DE CASOS DE FRACTURA TRANSVERSA UNILATERAL.

SI SE UTILIZAN LOS ALAMBRES INTERNOS EL MAXILAR SUPERIOR SE FIJA A LA PRIMERA PORCIÓN DEL HUESO SOLIDO ARRIBA DE LAS FRACTURAS.

EXISTEN FRACTURAS EN LAS QUE SE EVITA EL USO DEL GORRO DE YESO Y SOLO SE COLOCA ALAMBRE QUE ATRAVIESAN CARRILLOS.

SI HAY DEPRESIÓN DEL MALAR REALIZAMOS UNA INCISIÓN E INTRODUCIMOS LAS PINZAS KELLY Y LA COLOCAMOS DEBAJO DEL MOLAR Y SE LEVANTA HACIA ARRIBA Y AFUERA. LA LÍNEA DE SUTURA FRONTOCIGOMÁTICA Y BORDE INFRAORBITARIO SE EXAMINAN PARA VERIFICAR SU POSICIÓN, LA HERIDA SE CIERRA CON SUTURA SUBCUTÁNEA DE CATGU Y UNO O MÁS PUNTOS DE SEDA PARA LA PIEL. SE COLOCA ALGÚN TIPO DE FIJACIÓN CRANEOMAXILAR.

SI LA REDUCCIÓN NO FUE SATISFACTORIA SE REALIZA LA REDUCCIÓN ABIERTA EN UNO O EN AMBOS LADOS.

DESPÚES CON LA PREPARACIÓN HABITUAL CON EL DEDO SE LOCALIZA LA SEPARACIÓN CIGOMÁTICA EN EL BORDE LATERAL DE LA ÓRBITA. NUNCA SE RASURAN LAS CEJAS.

APARTE DE LA ANESTESIA GENERAL SE INYECTA 1 ML. DE ANESTESIA LOCAL QUE CONTENGA ADRENALINA AL 1 POR 50000 PARA LOGRAR LA HEMOSTASIA.

SE HACE EN LA PIEL UNA INCISIÓN DE 2 CM. DE LONGITUD POR DEBAJO DE LA CEJA CON CURVATURA HACIA AL ÁNGULO PALPEBRAL, NUNCA EN EL ÁNGULO PALPEBRAL EXTERNO YA QUE CORTARIAMOS LAS RAMAS DEL NERVIIO FACIAL PARA LOS PÁRPADOS.

LA DISECCIÓN SE REALIZA HASTA HUESO Y SE COLOCA ELEVADOR PEQUEÑO DE PERIOSTIO MESIAL AL BORDE PARA PROTEGER EL CONTENIDO DE

LA ÓRBITA. SE HACE UNA PEQUEÑA PERFORACIÓN EN CADA FRAGMENTO DE PREFERENCIA EN LA FOSA DEL TEMPORAL EN VEZ DE LA ÓRBITA. SE COLOCAN ALAMBRES Y SE AJUSTAN PARA INMOVILIZAR LA FRACTURA.

EN ESTE MOMENTO ES ADECUADO LA SUSPENSIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR POR MEDIO DE ALAMBRES INTERNOS PARA ELIMINAR EL GORRO.

SE INSERTA ALAMBRE CALIBRE No. 26 A TRAVÉS DE LA PERFORACIÓN SUPERIOR Y SE AJUSTA UNA AGUJA LARGA, UNA RECTA A LOS ALAMBRES, ENTONCES LA AGUJA SE PASA A TRAVÉS DE LA HERIDA DETRÁS DEL MALAR PARA QUE ENTRE EN LA BOCA EN EL BORDE DEL REPLIEGUE MUCOBUCAL A NIVEL DEL PRIMER MOLAR, SE CIERRA LA HERIDA LUEGO SE INSERTA EL ALAMBRE A LA BARRA AL PASAR EL ALAMBRE HASTA LA BOCA PUEDE INFECTAR, ES MEJOR HACIA LA INSERCIÓN DEL ALAMBRE HASTA LA ÓRBITA LATERAL PRIMERO Y COLOCAR LUEGO EL ALAMBRE INFRAORBITARIO. EL ALAMBRE PARA SUSPENSIÓN DESDE EL HUESO FRONTAL SE PASA HACIA ABAJO A UN LADO PARA QUE AL AYUDANTE PUEDA TOMAR LA AGUJA DENTRO DE LA BOCA, SE UTILIZA OTRA AGUJA DEL OTRO LADO SIN EL AUXILIO DEL AYUDANTE QUE HA TOMADO LA AGUJA EN LA BOCA, HASTA QUE TOMA LA SUTURA DE LA HERIDA SE LLEVA A CABO DESPUÉS QUE EL AYUDANTE SE HA CAMBIADO LOS GANTES., ENTONCES LOS ALAMBRES SE INSERTAN A LA BARRA PARA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR COLOCADA EN LA BOCA.

LOS ALAMBRES SE INSERTAN A LA BARRA DE LA ARCADA SUPERIOR, EN CASO DE QUE LA BOCA TENGA QUE ABRIRSE.

SI SON TAN POCOS LOS DIENTES QUE LOS ALAMBRES SON TAN INEFICACES, LOS ALAMBRES SE INSERTAN A LA BARRA PARA ARCADA DE LA MANDÍBULA O A LOS ALAMBRES INTERDENTALES.

LA FIJACIÓN INTERMAXILAR SE MANTIENE POR ESPACIO DE 4 SEMANAS, EN ESTE TIEMPO LA UNIÓN DE LA FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR SE HA VERIFICADO; LAS MÚLTIPLES Y DELGADAS PAREDES PUEDEN FORMAR UNIONES FIBROSAS, POR LO MENOS LOS PILARES DE HUESO MÁS GRUESO -- SANAN POR UNIÓN OSEA DIRECTA.

LOS ALAMBRES DE SUSPENSIÓN INTERNOS SE RETIRAN CON SEDACIÓN DEL PACIENTE. SE SEPARAN DE LA BARRA PARA ALCADA O DE LOS ALAMBRES INTERDENTALES Y SE COLOCA UNA PORTA-AGUJAS EN CADA EXTREMO A DELANTE Y ATRÁS PARA VER CUAL EXTREMO DEL ALAMBRE PRESENTA MAYOR MOVILIDAD, EL OTRO EXTREMO SE CORTA TAN ALTO COMO SEA POSIBLE EN EL REPLIEGUE MUCOBUCAL Y SE QUITAN LOS ALAMBRES, DEBERAN COLOCARSE A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS SIN TORCEDURAS.

LOS ALAMBRES INTERMAXILARES DURAN POR LO MENOS 6 SEMANAS, CUANDO SE FRACTURAN COMBINADAS Y HAY FRACTURA CONMINUTA DE LOS HUESOS Y LA TÉCNICA DE FIJACIÓN INTERMAXILAR NO ES ÚTIL SE UTILIZAN LAS SIGUIENTES.

- A) FIJACIÓN POR EL PERNO ESQUELÉTICO ENTRE MALAR Y MANDÍBULA.
- B) EN LA OTRA UTILIZAMOS CLAVO DE STEJNMANN QUE CONSISTE EN TALADRAR EL HUESO A TRAVÉS DE LA SINFISIS DE LA MANDÍBULA, SE PERMITE QUE EL PERNO SE EXTIENDA MÁS ALLÁ DE LOS MÁRGENES DEL HUESO A TRAVÉS DE LA PIEL.

LA TRACCIÓN PUEDE LLEVARSE A CABO POR FIJACIÓN DE LOS MÁRGENES LIBRES DEL PERNO, A UN ADITAMENTO EN EL GORRO POR MEDIO DE ELÁSTICOS O ADITAMENTOS METÁLICOS.

- C) OTRO MÉTODO SERÍA EL UTILIZAR UN CLAVO KIRSCHNER LLEVADO A TRAVÉS DEL MAXILAR SUPERIOR.

COMPLICACIONES

LA INFECCIÓN ES LA MÁS COMÚN Y ESTA SE DEBE AL ALAMBRE AÚN CUANDO EL PACIENTE SE LE DEN ANTIBIÓTICOS; ESTA SIEMPRE SE PRESENTA.

LA MALA UNIÓN SE DEBE A TRATAMIENTOS MAL EFECTUADOS, ESTA ES RARA PERO LLEGA A OCURRIR, YA QUE SI REALIZAMOS UNA REDUCCIÓN TEMPRANA Y UNA BUENA FIJACIÓN NOS EVITAMOS PROBLEMAS SECUNDARIOS.

PUEDEN EXISTIR LA DIPLOPIA Y ESTA OCURRE SI NO SE REDUCE PRONTO LA FRACTURA PUEDE DEBERSE A UNA DEPRESIÓN EN EL PESO DE LA ÓRBITA O A UNA LESIÓN DEL MÚSCULO OBLICUO INFERIOR.

TAMBIÉN APARECE EDEMA PERI-ORBITARIO PERSISTENTE QUE PUEDE O NO DESAPARECER. SE CREE QUE ES RESULTADO DE UN BLOQUEO TRAUMÁTICO DEL DRENAJE LINFÁTICO DE ESTA REGIÓN.

LAS SECUELAS SON, AUNQUE CADA DÍA MENOS:

- _ MALA OCLUSIÓN
- _ DESFIGURACIÓN FACIAL
- _ LESIÓN DEL EPITELIO ESPECIALIZADO DEL ANTRO
- _ MAL FUNCIONAMIENTO NASAL
- _ LA VISIÓN PUEDE DISMINUIR CADA DÍA Y TERMINAR EN CEGUERA, Y ESTO SE DEBE AL HEMATOMA QUE EJERCE PRESIÓN CONTRA EL NERVIÓ OPTICO.

FRACTURA DEL HUESO MALAR. - EL MALAR ES UN HUESO QUE RARAMENTE SE FRACTURA, SIN EMBARGO SUS INSERCIÓNES Y SU ARCO SE FRACTURA CON FRECUENCIA JUNTO CON EL MAXILAR SUPERIOR.

LAS FRACTURAS GENERALMENTE SON UNILATERALES, MÚLTIPLES COMO CONMINUTAS PERO RARA VEZ SON COMPUESTAS DEBIDO AL MÚSCULO PROTECTOR QUE TIENE, SE DESPLAZA POR LA FUERZA DEL GOLPE Y NO POR LAS FUERZAS MUSCULARES.

DEBIDO A LA ACCIÓN DE LA APONEURÓSIS DEL TEMPORAL QUE JALA HACIA ARRIBA Y POR EL MÚSCULO MASETERO JALA HACIA ABAJO. EL GOL-

PE GENERALMENTE EMPUJA LAS PARTES HACIA ATRÁS.

LOS SIGNOS DE LA FRACTURA DEL MALAR ESTAN PROTEGIDOS POR EL EDEMA Y POR LAS LACERACIONES, HINCHAZÓN DE TEJIDOS SUPRA-ADYACENTES, SU SIGNO CARACTERÍSTICO ES EL HOYUELO EN LA PIEL A LA ALTURA DEL ARCO, ACHATAMIENTO DEL CARRILLO SUPERIOR, HEMORRAGIA EN LA ESCLERÓTICA DEL OJO, HEMORRAGIA NASAL, HEMATOMA EN EL ANTRO, PARESTESIA DEL CARRILLO. CUANDO LAS CUATRO LÍNEAS DE SUTURA ESTAN --- FRACTURADAS ALREDEDOR DEL CUERPO EL MALAR SE DEPRIME HACIA ABAJO Y SI ESTE ESTA MUY DEPRIMIDO PUEDE HABER INTERFERENCIA CON LA FUNCIÓN MANDIBULAR, AL CONTACTO CON LA APÓFISIS CORONOIDES.

LAS RADIOGRAFÍAS INCLUYEN TOMAS POSTERO-ANTERIOR PARA MOSTRAR BORDES DE LA ÓRBITA Y OTRA INFERO-SUPERIOR PARA MOSTRAR ARCOS.

LA REDUCCIÓN LA REALIZAMOS CON LA TÉCNICA DE GINESTET. ES UN INSTRUMENTO MUY USADO EN FRANCIA, NOS AYUDA PARA REALIZAR UNA INCISIÓN ESTÉTICA Y SUPRIME LOS RIESGOS DE LESIONAR LOS FILETES DEL NERVIIO FACIAL.

EL GANCHO DE GINESTET ESTA FORMADO POR UNA EXTREMIDAD ENCORVADA, PUNTIAGUDA, RESISTENTE Y UN MANGO QUE OFRECE UNA TOMA SEGURA Y EFICAZ. SE UTILIZA EN FORMA MIXTA (SIENDO POR VÍA CUTÁNEA O POR VÍA BUCAL).

POR VÍA CUTÁNEA NO PRODUCE NINGUNA LESIÓN DE LOS PLANOS SUPERFICIALES, FUERA DE UNA SIMPLE FUNCIÓN DE TEGUMENTOS, EL PROCEDIMIENTO, ANESTESIA GENERAL, PARA LA INFILTRACIÓN LOCAL QUE DEFORMA LOS CONTORNOS Y OBTIENE MAYOR RELAJAMIENTO MUSCULAR.

PRIMERO SEÑALAREMOS POR MEDIO DE LA APLICACIÓN LOS CONTORNOS DEL HUESO COMPARADO CON EL LADO OPUESTO, ELEGIR DE ACUERDO CON EL DESPLAZAMIENTO, EL PUNTO DE ABORDAJE; BORDE POSTERO INFERIOR Ó MASETERINO; BORDE POSTERO SUPERIOR Y BORDE ANTERO SUPERIOR U ORBITARIO.

DESCENDAMOS LA MESA DE OPERACIÓN. LA CABEZA DEL PACIENTE SE SUJETA CON FIRMEZA POR EL AYUDANTE. ENLANCHAR CON FIRMEZA EL REBORDE ÓSEO ELEGIR DIRECTAMENTE A LA PIEL SIN INCISIÓN PREVIA.

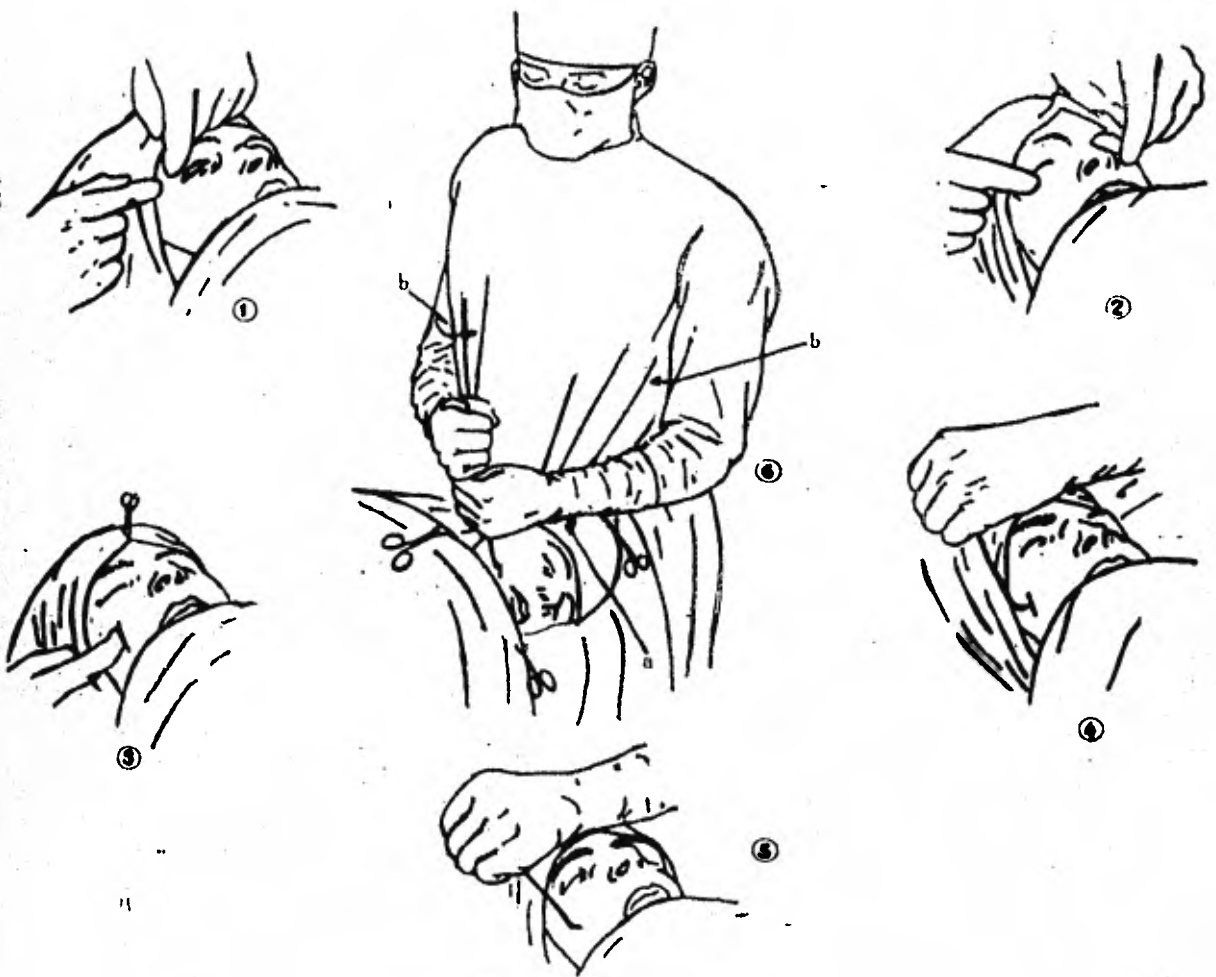
PARA EJERCER LAS TRACCIONES APROPIADAS, TAN FUERTE COMO SEA NECESARIO PARA REPONER EL HUESO A LA POSICIÓN CORRECTA, MANTENEMOS CODOS CEÑIDOS AL CUERPO, BRAZO, TORSO, DEBEN TRABAJAR EN CONJUNTO, HACIA ARRIBA Y AFUERA POR VÍA ACCESO INTRABUCAL, (COLDWELL LUC), HASTA EL ANTRO LA PARED ANTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR ESTARA CON FRACTURA CONMINUTA. EL DEDO ENGUANTADO O CON EL GANCHO DE GINESTET SE EMPUJA EL MALAR, ARRIBA Y AFUERA DESPUÉS SE COLOCA -- BOLSA DE HULE EN EL ANTRO, APLICANDO DRENAJE Y TAPONEAR CON GASA VASELINADA PARA APOYAR LOS FRAGMENTOS.

LOS BORDES DE LA HERIDA SE SUTURAN PERO LA PORCIÓN CENTRAL -- SE DEJA ABIERTA PARA REMOCIÓN DE LOS MATERIALES DE TAPONAMIENTO. EL TAPÓN SE DEJA DE 2 A 3 SEMANAS; A VECES ES NECESARIA LA FIJACIÓN POR ALAMBRE DIRECTO AL HUESO EN EL BORDE DE LA ÓRBITA.

EN CASOS DE TRATAMIENTOS RETARDADOS SE INSERTA UN TORNILLO -- PERFORADO EN EL CUERPO MALAR Y SE FIJA TRACCIÓN ELÁSTICA CON LA -- AYUDA DE UN GORRO.

EL MÉTODO MÁS SENCILLO PARA LA FRACTURA DEL ARCO CIGOMÁTICO ES LA REDUCCIÓN POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO LARGO COMO EL GANCHO DE GINESTET Ó ELEVADOR DEL PERIOSTIO. SE REALIZA INCISIÓN EN EL REPLIEGUE MUCO-BUCAL A NIVEL DEL SEGUNDO MOLAR. SE PASA EL INSTRUMENTO POR FUERA Y ARRIBA HASTA QUE LLEGA A LA REGIÓN MEDIA -- DEL ARCO. SE HACE PRESIÓN LATERAL PARA EVITAR ACCIÓN DE PALANCA SOBRE LA SUPERFICIE DEL MAXILAR SUPERIOR Ó DE LOS DIENTES.

LOS DEDOS DE LA OTRA MANO SE COLOCAN EN LA PIEL SOBRE EL ARCO PARA GUIAR, LA REDUCCIÓN NO REQUIERE FIJACIÓN. LA CURACIÓN -- CLÍNICA SE LLEVARA DOS SEMANAS DESPUÉS.



LA REDUCCION LA REALIZAMOS CON LA TECNICA DE GINESTET.
ES UNA TECNICA MUY USADA EN EUROPA, YA QUE NOS PERMITE
REALIZAR UNA INCISION ESTETICA, SUPRIMIENDO RIESGOS DE
LESIONAR AL NERVIOS FACIAL.

FRACTURAS MANDIBULARES. - LA VULNERABILIDAD DE LA MANDÍBULA EN SI VARIA DE UN INDIVIDUO A OTRO EN DIFERENTES MOMENTOS; TAMBIÉN INCLUYE EL ESTADO PATOLÓGICO, FISIOLÓGICO DEL PACIENTE.

LAS PERSONAS DEDICADAS AL DEPORTE TENDRÁN MAYOR CALCIFICACIÓN Y POR LO TANTO MENOR TENDENCIA A LAS FRACTURAS.

LA INCIDENCIA DE LAS FRACTURAS EN MANDÍBULA DEPENDERÁ DEL SITIO:

ANGULO DE LA MANDÍBULA	31 %
CONDILO	18 %
REGIÓN DE LOS MOLARES	15 %
REGIÓN MENTONIANA	14 %
SINFISIS	8 %
REGIÓN DEL CANINO	7 %
RAMA ASCENDENTE	6 %
APÓSIFIS CORONOIDES	1 %

LAS FRACTURAS NO COMPLICADAS DE MANDIBULA. - ESTAS SON FÁCIL -
 LES DE ATENDER EN EL CONSULTORIO MEDIANTE LA FIJACIÓN INTERMAXI -
 LAR. LAS FRACTURAS ESTÁN LOCALIZADAS DENTRO DE LA ARCADA DENTARIA
 Y DEBE SER NECESARIO QUE EXISTAN UNO O MÁS DIENTES SANOS EN EL - -
 FRAGMENTO DISTAL.

PODEMOS UTILIZAR CUALQUIER TÉCNICA DE FIJACIÓN INTERMAXILAR,
 COMO EJEMPLO: ALAMBRE DE PRESILLA MÚLTIPLE, ÉSTA FUE MUY USADA EN -
 LA 2ª. GUERRA MUNDIAL. EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ DECIDIR SI SE -
 EXTRAEN LOS DIENTES SITUADOS EN EL SITIO DE FRACTURA; LOS SIGUIEN -
 TES FACTORES TENDRÁN INFLUENCIA EN LA DECISIÓN:

LA AUSENCIA DE FRACTURA O GRAN TRAUMATISMO AL DIENTE, AUSEN -
 CIA DE PERIODONTITIS, LA LOCALIZACIÓN DE DIENTES INCLUYE LA ESTÉTI -
 CA, POSIBILIDAD DE COLAPSO DE LA ARCADA. CUANDO SE DUDE, ÉSTE SE -
 DEBERÁ EXTRAER.

LA INFECCIÓN CRÓNICA PERSISTE O HAY ABCESES AGUDOS, DEBERÁ -
 EXTRAERSE EL DIENTE, POR NO HABERLO REALIZADO OPORTUNAMENTE SE OCA -
 SIONARÁ RETRASO EN LA CONSOLIDACIÓN.

POR REGLA GENERAL LOS DIENTES CARIADOS O INFECTADOS SE EX --
 TRAERÁN ANTES DE LA FIJACIÓN INTERMAXILAR.

LA TRACCIÓN ELÁSTICA SE COLOCA PARA EVITAR DESPLAZAMIENTO Y -
 ESPASMOS MUSCULARES; ESTA PUEDE UTILIZARSE DURANTE LA CONVALESCEN -
 CIA. SI SE DESEA LOS ELÁSTICOS PODRÁN SER REEMPLAZADOS POR ALAM -
 BRES INTERMAXILARES DESPUÉS DE UNA SEMANA, ÉSTOS SON MÁS FÁCILES -
 DE MANTENERLOS LIMPIOS Y MENOS MOLESTOS PARA EL PACIENTE.

DEBEMOS DAR ANTIBIÓTICOS DURANTE LA PRIMERA SEMANA COMO PRO -
 FILÁCTICOS.

ES CONVENIENTE HOSPITALIZARLOS POR LO MENOS 24 A 48 HORAS, -
 PARA VIGILARLOS Y SI SE CREE CONVENIENTE SE LE MANDARÁ A CASA.

LAS FRACTURAS COMPLICADAS EN MANDIBULA - SON AQUELLAS EN LA CUAL LOS TRATAMIENTOS SENCILLOS COMO SERIA LA REDUCCION CERRADA Y LA FIJACION NO ES LO ADECUADO.

FRACTURAS DEL ANGULO DE LA MANDIBULA, - SE COLOCA LA FIJACION INTERMAXILAR EN LAS FRACTURAS HORIZONTALES Y VERTICALES, Y NO NECESITAN MAYOR TRATAMIENTO; CUANDO LAS FRACTURAS SE ENCUENTRAN COMBINADAS CON OTRAS DEL MAXILAR Y PRESENTAN LOS SIGNOS CARACTERISTICOS SENSIBILIDAD ALTERADA A LA PRESION Y AL TACTO, INFLAMACION DEL AREA AFECTADA, TRISMUS MODERADO, DESPLAZAMIENTO DEBIDO A LA ACCION MUSCULAR DEL MASETERO, PTERIGOIDEO INTERNO, TEMPORAL.

ESTAS FRACTURAS SE OBSERVARAN EN LAS PLACAS PANORAMICAS, LATERALES OBLICUAS DE MAXILAR INFERIOR, COMO TAMBIEN EL CRANEO A.P. O LATERALES, PERIAPICALES DEL TERCER MOLAR PARA VERIFICAR SI ESTA INCLUIDO EN LA FRACTURA.

SI NO HAY DESPLAZAMIENTO, EL TRATAMIENTO SERA APLICAR BARRAS DE ARCO A LOS DIENTES INFERIORES COMO SUPERIORES; E INMOVILIZAR LA MANDIBULA CON ALAMBRES INTERMAXILARES. INCLUSO CUANDO ES NECESARIA LA EXTRACCION DE LA PIEZA DEL SITIO DE FRACTURA, LA REDUCCION CERRADA ES ADECUADA.

LA REDUCCION ABIERTA PUEDE SER INTRA O EXTRA BUCAL; LA REDUCCION INTRABUCAL ABIERTA ESTA INDICADA EN DETERMINADOS CASOS, ESTE TRATAMIENTO ES IDEAL DENTRO DE LAS 72 HORAS SIGUIENTES A LA LESION Y EXISTE TERCER MOLAR EN SITIO DE LA FRACTURA.

DESPUES DE EXTRAER EL TERCER MOLAR, EL ALVEOLO DENTAL Y LA LINEA OBLICUA EXTERNA PROPORCIONAN UNA AREA PARA ATAR ALAMBRE DIRECTAMENTE. SI LA OPERACION SE REALIZA DESPUES DE LA LESION, LOS SEGMENTOS FRACTURADOS PUEDEN REDUCIRSE FACILMENTE Y EL TEJIDO BLANCO ESTARA EN BUENAS CONDICIONES.

LAS BARRAS DE ARCO APLICADAS A LOS DIENTES SUPERIORES COMO INFERIORES PUEDEN ATARSE CON ALAMBRES INTERMAXILARES PARA LOGRAR INMOVILIZACIÓN COMPLETA. ÉSTAS SE APLICARON ANTES DE EXTRAER EL TERCER MOLAR Y SE REDUJÓ LA FRACTURA. ÉSTA REDUCCIÓN ABIERTA (EX-TRASUCAL) SE REALIZA HACIENDO UNA INCISIÓN CURVA EFECTUADA EN CUELLO POR DEBAJO DEL ÁREA DE LA FRACTURA. SE HACE DISECCIÓN ANATÓMICA A TRAVÉS DE LA PIEL, DE LOS MÚSCULOS CUTÁNEO DEL CUELLO E INVIRTIENDO LA APONEURÓSIS HACIA ABAJO EN DIRECCIÓN AL HUESO. LA RAMA MAXILAR INFERIOR DEL NERVIIO FACIAL QUEDARÁ DEBAJO DEL MÚSCULO CUTÁNEO DEL CUELLO Y ESTE NERVIIO DEBE PRESERVARSE; SE REDUCE EL MAXILAR INFERIOR Y SE ESTABILIZA ATANDO DIRECTAMENTE CON ALAMBRES PARA EVITAR DESPLAZAMIENTOS POR LA ACCIÓN DE LOS MÚSCULOS QUE EN EL SE INSERTAN, SE CIERRAN HERIDAS POR PLANOS Y SE INMOVILIZARÁ CON BARRAS DE ARCO Y ALAMBRES INTERMAXILARES.

COMO EN LA INTERVENCIÓN, INTERBUCAL DEBEN APLICARSE LAS BARRAS ANTES DE LA REDUCCIÓN ABIERTA, ES NECESARIO LAS RADIOGRAFÍAS POSTOPERATORIAS LATERALES OBLICUAS O PANORÁMICAS, NOS MOSTRARÁN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.

FRACTURAS DE LAS SINFISIS.- AQUÍ LA FIJACIÓN SENCILLA CON ALAMBRES MUCHAS VECES DA UNA INMOVILIDAD SATISFATORIA Y ÉSTA SE LLEVARÁ A CABO CON ALAMBRES DE RISDON A TRAVÉS DE LA FRACTURA, LA REDUCE ADECUADAMENTE EN EL NIVEL ALVEOLAR, PERO EL BORDE INFERIOR PUEDE SEPARARSE O TELESCOPIARSE.

SI LOS ALAMBRES ESTÁN APRETADOS Y LA SEPARACIÓN ES MÍNIMA, LA REPARACIÓN ES SATISFATORIA, SIN EMBARGO LA COMPLICACIÓN ES EL COLAPSO DEL ARCO ALVEOLAR HACIA ADENTRO QUE ES DIFÍCIL DE EVITAR CON ALAMBRADO DENTAL, UNA FERULA SENCILLA DE ACRÍLICO COLOCADA SOBRE EL LADO LINGUAL DEL ARCO DENTAL ANTES DE ALAMBRAR, EVITARÁ EL COLAPSO.

LA SEPARACIÓN AMPLIA DE LOS EXTREMOS O MAL PORCIÓN REQUIERE EL USO DE PERNOS ESQUELÉTICOS. UN ALAMBRE DE KISCHNER O CLAVO DE STEINMANN, PUEDE INSERTARSE A TRAVÉS DE LA BARBILLA POR MEDIO DE

UN TALADRO ELÉCTRICO; ESTO SE REALIZA ATRAVEZANDO LA PIEL MIENTRÁS QUE LOS FRAGMENTOS FRACTURADOS SE MANTIENEN EN REDUCCIÓN CORRECTA. ESTE ES UN PROCEDIMIENTO RELATIVAMENTE SIMPLE QUE TOMA POCO TIEMPO.

LA REDUCCIÓN ABIERTA. - NO AFECTARÁ GRANDES VASOS, PERO LA INSERCIÓN DE TEJIDOS A VECES SON DIFÍCILES DE LEVANTAR, SE DEBE TENER CUIDADO DE LOCALIZAR LA LÍNEA DE CICATRIZ DEBAJO DE LA BARRA CON -- LAS LÍNEAS DE LANGER, SI ESTO ES POSIBLE.

EN FRACTURAS DE SINFISIS NO COMPLICADAS POR FRACTURA DE CONDILLO LA FUERZA DEL GOLPE A TRAUMATIZADO LA ARTICULACIÓN TEMPORO MAXILAR, Y PUEDE PRODUCIR ANQUILOSIS, SI EL MAXILAR NO SE ABRE DURANTE EL TIEMPO QUE PERMANEZCA INMOVILIZADO.

CUANDO LA FRACTURA DE LA SINFISIS ES CONMINUTA. - EL ÚNICO MEDIO DE FIJACIÓN PUEDE SER UNA TABLILLA LINGUAL ESPECIALMENTE FABRICADA.

DEBE CONSTRUIRSE EN MODELOS DENTALES ARTICULADOS, TOMANDO IMPRESIONES DE ALGINATO DE LOS ARCOS DENTALES SUPERIOR E INFERIOR, -- CON CUIDADO PARA OBTENER DETALLES ANATÓMICOS.

UNA VEZ QUE LOS SEGMENTOS DEL MOLDE SE HAN ESTABILIZADO, SE -- CONSTRUYE UNA TABLILLA DE VITALIO, ORO, RESINA ACRÍLICA, PARA CU--- BRIR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES. DEBEN HACERSE LOS -- ORIFICIOS CORRESPONDIENTES PARA PERMITIR LA UNIÓN DE LA TABLILLA -- CON LOS ALAMBRES A LOS DIENTES BAJO LOS PUNTOS DE CONTACTO Y POSTERIORMENTE SE AGREGARÁ LA FIJACIÓN INTERMAXILAR.

LA VENTAJA DE APLICAR LA TABLILLA ES QUE LA FIJACIÓN INTERMAXILAR PUEDE QUITARSE A LAS TRES SEMANA DESPUÉS DE LA REDUCCIÓN MIENTRÁS QUE LA TABLILLA SE DEJA EN SU SITIO DE 4 A 6 SEMANAS O HASTA -- QUE LAS PARTES ESTÉN ESTABLES.

FRACTURAS DEL CUERPO DE LA MANDIBULA. ESTAS PUEDEN SER UNI FRAGMENTARIAS O COMBINADAS; CUANDO ES UNIFRAGMENTARIA, SE DEBE A - GOLPES CON SIGNOS DE CONTUSIÓN, LACERACIÓN, SENSIBILIDAD ANORMAL A CONTACTO, PRESIÓN, MALA OCLUSIÓN Y DESPLAZAMIENTO DE LA FRACTURA.

EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO A.P. O LATERALES DE CRÁNEO NOS CONFIRMAN LA FRACTURA Y EL GRADO DE EXTENSIÓN.

ESTA FRACTURA SE MANEJA CON REDUCCIÓN CERRADA, EN PRESENCIA DE DIENTES EN EL SITIO DE FRACTURA, DE MODO QUE AL LIGAR LA BARRA DE ARCO NO SERÁ DIFÍCIL.

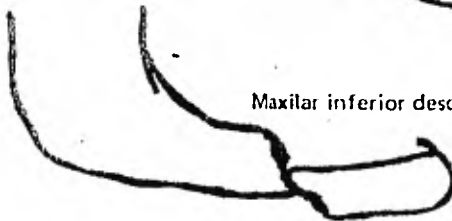
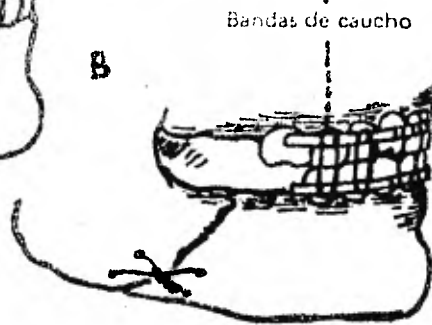
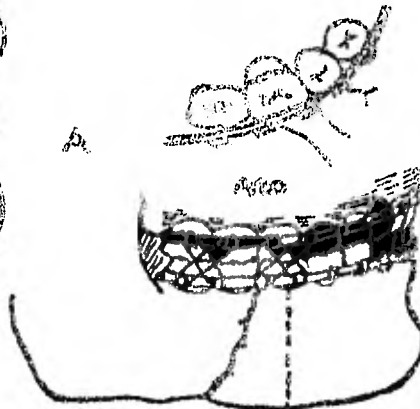
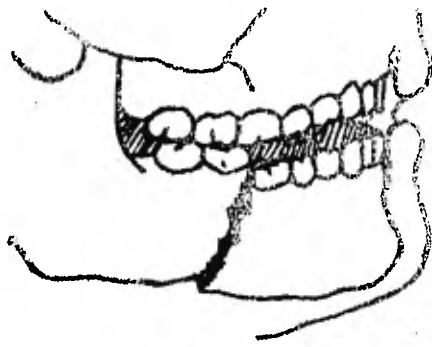
LAS BARRAS DE ARCO SE LIGAN PRIMERO A LOS DIENTES SUPERIORES Y DEBEMOS TENER CUIDADO PARA EVITAR DESPLAZAMIENTO DE LA FRACTURA EN EL MOMENTO DE LIGAR LA BARRA DE ARCO INFERIOR A LOS DIENTES EN EL ÁREA DE LA FRACTURA OBSERVAR LA OCLUSIÓN PERFECTA DEL PACIENTE.

CERRAREMOS LAS LACERACIONES Y COLOCAREMOS FIJACIÓN INTERMAXILAR.

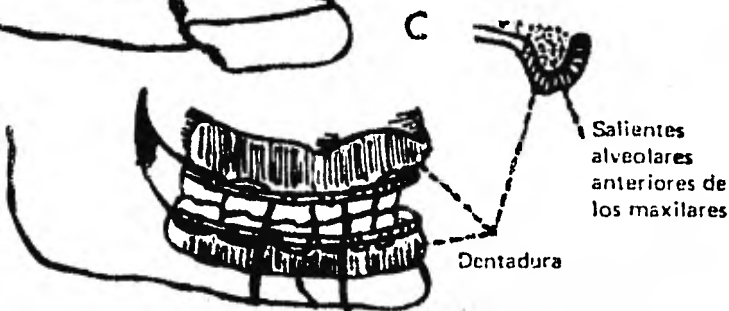
AL IGUAL QUE FRACTURAS DE SINFISIS, ES NECESARIA UNA RAZÓN PODEROSA PARA DEJAR DIENTES EN POSICIÓN EN EL SITIO DE FRACTURA. LAS RADIOGRAFÍAS POSTOPERATORIAS CONFIRMAN SI LA REDUCCIÓN FUÉ LA ADECUADA.

LA REDUCCIÓN ABIERTA SÓLO CUANDO EXISTE DESPLAZAMIENTO GRAVE.

EL BORDE INFERIOR SE ABORDA MÁS FÁCILMENTE A TRAVÉS DE UNA INCISIÓN EN PIEL ATAREMOS DIRECTAMENTE CON ALAMBRE EN FORMA DE X QUE NOS AYUDARÁ A INMOVILIZAR EL MAXILAR INFERIOR, Y PARA FINALIZAR LAS RADIOGRAFÍAS QUE FORMAN PARTE RIGUROSA DEL TRATAMIENTO Y OBSERVAMOS SI ESTA REDUCCIÓN HA SIDO CORRECTA.



Maxilar inferior desdentado



DIFERENTES TIPOS DE FRACTURA EN MANDIBULA
CON SUS RESPECTIVOS TRATAMIENTOS.

FRACTURAS DEL CUELLO DEL CÓNDILO. - LOS SIGNOS CLÁSICOS QUE PRESENTA EL PACIENTE SERÁN DOLOR A LA PALPACIÓN, EDEMA SENSIBILIDAD ANORMAL, A LA INSPECCIÓN E INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA, DESVIACIÓN DE MANDÍBULA HACIA EL LADO FRACTURADO CUANDO SE INTENTAN MOVIMIENTOS DE PROTUSIÓN O DE ABERTURA.

PARA AYUDAR AL DIAGNÓSTICO SE TOMAN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS TRANSFARÍNGEAS O LATERALES OBLICUAS DEL MAXILAR INFERIOR PARA CONOCER EL GRADO DE DESPLAZAMIENTO.

EL TRATAMIENTO SERÁ CONSERVADOR Y ÉSTOS SE MANEJAN CON REDUCCIÓN CERRADA COLOCANDO BARRAS DE ARCO Y FIJACIÓN INTERMAXILAR, FRECUENTEMENTE LA CABEZA DEL CÓNDILO SE ENCUENTRA DESPLAZADA ANTERO-MEDIAL POR LA FUERZA QUE EJERCE EL PTERIGOIDEO EXTERNO.

EN UNA FRACTURA SUBCONDILAR EL SEGMENTO FRACTURADO PERMANECE EN POSICIÓN LATERAL, CON LA AYUDA DE UN INSTRUMENTO AFILADO ATRAVEZAMOS LA PIEL Y REALIZAMOS LA TÉCNICA LLAMADA DE PICAHIELO.

DEBIDO A LAS ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN CUANDO EXISTEN TRAUMATISMOS, HAY PELIGRO DE LA ANQUILOSIS DEL CÓNDILO A LA FOSA GLENOIDEA.

DURANTE UNA SEMANA SE PERMITE QUE SE LLEVE A CABO LA CICATRIZACIÓN EN OCLUSIÓN CORRECTA CON INMOVILIZACIÓN INTERMAXILAR, DESPUÉS SE ABRE LA BOCA DEL PACIENTE VARIAS VECES DURANTE VARIAS SEMANAS Y POSTERIORMENTE SE VUELVE A FIJAR Y ASÍ SUCESIVAMENTE.

EL OBJETIVO ES MOVER LA ARTICULACIÓN SIN MOVER LAS SUPERFICIES OSEAS INFERIORES FRACTURADAS PROVOCANDO FALTA DE UNIÓN SI ESTO LLEGA A MOVERSE.

SI LA FRACTURA SE REALIZA DENTRO DE LA CAPSULA DE ARTICULACIÓN SERA NECESARIO REALIZAR MOVIMIENTOS 2 O 3 VECES POR SEMANA DE LAS PARTES PARA EVITAR LA ANQUILOSIS.

EN ESTE CASO COMO LA FRACTURA Y ARTICULACION ESTAN JUNTAS - AFECTA EL REALIZAR MOVIMIENTO YA QUE ALTERA LA CONTINUIDAD DEL CÁLLO FIBROSO EN EL ÁREA DE LA FRACTURA CONDILAR, FORMANDO TEJIDO FIBROSO Y NO HUESO EN LA ARTICULACIÓN.

LA CABEZA DEL CONDILO FRACTURADO DE ESTA MANERA NO TIENE -- FUNCIÓN. DEBIDO A ESTE FACTOR AL HEMATOMA TRAUMÁTICO Y A LAS MEMBRANAS SINOVIALES LESIONADAS SE ANQUILOZARÁ A LA BASE DEL CRÁNEO, O LA RAMA ARTICULAR SOBRE EL BORDE DEL FRAGMENTO CONDILAR POR MEDIO DE UNA ARTICULACIÓN FIBROSA. EL FUNCIONAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN CONTRA-LATERAL Y LA ESTABILIDAD QUE BRINDA LA UNION FIBROSA DAN FUNCIÓN SATISFACTORIA EN LA CORRECTA OCLUSIÓN. SI REALIZAMOS CORRECTAMENTE LA MOVILIZACIÓN EL RESULTADO SERA SATISFACTORIO SIN PRESENCIA DE ANQUILOSIS OSEA.

LA REDUCCIÓN ABIERTA DEL CONDILO SE REALIZA SI SON FRACTURAS BILATERALES Y SE NECESITA UNA LÍNEA BÁSICA PARA REDUCIR LA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR; CUANDO EL ARCO POSTEROINFERIOR MAXILAR ESTA DESDENTADO Y DEBEMOS ESTABLECER UNA DIMENSIÓN VERTICAL, CUANDO LA FRACTURA SE EXTIENDE HACIA ABAJO LO SUFICIENTEMENTE PARA CONSIDERARLA COMO FRACTURA DE ANGULO.

OCASIONALMENTE LA CABEZA DEL CONDILO SE DESPLAZA LATERALMENTE O ANTERIORMENTE DE MODO QUE INTERFIERE EN LA FUNCIÓN DEL MAXILAR INFERIOR, DEBE CONSIDERARSE LA EXTIRPACIÓN DE LA CABEZA DEL CONDILO.

LA MEJOR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA REDUCCIÓN ABIERTA ES A TRAVÉS DE INCISIÓN SUBMAXILAR; SIENDO NECESARIA LA INTERVENCIÓN PREAURICULAR PARA EXTIRPAR UN FRAGMENTO DE CONDILO QUE OBSTACULIZE EL FUNCIONAMIENTO.

SE REALIZA UNA INCISIÓN HORIZONTAL EN LA CAPSULA ARTICULAR, SE HACE LA PERFORACIÓN EN EL FRAGMENTO MÁS SUPERFICIAL POR MEDIO DE RETRACTORES ESPECIALES COMO LOS DISEÑADOS POR THOMAS, SE COLOCA DEBAJO DE LOS FRAGMENTOS PARA PROTEGER LA ARTERIA MAXILAR INTERNA,

LA BANDA DE LA MANDÍBULA PUEDE EMPUJARSE HACIA LA HERIDA PARA VITALIZAR MEJOR EL FRAGMENTO INFERIOR Y DESPLAZARLO HACIA ABAJO PARA TENER CONTACTO AL FRAGMENTO SUPERIOR, SE HACE UNA PERFORACIÓN EN EL OTRO FRAGMENTO.

EL FRAGMENTO CONDILAR SE COLOCA CUIDADOSAMENTE EN LA FOSA GLENOIDAL; ESTE ES DIFÍCIL DE ENCONTRAR SI SE DEPLAZA PROFUNDAMENTE HACIA EL LADO MESIAL; DEBE COLOCARSE EN POSICIÓN CORRECTA DENTRO DE LA FOSA CON LA MENOR TRAUMATIZACIÓN POSIBLE A LOS TEJIDOS ADYACENTES. CUALQUIER TRACCIÓN EXCESIVA SACA EL FRAGMENTO DE LA HERIDA.

SE COLOCA UN ALAMBRE ATRAVESANDO LAS DOS PERFORACIONES INSERTÁNDOLO DESDE LA SUPERFICIE LATERAL DEL FRAGMENTO CONDILAR Y LUEGO TOMÁNDOLO DE LA SUPERFICIE MESIAL HACIA LA SUPERFICIE LATERAL DEL FRAGMENTO INFERIOR HACIENDO UNA PRESILLA DELGADA DE ALAMBRE, LOS ALAMBRES SE RETUERCEN SOBRE LA FRACTURA REDUCIDA. ES ACONSEJABLE QUITAR LA INSERCIÓN DEL PTERIGOIDEO EXTERNO, YA QUE ESTE PROVOCARÍA REDISLOCACIÓN DEL CONDILO.

LA HERIDA SE SUTURA EN CAPAS TENIENDO ESPECIAL CUIDADO EN LA CAPA ARTICULAR. SOBRE LA HERIDA SE COLOCA UN VENDAJE A PRESIÓN Y SE HACE TAMBIÉN UN VENDAJE DE CABEZA CON TELA ADHESIVA ELÁSTICA QUE SE PONE ANTES DE QUE CESE LA ANESTESIA.

EL TUBO ENDOTRAQUEAL SE RETIRA PARA EVITAR REFLEJOS DE VÓMITO.

FRACTURA DE LA APOFISIS CORONOIDES. - PUEDE HABER EDEMA, TRISMUS, SENSIBILIDAD ANORMAL Y ESTA GENERALMENTE SE ENCUENTRA COMBINADA CON LA FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO DEL MISMO LADO.

TRATAMIENTO: MANTENER LA MOVILIDAD DE LA MANDÍBULA, SI ESTO NO SE REALIZA EL TEJIDO CICATRIZAL QUE SE FORME PUEDE UNIR EL MAXILAR INFERIOR A LA APÓFISIS CIGOMÁTICA Y LIMITAR LOS MOVIMIENTOS NORMALES.

FRACTURAS DEL BORDE ALVEOLAR - PUEDEN SER COMBINADAS, EL HALLAZGO CONSISTE EN DESCUBRIR EN LOS SEGMENTOS ALVEOLARES LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO. LOS DIENTES PUEDEN ESTAR FRACTURADOS JUNTO CON EL ALVEOLO O NO. TOMAREMOS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y OCLUSALES PARA AYUDARNOS AL DIAGNÓSTICO.

TRATAMIENTO: CONSISTE EN INMOVILIZAR SEGMENTOS SIN FIJACIÓN INTERMAXILAR ALGUNAS COMBINADAS POR MEDIO DE BARRAS DE ARCO, LIGATURAS POR ALAMBRE, RESINA ACRILICA.

DEBE HACERSE NOTAR QUE DEBEMOS CONSERVAR LOS DIENTES AÚN -- CUANDO NO VALGAN LA PENA SALVARLOS DEBIDO A LA FRACTURA; ESTO PRESERVA LOS SEGMENTOS DE HUESO FRACTURADO, QUE DE OTRO MODO SE PERDERÍA JUNTO CON LOS DIENTES.

FRACTURAS MANDIBULARES EN PACIENTES DESDENTADOS.- No se consideran como fracturas abiertas a menos que exista laceración, EDEMA, EQUIMOSIS DEL PISO DE LA BOCA Y SE CONFIRMA MEDIANTE EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO.

TRATAMIENTO: SE TRATA FIJANDO BARRAS PARA ARCO A LAS PLACAS DENTALES CON ACRILICO DE CURACIÓN RÁPIDA, SE FIJAN LAS PLACAS A -- AMBOS MAXILARES CON ALAMBRE CIRCUNMAXILAR INFERIOR Y CIRCUNCINGOMÁTICO, SE MANTIENEN JUNTAS LAS PLACAS DENTALES MEDIANTE ALAMBRES -- INTERMAXILARES.

LAS PLACAS DENTALES DEL PACIENTE DEBEN COLOCARSE EN EL SITIO DE FRACTURA Y LAS PARTES QUE SE HAYAN QUEBRADO DEBERAN REPARARSE -- ANTES DE USARLA.

SI NO HAY PLACAS DEBEN FABRICARSE TABLILLAS DENTALES, CUANDO LA FRACTURA NO PRESENTA DESPLAZAMIENTO DEBE TOMARSE UNA IMPRESIÓN Y LAS TABLILLAS SE CONSTRUIRÁN EN MOLDES DENTALES, DEBE ESTABLECERSE LA DIMENSIÓN VERTICAL Y LA CORRECTA OCLUSIÓN.

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO DE LA FRACTURA

CUANDO RECIBAMOS UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO Y ESTE ABARQUE LESIONES EN CABEZA O CARA, DEBEMOS EXAMINARLO CON SUMO CUIDADO, YA QUE LO MÁS FÁCIL SERÁ SUTURAR HERIDAS FACIALES SI ESTAS SE PRESENTAN Y POSTERIORMENTE SE REGISTRAN LAS FRACTURAS, LAS CUALES -- RESULTAN MÁS DIFÍCILES PARA SU TRATAMIENTO.

GENERALMENTE EL PACIENTE QUE PRESENTA TRAUMATISMOS EN CABEZA ES AUSCULTADO POR UN CIRUJANO DENTISTA. EL TRATAMIENTO DEPENDERÁ DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE YA QUE SE DARÁ PRIMACIA A LAS LESIONES MÁS SERIAS QUE PRESENTEN COMO SERÁ: ASFIXIA, SHOCK, HEMORRAGIAS.

LAS HERIDAS FACIALES QUE ABARQUEN TEJIDOS BLANDOS SE TRATARÁN JUNTO CON LA REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS, RARAS VECES SE EFECTUAN EN FORMA INDIVIDUAL O POR SEPARADO.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE REALIZARSE TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE; SI EL PACIENTE NO PUEDE DAR SUS DATOS LO HARÁ UN FAMILIAR, -- AMIGO, POLICIA REFERIRAN LOS HECHOS DEL ACCIDENTE, COMO OCURRIÓ, -- QUE PASO EN EL TRANCURSO AL HOSPITAL, CUAL FUE LA REACCIÓN DEL -- PACIENTE. AL PACIENTE SE LE PREGUNTARA SI PERDIÓ EL CONOCIMIENTO DURACIÓN, VÓMITO, HEMORRAGIA, SI SE LE ADMINISTRO ALGÚN MEDICAMENTO EN EL TRANCURSO AL HOSPITAL, TAMBIÉN SE LE PREGUNTARAN DATOS PERSONALES, ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO DESDE LA INFANCIA HASTA LA ACTUALIDAD, MEDICAMENTOS QUE ESTE INGIRIENDO Y SU CAUSA, -- CUALQUIER SENSIBILIDAD A DETERMINADO MEDICAMENTO, EL EXAMEN SISTEMÁTICO SE PUEDE REALIZAR EN EL MOMENTO O DESPUÉS SEGÚN EL JUICIO -- DEL MÉDICO.

LUEGO QUE HAYA LLEGADO AL HOSPITAL DEBEMOS VIGILAR VIAS RESPIRATORIAS QUE ESTAS ESTEN LIBRES, CON LOS DEDOS COLOCADOS EN LA BASE DE LA LENGUA TIRAMOS HACIA AFUERA, QUITAMOS PROTESIS SI EXIST

TEN, DIENTES FRACTURADOS. INTRODUCIMOS UN ASPIRADOR PARA QUITAR SANGRE Y SECRECIONES. SI ES NECESARIO COLOCAMOS TUBOS CAUCHO EN VÍAS RESPIRATORIAS LIBRES, PERO SI PRESENTA ASFIXIA REALIZAMOS TRAQUEOSTOMÍA DE EMERGENCIA.

SI PRESENTA SHOCK EL PACIENTE, ESTE SE COLOCA CON LA CABEZA UN POCO DEBAJO DEL NIVEL DE LOS PIES.

LA HEMORRAGIA SE OBSERVARÁ, SI EXISTE LESIÓN DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA, VENAS FACIALES Y VASOS LINGUALES. SI PRESENTA HEMORRAGIA DE OTRAS HERIDAS REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA.

LOS PACIENTES QUE PRESENTAN TRAUMATISMOS CRANEALES, NO DEBEN RECIBIR MORFINA, EXCEPTO EN CASOS DE DOLOR AGUDO, YA QUE ESTA AFECTA EL CENTRO RESPIRATORIO. SI EL PACIENTE HA SIDO INMUNIZADO SE LE APLICA LA ANTITOXINATETÁNICA.

EN LO REFERENTE A LA EXPLORACIÓN, PRIMERO SE BUSCA EN LAS REGIONES DE CONTUSIÓN. ESTO NOS DARA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL TIPO, DIRECCIÓN FUERZA DEL GOLPE. LA CONTUSIÓN ESCONDE MUCHAS FRACTURA, DEBIDO A LA DEPRESIÓN QUE SE OBSERVA POR EL EDEMA.

TAMBIÉN SE EXAMINARÁN LOS DIENTES, SI EXISTE MOVILIDAD O NO.

SI EXISTEN FRACTURAS DESPLAZADAS EN LAS REGIONES DESDENTADAS VEREMOS SEGMENTOS DEPRIMIDOS O LEVANTADOS DEBIDO A LA PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DEL PLANO OCLUSAL; TAMBIÉN EXISTE OLOR CARACTERÍSTICO DEBIDO A LA MEZCLA SANGRE Y SALIVA. PARA REALIZAR EL EXAMEN MANUAL COLOCAMOS LOS DEDOS ÍNDICES SOBRE LOS DIENTES MANDIBULARES CON LOS PULGARES DEBAJO DE MANDÍBULA, EMPEZANDO CON EL ÍNDICE DERECHO EN LA REGIÓN RETROMOLAR DEL LADO IZQUIERDO, SE HACE UN MOVIMIENTO HACIA ARRIBA Y ABAJO; SI EXISTE FRACTURA HABRÁ MOVIMIENTO ENTRE LOS DEDOS, Y HABRÁ CREPITACIÓN ÓSEA. ESTOS MOVIMIENTOS SERÁN MÍNIMOS YA QUE CAUSAN DAÑO A LA FRACTURA Y PERMITE QUE EXISTA INFECCIÓN.

EL DORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA APÓFISIS CORONOIDES SE PALPA INTRABUCALMENTE, TAMBIÉN SE PALPAN LOS CONDILOS MANDIBULARES EN CADA LADO DE LA CARA, PODEMOS COLOCAR LOS DEDOS EN EL ORIFICIO AUDITIVO EXTERNO Y SI ESTOS SE PALPAN ES QUE SE ENCUENTRAN EN LA CAVIDAD GLENOIDEA, EL PACIENTE REFIERE DOLOR AL ABRIR Y CERRAR LA BOCA.

SE SOSPECHA FRACTURA UNILATERAL CUANDO LA LÍNEA MEDIA SE MUEVE HACIA EL LADO AFECTADO AL ABRIR LA BOCA.

CUANDO SOSPECHAMOS FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR SE PROCEDE A BUSCAR LOS SIGUIENTES SIGNOS:

HEMORRAGIA OTICA. - ES NECESARIA PARA ESTABLECER LA DIFERENCIA ENTRE FRACTURA FOSA CRANEAL MEDIA, CONDILO MANDIBULAR Y HERIDA EN EL CANAL AUDITIVO EXTERNO. SI EXISTEN OTROS SIGNOS NEUROLÓGICOS PEDIMOS AYUDA AL NEURÓLOGO.

RINORREA CEREBRO-ESPINAL. - SOLO EXISTE CUANDO HAY FRACTURA DE LA LÁMINA CRIBOSA DEL ETMOIDES Y ESTA SALE POR ORIFICIOS NASALES.

CUALQUIER MOVIMIENTO ES PELIGROSO SI ES QUE EXISTE LA PRESENCIA DE ESTE LÍQUIDO YA QUE LAS BACTERIAS LLEGARIAN A DURAMADRE Y OCASIONA UNA MENINGITIS, CON LOS ANTIBIÓTICOS LA REDUCCIÓN SE HACE MÁS PRONTO.

LOS SIGNOS NEUROLÓGICOS SON: LETARGO, VÓMITO, CEFALEA, REFLEJO BABINSKI POSITIVO, PUPILAS DILATADAS Y FIJAS.

PARA EXAMINAR EL MAXILAR SUPERIOR; COLOCAMOS EL DEDO ÍNDICE Y PULGAR EN EL CUADRANTE POSTERIOR IZQUIERDO, MOVIENDOLO DE UN LADO A OTRO CON CUIDADO Y SE REPITE EN EL CUADRANTE DERECHO, TAMBIÉN SE VERIFICAN LOS DIENTES SUPERIORES UNO POR UNO. SI HUBIERA FRACTURA DEL MAXILAR ESTE SE MOVIERA Y SE REFLEJA EN LA MALA OCLUSIÓN.

EN LA FRACTURA UNILATERAL EL MAXILAR SE MOVEE, ESTO SE DIFERENCIA DE LA FRACTURA ALVEOLAR; YA QUE LA FRACTURA DEL MAXILAR PRESENTA EQUIMOSIS EN EL PALADAR Y LA OTRA SE LIMITA A LA APÓFISIS ALVEOLAR.

SI EXISTE FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR SE OBSERVA EL ASPECTO FACIAL Y LA NARIZ.

PUEDE HABER FRACTURA PIRAMIDAL QUE SE EXTIENDE HACIA ARRIBA HASTA LA NARIZ ADEMÁS DE LAS ESQUIRAS EL PACIENTE SUELE PRESENTAR EPISTAXIS Y COLORACIÓN EN OJOS. TAMBIÉN LOCALIZAREMOS FRACTURAS TRANSVERSAS QUE SON DIFÍCILES POR LA PRESENCIA DEL EDEMA FACIAL Y EL DOLOR. EL DEDO ÍNDICE DEBERÁ PALPAR EL BORDE INFRA-ORBITARIO, EL DESNIVEL EN LA REGIÓN INDICA FRACTURA.

EL EXAMEN CUIDADOSO PUEDE PRESENTAR SEPARACIÓN DE LA LÍNEA DE SUTURA FRONTO-CIGOMÁTICA. UN HOYUELO EN EL ARCO CIGOMÁTICO INDICA FRACTURA, OTRA PRUEBA SERIA COLOCAR EL ABATELENGUAS A CADA LADO DE LA CARA DESDE EL CENTRO DEL CIGOMA A LA CARA LATERAL DEL HUESO TEMPORAL, EL CIRUJANO NOTARA LA INCLINACIÓN DEL ABATELENGUAS

EN LO REFERENTE AL ESTUDIO RADIOGRÁFICO ESTE RESULTA MUY IMPORTANTE YA QUE NOS CORROBORARÁ EL DIAGNÓSTICO.

SE TOMAN TRES RADIOGRAFÍAS EXTRABUCALES, POSTERO ANTERIOR, OBLICUA LATERAL DERECHA Y OBLICUA LATERAL IZQUIERDA.

LAS RADIOGRAFÍAS DEBEN DE OBSERVARSE ANTES DE SECARSE Y PRESTAR ATENCIÓN A LOS BORDES.

SI SE SOSPECHA DE ALGUNA EN ESPECIAL DEBE DE REPETIRSE DEL LADO AFECTADO, TAMBIÉN UNA RADIOGRAFÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

CUANDO SE SOSPECHA DEL MAXILAR SUPERIOR SE TOMA UNA RADIOGRAFÍA NARIZ-BARBILLA TOMADA EN POSTERO-ANTERIOR (WATERS).

SI SE SOSPECHA DEL ARCO CIGOMÁTICO, SE COLOCA EL TUBO CERCA DEL OMBLIGO DEL PACIENTE Y EL PORTAPLACAS EN LA PARTE SUPERIOR DE LA CABEZA.

LAS RADIOGRAFÍAS DE FRACTURAS DE MAXILAR SON DÍFICILES DE - DIAGNOSTICAR. CUANDO NO SE LLEGUE A UNA CONCLUSIÓN DEFINITIVA SE TOMARA OTRA RADIOGRAFÍA LATERAL DEL CRÁNEO. SI ESTA ABIERTA LA SUTURA FRONTO-NASAL, SI EXISTE POSIBILIDAD DE FRACTURA.

EL TRATAMIENTO NO SE LLEVA A CABO SI EXISTE TRISMUS MANDIBULAR. LAS RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES DAN MAYOR VISIÓN DEBIDO A LA PROXIMIDAD DEL HUESO CON LA PELÍCULA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL ES MUY IMPORTANTE CONTAR CON EL REGISTRO DE RADIOGRAFÍAS.

DEBEMOS TOMAR EN CUENTA LA CANTIDAD DE RADIACIÓN QUE RECIBA EL PACIENTE POR LO TANTO LO PROTEGEREMOS CON UNA SABANA EMPLOMADA PARA CUBRIR GONODAS Y EL CUELLO.

MEDIOS TERAPÉUTICOS DE LAS FRACTURAS

LAS DIVIDIMOS PARA SU ESTUDIO EN: TRATAMIENTO ENDOBUCALES Y TRATAMIENTO EXOBUCALES, PUEDEN SER CONSERVADORES COMO SERIA LA FIJACIÓN Y LA REDUCCIÓN CERRADA Y EL QUIRÚRGICO QUE CORRESPONDE A LA REDUCCIÓN ABIERTA.

TRATAMIENTOS ENDOBUCALES.- TENEMOS LOS ARCOS, ALAMBRES DE - MÚLTIPLES PRESILLAS, PRESILLAS DE ALAMBRE IVY, ALAMBRE RISDON, --- ALAMBRE EN CIRCUNFERENCIA, BARRAS PARA ARCADA, FERULAS, ETC.

ARCO SIMPLE.- CONSISTE EN UNA MEDIA CAÑA CONFORMADA SOBRE LA ARCADA Y FIJADA A LOS DIENTES MEDIANTE UNA LIGADURA SIMPLE, QUE RODEA A LOS DIENTES EN EL TERCIO CERVICAL EN FORMA DE CORBATA, SIN -- LESIONAR EL FESTON GINGIVAL O MEDIANTE LIGADURAS EN FORMA DE OCHO.

EL ARCO DE PONT.- ESTE ESTA FORMADO POR DOS BANDAS DE ORTODONCIA, CON UN SISTEMA DE ATORNILLADO DEL LADO INTERIOR Y DEL LADO VESTIBULAR UN TUBO EN EL CUAL VIENE A INTRODUCIR LA EXTREMIDAD FILETEADA DE UN ARCO DE BRONCE.

ESTOS APARATOS LOS COLOCAMOS EN TRES TIEMPOS:

AJUSTE PUESTA EN SU SITIO Y ATORNILLADO DE LAS BANDAS, AJUSTADO, PUESTO EN SU SITIO Y ATORNILLADO DEL ARCO, FIJACIÓN DE ESTE ÚLTIMO SOBRE LOS DIENTES. ESTE ARCO SE UTILIZA EN FRACTURAS YA REDUCIDAS.

TENEMOS OTRO ARCO LLAMADO PALFER-SOLLIER.- PARA ESTE ES NECESARIO UN HILO DE DOBLE ACERO DE 0.8 MM., SOBRE UNO DE LOS EXTREMOS REALIZAMOS UNA SERIE DE TOPES Y NOS SIRVEN DE ANCLAJE, RODEAMOS CON EL OTRO EXTREMO EL ÚLTIMO DIENTE Y CEÑIMOS MEDIANTE LA LIGADURA.

LOS ARCOS DENTADOS Y DE GANCHOS, - (DUCLAS), ESTÁN FORMADOS POR UNA BANDA DE ACERO INOXIDABLE DE 2 MM DE LARGO 0,60 MM. DE ESPESOR. SU SISTEMA DE ANCLAJE TIENE 2.5 MM. DE ALTURA POR 2 MM. -- DE LARGO. SON MUY UTILIZADOS EN LA ACTUALIDAD.

EL ARCO DE GINESTET Y SERVAIS, PRESENTAN TOPES MÁS IMPORTANTES Y SON RETENTIVOS Y ESTOS PUEDEN SER SIMPLES QUE PRESENTAN 0.5 Y 0.10 MM. DE ESPESOR, ESTAN PROVISTOS DE TUBOS CUADRADOS LATERALES, COMO TORNILLOS DE CIERRE Y DE UNA ARGOLLA ANTERIOR PARA TRACCIONES INTERCRANEOMAXILARES.

PROCEDIMIENTO PARA COLOCAR UN ARCO EN UNA DENTADURA POCO -- RETENTIVA Y EVITAR LAS LESIONES DEL PERIODONCIO, UTILIZAREMOS EL -- ALAMBRE MÁS ANGOSTO LO RECORTAMOS EN TROZOS DE 2 CM, DE LARGO Y -- LO SOLDAMOS AL ARCO EN LA UNIÓN DE SU TERCIO SUPERIOR CON SUS DOS TERCIOS INFERIORES. EL TERCIO SUPERIOR SERVIRÁ DE ANCLAJE, LOS -- 2/3 INFERIORES NOS PERMITEN LA UBICACIÓN EN SU SITIO, EL NÚMERO Y SEPARACIÓN VARIAN SEGÚN EL CASO A CONSIDERAR.

PARA AJUSTAR EL ARCO, TOMAMOS IMPRESIÓN DE LA ARCADA Y REALIZAMOS UN MODELO EN YESO PARA CONFECCIONAR EL ARCO, TAMBIÉN PUEDE -- REALIZARSE EN FORMA DIRECTA. ESTE ARCO LO ADAPTAMOS EN LA CARA -- VESTIBULAR DE LOS DIENTES, SOBRE EL CUELLO Y BORDE TRITURANTE DE -- LOS DIENTES.

PARA FIJARLO, COLOCAMOS LAS LIGADURAS CON HILO DE ACERO DE -- 0.4 MM. SOBRE CADA DIENTE, EN FORMA SIMPLE O COMPUESTA.

APRETAREMOS SIN EXCESO, LO COLOCAREMOS PERO ANTES DEBEMOS -- AISLAR LA REGIÓN DE SALIVA. DEPOSITAR A TODO LO LARGO DEL ARCO, -- SEGMENTO POR SEGMENTO, RESINA AUTOPOLIMERIZANTE, BASTANTE LÍQUIDA DE MODO QUE SE ESCURRA POR LOS INTERSTICIOS ENTRE ARCO Y ESPACIO -- INTERDENTARIO.

EL CONJUNTO NO DEBE ALTERAR LA OCLUSIÓN Y LA ENCIA NO DEBE -- TOCARSE. CUANDO TODO EL ARCO ESTÁ CUBIERTO DE LA RESINA Y ESTA --

YA POLIMERIZO RECORTAMOS Y PULIMOS CON UNA PRESA LOS PUNTOS QUE OBSTRUYEN LA OCLUSIÓN.

ALAMBRES DE MÚLTIPLES PRESILLAS. -- SE UTILIZAN EN LOS CUATRO CUADRANTES POSTERIORES. ANTES QUE NADA PREPARA AL PACIENTE -- CON ANESTESIA LOCAL CON SEDACIÓN O SOLA. SOLO UTILIZAMOS ANESTESIA GENERAL MEDIANTE DOS BLOQUEOS PTERIGOMANDIBULARES EN LA MANDÍBULA Y UNA INFILTRACIÓN EN EL MAXILAR SUPERIOR. TENDREMOS CUIDADO CON EL PACIENTE QUE HA SIDO ANESTESIADO BILATERALMENTE, DEBIDO A LA AXFISIA O PELIGRO DE AHOGARSE POR LA ANESTESIA LINGUAL, ESTE TIPO DE PACIENTE DEBE ESTAR SENTADO HASTA QUE DESAPARESCA LA ANESTESIA.

GENERALMENTE BASTA LA PREDICACIÓN YA SEA CLORHIDRATO DE DEMEROL (50 A 100 MILIGRAMOS) O PENTOBARBITAL SÓDICO (100 - 200 MILIGRAMOS) POR VÍA PARENTERAL. ESTE FÁRMACO SE DEBE APLICAR LENTAMENTE.

EL INSTRUMENTAL QUE SE USA ES: ALAMBRE ACERO INOXIDABLE DEL NÚM. 26, EN LONGITUD DE 20 CM Y DEBERAN SER COLOCADOS EN SOLUCIÓN ESTERIL EN FRIO DURANTE 20 MÍNUTOS, ANTES DE SER UTILIZADOS. EL ALAMBRE LO CORTAREMOS EN BICEL A MANERA QUE PUEDA UTILIZARSE COMO AGUJA, OCUPAREMOS SOLDADURA SUAVE NÚM. 20 CON CENTRO RESINOSO, -- PORTA-AGUJAS DE HEGAR, TIJERAS PARA CORTAR ALAMBRE, PINZAS PARA -- CONTORNEAR DE BOCADOS, PINZAS GINESTET QUE NOS DA TORSIONES EXACTAS SIN RIESGO DE RUPTURA O DE AFLOJAMIENTO.

TECNICA. -- COLOCAMOS UN EXTREMO DEL ALAMBRE EN EL LADO BUCAL DE LOS DIENTES, EMPEZAMOS EN LA LÍNEA MEDIA, A ESTE ALAMBRE SE LE LLAMA ESTACIONARIO Y EL OTRO EXTREMO DEL ALAMBRE RODEA AL DIENTE Y SE INTRODUCE AL ESPACIO INTERPROXIMAL MESIAL, POR DEBAJO DEL -- ALAMBRE ESTACIONARIO ENTONCES SE DOBLA, ATRÁS Y ARRIBA DEL ALAMBRE ESTACIONARIO ATRAVESANDO EL MISMO ESPACIO INTERPROXIMAL, SE -- PASA HACIA EL LADO LINGUAL Y SE DOBLA ALREDEDOR DEL SIGUIENTE --- DIENTE Y SE INTRODUCE EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL ENTRE EL PRIMER

PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLAR AL ALAMBRE QUE RODEA A CADA DIENTE SE LE LLAMA DE TRABAJO.

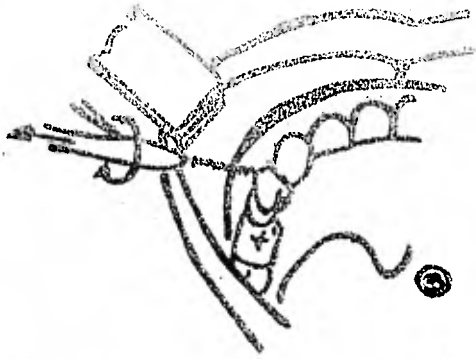
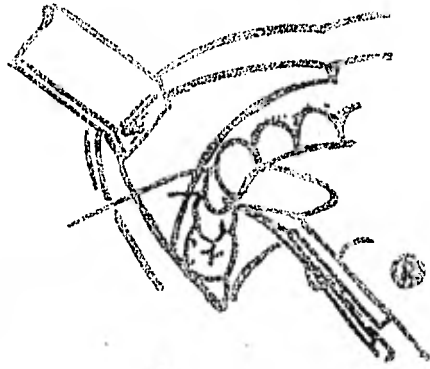
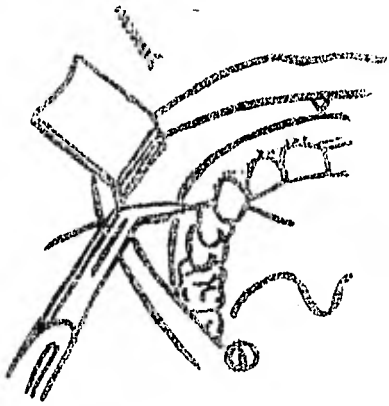
PARA REALIZAR LAS PRESILLAS UNIFORMES SE COLOCA UN FRAGMENTO DE SOLDADURA EN LAS CARAS BUCALES DE LOS DIENTES SOBRE EL ALAMBRE ESTACIONARIO. ÉSTA SOLDADURA PUEDE MANEJARSE CON LOS DEDOS. EL ALAMBRE DE TRABAJO SALE POR DEBAJO DEL ALAMBRE ESTACIONARIO Y DE LA SOLDADURA. SE DA VUELTA HACIA ATRÁS Y PASA SOBRE EL ALAMBRE - Y LA SOLDADURA PARA ENTRAR DE NUEVO EN EL MISMO ESPACIO INTERPROXIMAL; CADA VEZ QUE EL ALAMBRE SALE POR EL LADO BUCAL SE TOMARÁ - CON EL PORTA-AGUJAS Y DEBE ALARSE PARA QUE QUEDE TENSO. LA MANOIZQUIERDA DEBE DAR CONTRAPOSICIÓN EN LA CARA BUCAL DE LOS DIENTES. EL INSTRUMENTO A MANERA DE DISCO SE UTILIZA PARA MOVER EL ALAMBRE-DEBAJO DEL ECUADOR DE LOS DIENTES EN LINGUAL.

CUANDO EL SEGMENTO DEL ARCO HA SIDO ALAMBRADO, EL ALAMBRE - DE TRABAJO Y ESTACIONARIO CRUZAN EN CARA MESIAL DEL CANINO O DEL-PRIMER PREMOLAR UN CM. MÁS ALLÁ DEL DIENTE. EL PORTA-AGUJAS SE - COLOCA SOBRE ESTE CRUZAMIENTO Y SE DA VUELTAS EN SENTIDO DE LAS - MANECILLAS DEL RELOJ. CON EL INSTRUMENTO DISCO SE EMPUJA EL ALAMBRE DEBAJO DEL CÍNGULO DEL DIENTE.

LA PRESIÓN HACIA ATRÁS, SIEMPRE SE COLOCA EN EL PORTA-AGUJAS CUANDO SE VAN A PONER EN TENSIÓN LOS ALAMBRES. LA SOLDADURA-SE COLOCA EN MEDIO DE LAS 2 PRESILLAS BUCALES, SE DOBLA HACIA AFUERA Y SE LE DA VUELTA LIGERAMENTE HASTA DESINSERTARLA DE LA ÚLTIMA PRESILLA; ENTONCES A LA PRESILLA SE LE DA $3/4$ DE VUELTA.

ENTONCES EMPEZANDO EN LA PARTE POSTERIOR SE LE DA OTRA VUELTA A CADA PRESILLA. SI UTILIZAMOS LA TRACCIÓN ELÁSTICA DEBEMOS COLOCARLO EN DIRECCIÓN OPUESTA AL PLANO DE OCLUSIÓN, PARA QUE SE FORMEN LOS GANCHOS Y SI SE UTILIZA ALAMBRE ENTRE LAS DOS ARCADAS-LAS PRESILLAS SE DOBLAN HACIA EL PLANO OCLUSAL.

LA TRACCIÓN ELÁSTICA ES ACONSEJABLE PORQUE VENDE EL DESPLAZAMIENTO MUSCULAR SIENDO LA REDUCCIÓN MÁS FÁCIL Y SIRVE COMO FUER



TECNICA PARA COLOCAR LOS ALAMBRES DE MULTIPLES PRESILLAS

EN LOS TIPOS DE TRACCIÓN CON UNO O DOS ESPACIOS POTENCIAR, CUANDO SE GANSA - LA MANIPULA DE ESTOS TIPOS.

PRESILLAS DE ALAMBRE D.V.V. - ESTAS ABARCA LOS DIENTES ADYACEN - TES Y TIENEN DOS GANCHOS PARA LOS ELASTICOS. CUANDO FALTAN VARIAS - PIEZAS LOS DIENTES ADYACENTES PUEDEN SER UTILIZADOS SATISFACTORIA - MENTE, CON ESTE TIPO DE PRESILLAS.

SI SE ROMPIERA UNA PRESILLA ESTA SERIA MÁS FÁCIL DE REEMPLA - ZARLE QUE UNA PRESILLA MÚLTIPLE.

TECNICA. - LOS DOS EXTREMOS DEL ALAMBRE SE COLOCAN EN EL ES - PACIO INTERDENTARIO DE LADO BU A LI. SI SE PRESENTAN PROBLEMAS PA - RA SU COLOCACIÓN PONDREMOS HILO DE SEDA A TRAVÉS DE LA PRESILLA.

UN EXTREMO DEL ALAMBRE SE LLEVA ALREDEDOR DE LA CARA LI DEL - DIENTE DISTAL. SE ATRAVIESA EL ESPACIO INTERDENTARIO EN EL LADO - DISTAL DEL MISMO, SE DOBLA ALREDEDOR DE LA CARA BUCAL. SE INSERTA - A TRAVÉS DE LA GASA YA PORNADA.

EL OTRO EXTREMO SE LLEVA ALREDEDOR DE LA CARA LINGUAL DEL - DIENTE MESIAL; SE PASA POR EL ESPACIO INTERDENTARIO EN EL LADO ME - SIAL DEL DIENTE DONDE SE ENCUENTRA CON EL PRIMER ALAMBRE, SE CRU - ZAN LOS DOS ALAMBRES Y SE RETUERCCEN CON EL PORTA-AGUJAS. SE PONE - TENSAN LA GASA Y SE DOBLA HACIA LA ENCIA; SE CORTAN LOS ALAMBRES - CRUZADOS Y SE HACE UNA ROSETA QUE SIRVA DE GANCHO ADICIONAL, ÉSTA - ROSETA SE TUERCE EN SENTIDO MANECILLAS DEL RELOJ. DEBAJO DEL EQUA - DOR DEL DIENTE SE LE DAN DOS VUELTAS Y SE APLANA HACIA EL DIENTE. EN CADA CUADRANTE SE PUEDEN COLOCAR 2 Ó MÁS PRESILLAS, POSTERIOR - MENTE SE COLOCA LA TRACCIÓN ENTRE LAS DOS ARCADAS.

ALAMBRE TIPO RISDON. - EN CASOS DE FRACTURA DE SINFISIS ESTÁ - INDICADA UNA BARRA DE ALAMBRE PARA ARCADA SUJETA EN LA LÍNEA ME - DIA, USAREMOS EL ALAMBRE # 26; ALREDEDOR DEL DIENTE DISTAL MÁS - FUERTE DE MANERA QUE AMBOS BRAZOS DEL ALAMBRE SE EXTIENDAN HASTA - EL LADO BUCAL. LOS DOS ALAMBRES QUE SON DE IGUAL LONGITUD SE RE -

TERCER UNO SOBRE OTRO EN TODA SU LONGITUD.

SE SIGUE EL MISMO PROCEDIMIENTO DEL LADO OPUESTO; LOS DOS EXTREMOS TORCIDOS DEL ALAMBRE SE CRUZAN EN LA LÍNEA MEDIA Y SE RETUERSCEN, SE FORMA UNA ROSETA; DESPUÉS CADA DIENTE SE LIGA INDIVIDUALMENTE A LA BARRA DE ALAMBRE. SE PASA UN ALAMBRE SOBRE Y DEBAJO DE LA BARRA; DESPUÉS DE APRETARLOS, SE FORMA UN PEQUEÑO GANCHO CON CADA EXTREMO RETORCIDO.

LA TRACCIÓN INTERMAXILAR SE REALIZA POR BANDAS ELÁSTICAS ENTRE LOS DOS GANCHOS DE CADA ARCADA.

ALAMBRES EN CIRCUNFERENCIA. - CONSISTE EN COLOCAR ALAMBRES ALREDEDOR DE UNA PRÓTESIS MANDIBULAR Y ALREDEDOR DE LA MANDÍBULA PARA QUE LA FRACTURA SE SOSTENGA CON FIRMEZA EN LA PRÓTESIS QUE LE SIRVE COMO FERULA.

LA FRACTURA DEBE ESTAR SITUADA DENTRO DE LA REGIÓN CUBIERTA POR LA BASE DE LA PRÓTESIS. SI LA PRÓTESIS SE FRACTURARA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE, ÉSTA SE REPARARÁ POR MEDIO DE ACRÍLICO RÁPIDO LA BOCA SE LIMPIA CON SOLUCIÓN METAFEN O LEFIRAN AL 1 X 10,000. COMO BACTERICIDA SE PREPARA LA PIEL EN FORMA ACOSTUMBRADA, LA ANESTESIA ELEGIDA, YA SEA LOCAL O GENERAL A CRITERIO. EL PROCEDIMIENTO MÁS SENCILLO CONSISTE EN ENHEBRAR UNA AGUJA LARGA, RECTA CON ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE, CALIBRE # 28, QUE DEBERÁ ESTAR ESTERILIZADO. LA INTRODUCIMOS EN EL FISO DE LA BOCA CERCA DE LA MANDÍBULA PARA QUE SALGA POR LA PIEL DIRECTAMENTE DEBAJO DE LA MANDÍBULA. LA AGUJA SE SACA DE LA PIEL, SE LE DA VUELTA Y SE INTRODUCE OTRA VEZ QUE PENETRE POR EL MISMO ORIFICIO, SE PASA HACIA ARRIBA Y POR EL LADO BUCAL DE LA MANDÍBULA CERCA DEL HUESO PARA QUE SALGA POR EL VESTÍBULO MUCO-BUCAL.

LOS ALAMBRES SE CORTAN CERCA DE LA AGUJA, LOS DOS ALAMBRES BUCAL Y LINGUAL SE RETUERSCEN SOBRE LA DENTADURA; SE CORTAN Y SE FORMA UNA ROSETA DEL LADO BUCAL. POR LO MENOS SE NECESITAN TRES ALAMBRES EN CIRCUNFERENCIA, UNO CERCA DE LA PORCIÓN DISTAL DE LA

PROCESO EN EL CODO CABO Y OTRO EN LA LÍNEA MEDIA. A VECES SON DOS EN LA LÍNEA MEDIA.

LOS ALAMBRES SE MUEVEN VARIAS VECES HACIA ADENTRO Y HACIA AFUERA ANTES DE APRETARLOS PARA QUE PENETREN A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS, HASTA EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.

LA PIEL ALREDEDOR DE LA HERIDA DEBE DESPEGARSE DE LOS TEJIDOS SUBDÉRMICOS DESPUÉS QUE LOS ALAMBRES SE APRIETAN ALREDEDOR DE LA PRÓTESIS.

UTILIZAREMOS UNA HOJA QUIRÚRGICA # 11 Y COLOCAREMOS UN PUNTO EN LA PIEL.

EXISTEN VARIACIONES EN LA TÉCNICA. SE PUEDE UTILIZAR UNA AGUJA LARGA CALIBRE # 17, SE DOBLA Y SE PASA EN EL LADO LINGUAL DE LA PIEL, AL PISO DE LA BOCA. INTRODUCIMOS EL ALAMBRE # 26 POR EL INTERIOR DE LA AGUJA DESDE EL LADO DE LA PIEL Y SE TOMA CON UNA PINZA HEMOSTÁTICA DENTRO DE LA BOCA, ENTONCES QUITAMOS LA AGUJA. LA AGUJA SE INTRODUCE A TRAVÉS DEL VESTÍBULO BUCAL PARA QUE SALGA POR EL ORIFICIO DÉRMICO Y EL OTRO CABO DEL ALAMBRE SE INTRODUCE CON LA AGUJA DESDE LA PIEL HASTA LA BOCA.

SI SE CORTA LA BASE DE UNA SEGUNDA AGUJA PARA QUE PUEDA QUITARSE FÁCILMENTE DE LA HERIDA, LA VENTAJA DE ESTE MÉTODO ES QUE SE INTRODUCEN LAS 2 AGUJAS Y AMBOS CABOS DEL ALAMBRE DE LA SUPERFICIE DE LA PIEL A LA CAVIDAD BUCAL. LAS OTRAS VARIACIONES SE REFIEREN A LA PREPARACIÓN DE LA PRÓTESIS. PUEDEN HACERSE PERFORACIONES PARA LOS ALAMBRES EN ACRÍLICO BUCOLINGUALMENTE ENTRE LOS DIENTES UN POCO ARRIBA DEL BORDE, EXISTE MENOR PELIGRO DESDE QUE SE SEPAREN Y LAS SUPERFICIES OCLUSALES NO ESTÁN SEPARADAS POR EL GROSOR DEL ALAMBRE. ESTAS PERFORACIONES PUEDEN UTILIZARSE PARA LIGAR LAS PRÓTESIS, SUPERIOR E INFERIOR EN LA FIJACIÓN INTERMAXILAR DESPUÉS DE LA REDUCCIÓN, TAMBIÉN SE COLOCAN GANCHOS EN LA PRÓTESIS.

LOS DIENTES ANTERIORES DE LA PRÓTESIS MANDIBULAR PUEDEN QUI-

TARSE PARA COMER Y PARA ELIMINAR LA PALANCA CREADA POR LOS ALAMBRES CUANDO SE APRIETAN SOBRE LOS DIENTES LEJOS DEL PROCESO, SE CONSTRUYEN FERULAS DE ACRÍLICO SIN DIENTES. SI NO SE TIENE A MANO LA PRÓTESIS.

BARRAS PARA ARCADA. - ESTAS CORRESPONDEN AL MÉTODO ÓPTIMO DE FIJACIÓN INTERMAXILAR. EL TIPO RÍGIDO REQUIERE UNA IMPRESIÓN O UN MODELO DE PIEDRA, LA CUAL PUEDE ADAPTARSE A LA TÉCNICA DE DOS PINZAS, O BIEN UNA PERSONA QUE TENGA SUFICIENTE DESTREZA PARA DOBLAR BARRAS PROTÉSICAS Y DISPONGA DE TIEMPO SUFICIENTE PARA ADAPTARLA.

DEBE RECORDARSE QUE LOS DIENTES FIJOS A CUALQUIER TIPO DE BARRA PUEDEN SER MOVIDOS SI LA BARRA NO SE ADAPTÓ CON DESTREZA.

LA BARRA BLANDA SE ADAPTA CON DOS PORTA-AGUJAS GRANDES; EN EL MAXILAR SUPERIOR NO FRACTURADO, LA ADAPTACIÓN DEBE REALIZARSE EN EL LADO BUCAL DEL ÚLTIMO DIENTE.

LA BARRA SE ADAPTA CUIDADOSAMENTE A CADA DIENTE, LAS PINZAS DEBEN MANTENERSE CERCA UNA DE OTRA PARA QUE LAS PORCIONES YA ADAPTADAS NO SE DOBLEN.

EMPEZAREMOS EN UN EXTREMO DE LA BARRA, YENDO HACIA LA LÍNEA-MEDIA Y ACABANDO EN EL OTRO LADO, LA BARRA SE ADAPTA FÁCIL Y RÁPIDAMENTE.

LA BARRA DEBE ACORTARSE Y EL EXTREMO SE REGULIZARÁ CON UNA LIMA PARA ORO.

UNA BARRA SOBRE EXTENDIDA CAUSARÁ NECROSIS DE TEJIDOS BLANCOS Y DOLOR INTENSO, EN GENERAL LA BARRA NO DEBE CRUZAR LA LÍNEA DE FRACTURA EXCEPTO EN TALLO VERDE. LA BARRA SE CORTA Y SE ADAPTA A CADA SEGMENTO FRACTURADO. PARA FIJAR LA BARRA A LOS DIENTES UTILIZAREMOS EL ALAMBRE # 30, ANTES DE ASENTAR LA BARRA SE COLOCAN ALAMBRES A LOS DIENTES ANTERIORES PARA QUE ESTOS PUEDAN AJUSTARSE FUERTEMENTE DEBAJO DEL CINGULO Y RESISTAN EL DESPLAZAMIENTO DE LA-

LOS CON DELTAPO TEMPORAL

LA FRACTURA MEDIA... CUANDO EXISTEN BUENOS DIENTES SANOS RÁPIDAMENTE SI SE UTILIZAN ALAMBRES INMEDIATOS, EN CAMBIO LA FERULA-PRESENTA DESVENTAJA, YA QUE SE REQUIERE IMPRESIONES, INMOVILIZACIÓN TEMPORAL Y TIEMPO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA FERULA Y DESPUÉS EFECTUAR REDUCCIÓN Y CEMENTACIÓN.

SI SE PRESENTA INFECCIÓN EN UN DIENTE DEBIDO DE LA FERULA HABRÁ GRAN PROBLEMA.

FIJACION POR CLAVOS ESQUELETICOS.- SE UTILIZA CUANDO LA REDUCCIÓN DEL SEGMENTO FRACTURADO NO SE LOGRA SATISFACTORIAMENTE; - LOS FRAGMENTOS DEL ÁNGULO MANDIBULAR PUEDEN INMOVILIZARSE CON CLAVOS SIN DESCUBRIR QUIRÚRGICAMENTE LA FRACTURA.

LOS CLAVOS ESQUELÉTICOS PUEDEN COLOCARSE BAJO ANESTESIA GENERAL O BLOQUEO LOCAL AGREGANDO INFILTRACIÓN DE PIEL; ES NECESARIO LA ASEPSIA ESTRICTA; LA PIEL DEBE PREPARARSE CABALMENTE, EL CAMPO-SE LIMITA CON PAÑOS Y LOS CIRUJANOS DEBEN LAVARSE PERFECTAMENTE BIEN, USAR GUAANTES Y ROPAS ADECUADAS PARA QUIROFANO.

DESPUES DE PREPARAR AL PACIENTE, LOS BORDES SUPERIOR E INFERIOR DE LA MANDÍBULA SE PALPAN Y SE MARCAN SOBRE LA MANDÍBULA - (PIEL) CON COLORANTE (VIOLETA DE GENCIANA O MERTHIOLATE) LA LÍNEA DE FRACTURA Y DIRECCION GENERAL DEL CONDUCTO ALVEOLAR INFERIOR TOMANDO COMO REFERENCIA LA RADIOGRAFÍA.

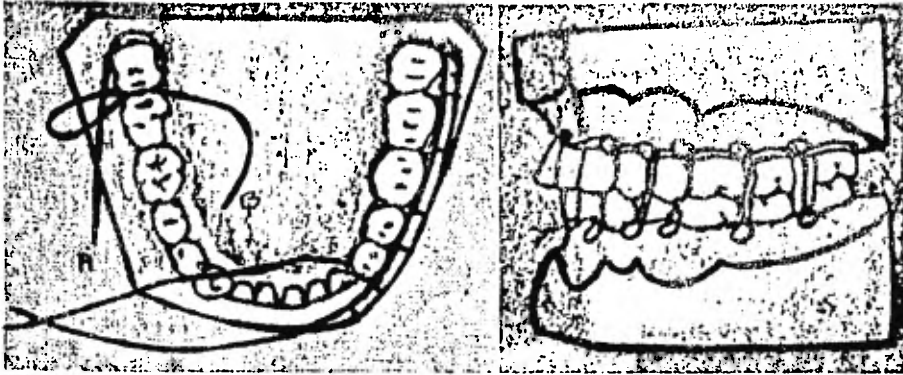
LOS CLAVOS SE INTRODUCEN CON AYUDA DEL TALADRO A MANERA BATEDOR DE HUEVO, SE COLOCAN DOS A MANERA DE ÁNGULO DE 40 GRADOS ENTRE SI EN UN LADO DE LA FRACTURA Y OTROS DOS SE PONEN DE LA MISMA MANERA EN EL LADO OPUESTO. SI CADA CLAVO SE INTRODUCE EN ÁNGULO DE 20 GRADOS CON EL PLANO VERTICAL EXISTIRÁ UNA DIVERGENCIA DE 40 GRADOS ENTRE ELLOS. LOS CLAVOS NO DEBEN INTRODUCIRSE A MENOS DE 1 CM. DE LA LÍNEA DE FRACTURA.

BARRA HASTA EL BORDE INCISAL. SE COLOCA UNA PEQUEÑA PRESILLA DE ALAMBRE SALTANDO EL PUNTO DE CONTACTO, O ENHEBRANDOLA ENTRE DOS ESPACIOS INTERDENTALES, SE CRUZAN LOS ALAMBRES Y SE TOMAN CON UN PORTA - AGUJAS CERCA DE LA CARA LABIAL DEL ESMALTE. SE COLOCA LA BARRA ENTRE LOS EXTREMOS ABIERTOS DE LOS ALAMBRES; SE AJUSTA LA MARCA DE LA LÍNEA MEDIA, CUIDANDO QUE LOS GANCHOS ESTÉN HACIA ARRIBA EN EL MAXILAR SUPERIOR Y ABAJO EN LA MANDÍBULA. LOS CABOS DEL ALAMBRE ANTERIOR SE CRUZAN SOBRE LA BARRA, SE TOMAN Y RETUERCEN. LOS DIENTES POSTERIORES SE LIGAN INDIVIDUALMENTE A LA BARRA PASANDO UNA PUNTA DE ALAMBRE DE 7 CM. DE LONGITUD DESDE EL LADO BUCAL, DEBAJO DE LA BARRA POR UN ESPACIO INTERDENTAL SE LE DA LA VUELTA ALREDEDOR DE LA CARA LINGUAL DEL DIENTE Y SE EMPUJA OTRA VEZ DESDE EL LADO LINGUAL HACIA OTRO ESPACIO INTERDENTAL, PARA PASAR SOBRE LA BARRA.

LOS ALAMBRES CRUZADOS SE TOMAN A 2 MM. DE LA BARRA Y SE HACE PRESIÓN HACIA ATRÁS SOBRE EL PORTA-AGUJAS ANTES DE DARLES LA VUELTA. CUANDO LAS VUELTAS SE ACERCAN A LA BARRA, VOLVEMOS A TOMAR EL PORTA - AGUJAS UN POCO MÁS LEJOS DE LA BARRA Y SE LE DA VUELTAS -- HASTA QUE LLEGUE A LAS ANTERIORES. EL EXTREMO RETORCIDO SE RECORTA A 7 MM. DE LA BARRA MIENTRAS QUE EL PORTA - AGUJAS MANTIENE TODAVÍA EL ALAMBRE EN SUS BOCADOS PARA QUE LA PORCIÓN CORTADA NO SE PIERDA EN LA BOCA, LA PORCIÓN RETORCIDA SE TOMA CERCA DE LA BARRA Y SE LE DA VUELTA FINAL; EL EXTREMO SE DOBLA DEBAJO DE LA BARRA -- PARA QUE NO SE TRAUMATICE LABIOS Y CARRILLO.

FERULAS. - SÓLO ESTÁN INDICADAS CUANDO LOS ALAMBRES INTERMAXILARES NO SE FIJAN EN FORMA ADECUADA O CUANDO ES NECESARIA LA FERULA HORIZONTAL QUE ATRAVIESE EL FOCO DE FRACTURA; TAMBIÉN UTILIZADA PARA EVITAR LA FIJACIÓN INTERMAXILAR.

LA FERULA DE ACRÍLICO; PARA ELABORARLA TOMAMOS UNA IMPRESIÓN DE MANERA QUE CUBRA UN MÍNIMO DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES Y LO MÁS POSIBLE DE LAS CARAS LABIAL Y LINGUAL DE LOS DIENTES QUE NO FORMAN RETENCIONES, NO SE DEBE INVADIR BORDE GINGIVAL.

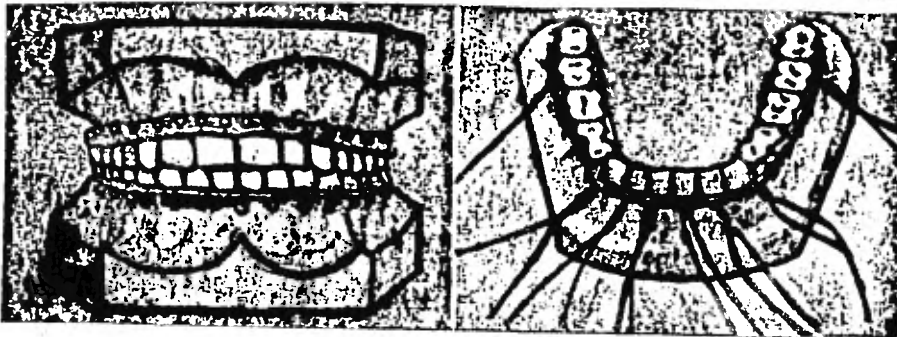


FERULA CON ALAMBRES

FERULA DE ALAMBRES MULTIPLES

MULTIPLES. NOTE EL ALAMBRE TERMINADA.

(A) QUE CORRESPONDE AL ESTACIONARIO BUCAL Y EL ALAMBRE LINGUAL DE TRABAJO (B) QUE SE ENSARTA HACIA ADELANTE Y HACIA ATRAS POR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES.



BARRAS RIGIDAS PARA ARCO BARRA BLANDA PARA ARCO

NOTESE QUE LOS INCISIVOS Y CANINOS SE LIGAN ANTES DE COLOCAR LA BARRA Y ENTONCES SE FIJA A LOS DIENTES,

LOS DIENTES POSTERIORES SE LIGAN DIRECTAMENTE A LA BARRA.

LA SUPERFICIE DE LA FERULA SE CONTIENE EN LA SUPERFICIE BUCALE SE FIJA A LA POSICIÓN LINGUAL DESPUÉS DEL ÚLTIMO MOLAR POR CONTINUACIÓN DEL ACRÍLICO O POR COLOCACIÓN DEL ALAMBRE. SE REALIZA UN CORTE VERTICAL EN LA LÍNEA MEDIA DEL BORDE LABIAL A TRAVÉS DE UN BOTÓN GRANDE DE ACRÍLICO. SE COLOCA LA FERULA SOBRE LA FRACTURA REDUCIDA DE LA MANDÍBULA Y EL BOTÓN DE ACRÍLICO SE ACERCA Y SE FIJA CON ALAMBRE.

LA FERULA DE PLATA VACIADA.— REQUIERE DE AMBAS IMPRESIONES— EL MODELO INFERIOR SE CORTA A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE FRACTURA, SE REAJUSTA EL MODELO EN OCLUSIÓN CORRECTA Y SE FIJA EN ESTA POSICIÓN CURIENDO UNA BASE PARA EL MODELO.

LA FERULA SE FORMA EN MARGENES GINGIVALES CON CERA EN HOJAS # 28, LA RELACIÓN OCLUSAL SE ESTABLECE LLEVANDO A RELACIÓN CÉNTRICA EN LOS MODELOS MIENTRAS LA CERA ESTÁ BLANDA. EL MOLDE SE LLENA CON CERA PARA VACIADOS, HECHO ESTO SE QUITA ESE MODELO DE CERA DEL MODELO DE YESO EN DIRECCIÓN OCLUSAL, MIENTRAS LA CERA ESTÁ BLANDA, ELIMINAMOS LAS RETENCIONES. ESTE MODELO DE CERA SE MONTA EN CRISOL GRANDE PARA VACIARLO A UNA SOLA VEZ CON FORRO DE ASBESTO EN EL CUBILETE. SE VACÍA EN PLATA PARA MONEDA A UNA TEMPERATURA DE 377- A 655 GRADOS CENTÍGRADOS Y SE DA POR TERMINADO.

ESTA FERULA SE CEMENTA DESPUÉS DE HABER REALIZADO LA REDUCCIÓN DE LA FRACTURA. SI ES NECESARIO LA FERULA SE UTILIZA SEMANAS (NO LLEGANDO A SER POR MESES), SE UTILIZA ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL EN LUGAR DE OXIFOSFATO.

LAS FERULAS VACIADAS EN ORO PUEDEN TENER PROYECCIONES O GANCHOS PARA LA FIJACIÓN INTERMAXILAR.

ESTAS FERULAS SE INDICAN EN FRACTURAS SENCILLAS O MUY COMPLEJAS, EN CASOS DE INJERTOS ÓSEOS O DE RETARDO EN LA UNIÓN, LAS FERULAS ESTÁN INDICADAS PARA MANTENER FIJACIÓN A LARGO PLAZO SIN PERDER LA FUNCIÓN.

LA FERULA ACRÍLICA HA CAÍDO EN DESUSO, SÓLO UTILIZADA EN NI-

EL CLAVO EN EL TALADRO SE COLOCA EN LA PIEL Y SE HACE PRESIÓN DIRECTAMENTE HASTA EL HUESO. SE UTILIZA PRESIÓN MODERADA, LA PUNTA DEL CLAVO EN ROTACIÓN PERPETRARÁ A LA CORTEZA EXTERNA, ATRAVESARÁ EL HUESO ESPONJOSO MAS BLANDO Y ATRAVESARÁ LA CORTEZA INTERNA PERO NO LLEGARÁ MÁS ALLÁ DE 1 O 2 MM. EN LOS TEJIDOS BLANDOS INTERNOS. EL TALADRO SE SEPARA CON CUIDADO DEL CLAVO, SE PRUEBA ESTABILIDAD DEL MISMO, SI NO ESTÁ FIJO ES QUE NO ATRAVESÓ LA CORTEZA INTERIOR Y DEBE INTRODUCIRSE MAS PROFUNDAMENTE CON UN ADITAMENTO DEMANO. SE COLOCAN DOS CLAVOS EN EL FRAGMENTO ANTERIOR, PARALELOS AL BORDE INFERIOR, EL FRAGMENTO POSTERIOR PUEDE COLOCARSE DE IGUAL FORMA, SIEMPRE QUE LA FRACTURA NO SEA MUY POSTERIOR, PUES EL ÚLTIMO CLAVO QUEDARÁ EN EL HUESO DELGADO DEL ÁNGULO DE MANDÍBULA. SI EL CLAVO MÁS POSTERIOR ESTÁ EN EL ÁNGULO DE MANDÍBULA CONVIENE PONER EL SEGUNDO MÁS ARRIBA SOBRE LA RAMA ASCENDENTE EN EL BORDE POSTERIOR O EN LA REGIÓN RETROMOLAR CERCA DEL BORDE ANTERIOR. LOS CLAVOS QUEDAN A LA MITAD DE LA DISTANCIA ENTRE EL CANAL MANDIBULAR Y EL BORDE INFERIOR, DEBE CUIDARSE QUE NO ATRAVIESE LA ARTERIA MAXILAR EXTERNA NI VENA FACIAL ANTERIOR.

SE FIJA UN ADITAMENTO PARA BARRA A LOS DOS CLAVOS ANTERIORES Y OTRO A LOS POSTERIORES, SE ELIGE UNA BARRA GRANDE Y SE COLOCA EN LOS ADITAMENTOS PARA BARRA DE MANERA QUE CRUCE LA FRACTURA. LA FRACTURA SE REDUCE MANUALMENTE HASTA QUE EL BORDE INFERIOR Y EL LATERAL SEAN CONTÍNUOS A LA PALPACIÓN.

ENTONCES SE APRETARÁN TODOS LOS ADITAMENTOS CON PINZAS. SE TOMA LA RADIOGRAFÍA EN QUIRÓFANO PARA VER LA EXACTITUD DE LA REDUCCIÓN.

LOS PERNOS PERMANECERÁN COLOCADOS VARIOS MESES SI NO OCURRE INFECCIÓN.

LA GRAPA DE TOMAS PARA HUESO ES ÚTIL CUANDO ES DISCUTIBLE LA EFICACIA DE LOS CLAVOS O ALAMBRES TRANS-ÓSEOS, A CAUSA DE LA INFECCIÓN Y EN CASOS DE TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO DEBIDO A INJERTOS ÓSEOS.

PROCEDIMIENTOS EXOBUCALES

1) FRONDAS MENTONIANAS.- TIPO GALIEN; ESTA LA VAMOS A CONSTRUIR CON UNA BANDA DE TELA 10 X 75 CM.; LA PARTIMOS A LA MITAD - LONGITUDINALMENTE SALVO EN EL CENTRO ENTRE 7 U 8 CM., ESTA PORCIÓN RECUBRE EL MENTÓN. ANUDAREMOS LOS ENLAZAMIENTOS INFERIORES EN LA-CÚSPIDE DE LA CABEZA, LOS SUPERIORES DETRÁS DE LA NUCA.

2) APOYOS CRANEANOS ENYESADOS.- ESTAS PUEDEN SER CORONAS - ENYESADAS FRONTOOCCIPITAL, LIBERANDO LA CÚSPIDE CRANEANA SOBRE LA-CUAL DAREMOS VARIAS VUELTAS CON LA VENDA DE YESO, SE REALIZARÁ DE-LA MANERA SIGUIENTE:

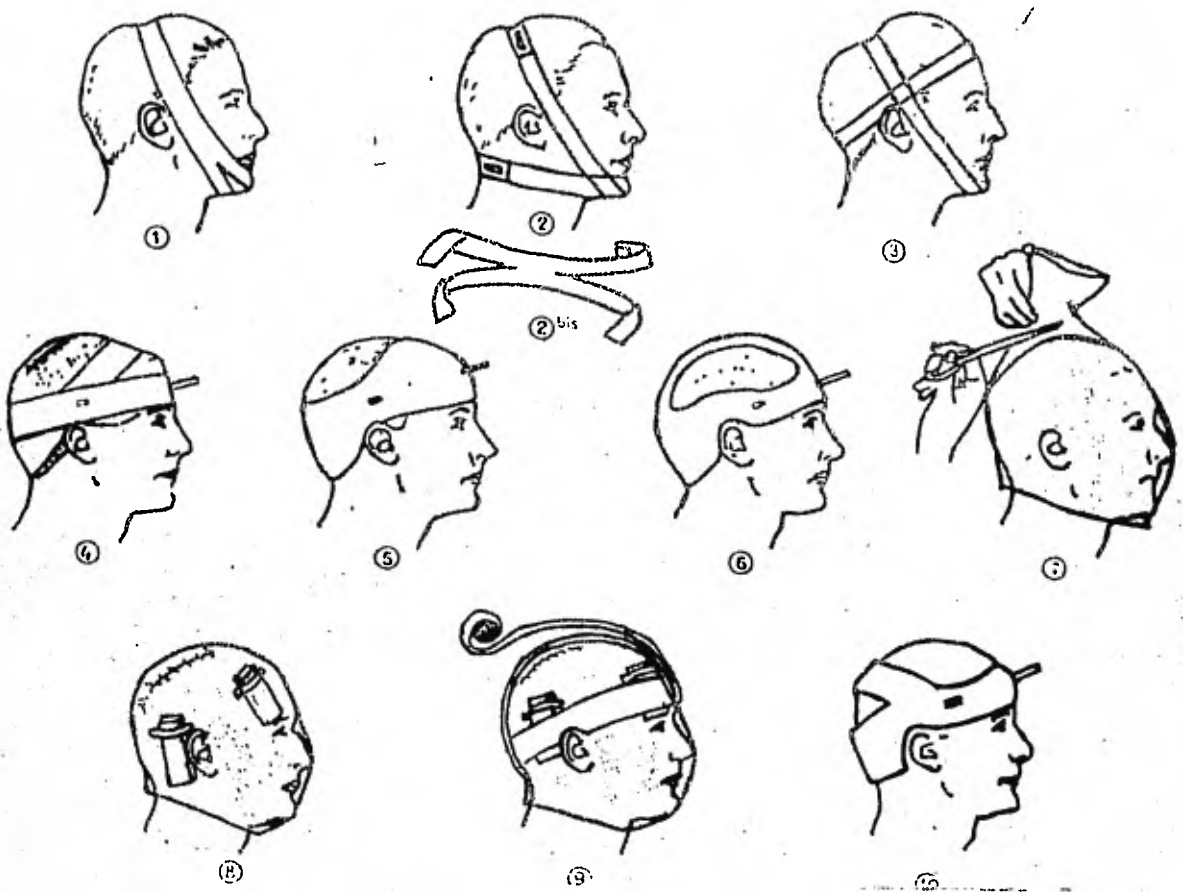
LOS CABELLOS SERÁN RECORTADOS, RECUBRIMOS LA CABEZA CON-UN TUBO DE TELA JERSEY CERRADO EN SU EXTREMIDAD SUPERIOR POR UNA - COSTURA, PORTEGEREMOS LOS APOYOS FRONTALES Y MASTOIDEOS POR UNA - BANDA DE FIELTRO.

TOMAMOS LAS VENDAS ENYESADAS DE 5 CM. DE ANCHO POR 2 MTS. DE LARGO, DAMOS 5 Ó 6 VUELTAS, YA PREVIAMENTE COLOCADOS LOS DISPO-SITIVOS DE ANCLAJE ADELANTE Y EN LOS COSTADOS, SEGÚN EL OBJETIVO - QUE SE PERSIGA Y VOLVEMOS A DAR DE 5 A 6 VUELTAS MÁŠ PARA SELLAR - BIEN. EVENTUALMENTE COMPLETAMOS EL CASCO POR LA COLOCACIÓN DE UN-ARCO OCCIPITAL-PARIETAL.

LIBERAMOS OREJAS, ARCOS SUPERCILIARES, RETIRAMOS LAS BANDAS-DE FIELTRO FRONTAL Y MASTOIDEA LUEGO QUE EL YESO HAYA FRAGUADO.

REDUCCION CERRADA.- ES LA MANIOBRA MÁŠ SENCILLA EN LA CUAL-NO SE EXPONE QUIRÚRGICAMENTE AL HUESO.

LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES SE PUEDEN REDUCIR MANUALMENTE EN FRACTURAS VIEJAS DONDE LOS SEGMENTOS ÓSEOS NO SE MUEVEN, LA - TRACCIÓN REALIZADA POR BANDAS DE HULE ENTRE LOS HUESOS, EJERCE UNA FUERZA CONTÍNUA PODEROSA QUE REDUCE LAS FRACTURAS DE 15 A 24 HORAS.



FRONDAS MENTONIANAS FIG. 1 A 3

CORONAS ENYESADAS FRONTO-OCCIPITAL FIG. 4 A LA 10

LA FUNCIÓN DE LA TRACCIÓN ELÁSTICA CONSISTE EN VENCER LA ACCIÓN MUSCULAR ACTIVA QUE DESVÍA LOS FRAGMENTOS ORIGINANDO MAL POSICIÓN.

EL TEJIDO CONJUNTIVO ORGANIZADO EN EL SITIO DE LA FRACTURA Y LA MAL POSICIÓN CAUSADA POR LA DIRECCIÓN Y FUERZA DEL TRAUMATISMO. MUCHAS VECES LA FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR ESTÁ EMPUJADA HACIA ATRÁS POR LA FUERZA Y DEBE TRAERSE HACIA ADELANTE CON LA MANIPULACIÓN.

SE UTILIZA TAMBIÉN EN PACIENTES DESDENTADOS PARA INMOVILIZAR LO POSTERIORMENTE YA SEA CON ALAMBRES O FERULAS.

FIJACION. - CUANDO LOS HUESOS FRACTURADOS SEA MAXILAR O MANDÍBULA PRESENTEN DIENTES INTACTOS SU OCLUSIÓN PUEDE UTILIZARSE COMO GUÍA PARA LA REDUCCIÓN. EL C.D. COMBINA AMBOS PROCEDIMIENTOS EN UN SOLO APARATO. COLOCANDO LOS ALAMBRES, BARRAS, FERULAS, SOBRE LOS DIENTES, BANDAS ELÁSTICAS O ALAMBRES DE LA ARCADA INFERIOR A LA SUPERIOR; LLEVANDO LOS HUESOS A SU POSICIÓN CORRECTA.

LA FIJACIÓN DE LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES SE HARÁ EN FORMA GRADUAL SIENDO EL PRIMER PASO LA FIJACIÓN INTERMAXILAR CON ALAMBRES, BARRAS PARA ARCADA, FERULAS, Y EN OCASIONES ESTO ES SUFICIENTE Y SIN EMBARGO LLEGARÁ A SER INSUFICIENTE, SE HACE EL ALAMBRADO-DIRECTO A TRAVÉS DE PERFORACIONES EN EL HUESO MEDIANTE EL MÉTODO ABIERTO, ÉSTO SE REALIZA ADEMÁS DE LA FIJACIÓN INTERMAXILAR.

REDUCCION ABIERTA. - NO SIEMPRE RESULTA FACTIBLE REDUCIR LAS FRACTURAS MEDIANTE EL MÉTODO CERRADO O CONSERVADOR YA QUE EXISTEN FRACTURAS DIFÍCILES COMO EJEMPLO EN FRACTURA DE ÁNGULO, ESTO HACE DIFÍCIL DE REDUCIRLA POR LA DIFICULTAD DE CONTRARRESTAR LA ACCIÓN DE LOS MÚSCULOS MASETERO, TEMPORAL, PTERIGOIDEO EXTERNO E INTERNO.

SIN EMBARGO EN EL CASO DE LA FRACTURA DEL ÁNGULO, LA REDUCCIÓN ABIERTA SE HACE PARA PODER REALIZAR LA FIJACIÓN Y REDUCCIÓN, A LA VEZ.

ESTANDO EL HUESO EXPUESTO SE REALIZAN PERFORACIONES EN AMBOS EXTREMOS DEL HUESO. SE CRUZAN ALAMBRES SOBRE LA FRACTURA Y BORDES DEL HUESO LLEVÁNDOLOS A UNA BUENA APROXIMACIÓN SIENDO ÉSTA CON UNA VISIÓN DIRECTA Y OBTENIENDO UN RESULTADO PERFECTO.

OTRA VENTAJA DE ÉSTE TIPO DE REDUCCIÓN SERÁ REFERENTE A LAS FRACTURAS TARDÍAS, ES LA OPORTUNIDAD QUE TIENE EL CIRUJANO DE REMOVER LOS TEJIDOS EN ORGANIZACIÓN Y LOS DEFECTOS QUE EXISTEN ENTRE LOS BORDES DEL HUESO.

TAMBIÉN OBSERVAMOS ALGUNAS DESVENTAJAS QUE SE PRESENTAN EN LA REDUCCIÓN:

1) QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO QUITA LA PROTECCIÓN NATURAL QUE SE DA AL COÁGULO SANGÚINEO Y SE CORTA EL PERIOSTIO LIMITANTE.

2) EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NECESARIO AUMENTA EL TIEMPO QUE EL PACIENTE PERMANECE EN EL HOSPITAL Y COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN.

3) SE FORMA CICATRÍZ CUTÁNEA, A VECES QUELOIDES, OTRAS VECES FAVORABLES.

4) ES POSIBLE LA INFECCIÓN AÚN CON MÉTODOS ASÉPTICOS ES -- TRICTOS Y ANTIBIÓTICOS.

TRATAMIENTO POS-OPERATORIO DE LOS PACIENTES FRACTURADOS

MIENTRÁS EL PACIENTE SE RECUPERA DE LA ANESTESIA DEBEMOS EVITAR QUE SE MUEVAN LOS FRAGMENTOS COAPTADOS Y EL APARATO DE CONTENSIÓN.

LO QUE ES DE PARTICULAR IMPORTANCIA CUANDO SE EMPLEAN FERULAS EXTRABUCALES, VIGILAREMOS CONSTANTEMENTE AL PACIENTE PARA EVITAR QUE SE MUEVA HACIA EL LADO AFECTADO. PODEMOS COLOCAR SACOS DE ARENA PARA EVITAR QUE SE MUEVA. USAREMOS UNA ASPIRADORA PARA EXTRAER LAS SECRECIONES DE SANGRE Y SALIVA EN LA BOCA, HASTA QUE EL PACIENTE SEA CAPAZ DE ELIMINARLA POR SI MISMO. NO APLICAREMOS MORFINA HASTA QUE EL PACIENTE HAYA RECUPERADO EL CONOCIMIENTO, EN PARTICULAR SI HEMOS UTILIZADO LA FIJACIÓN INTERMAXILAR, PUESTO QUE LA RELAJACIÓN DE LA LENGUA PUEDE DIFICULTAR LA RESPIRACIÓN AL CAER HACIA ATRÁS.

SI EL PACIENTE HA ESTADO SOMETIDO A UNA OPERACIÓN MUY LARGA, LE ADMINISTRAREMOS POR VÍA VENOSA SUERO FISIOLÓGICO PARA REEMPLAZAR LA PÉRDIDA Y COMBATIR LA ACIDÓSIS CONSECUENCIA DEL VÓMITO; LA DÓSI S 500 A 1000 CC, CON 50 % DE GLUCOSA (CON PREVIO EXAMEN DE SANGRE PARA DETECTAR ALGUNA ANORMALIDAD), ESTA CON EL FIN DE ADMINISTRAR LAS CALORIAS NECESARIAS AL ORGANISMO.

SI HA HABIDO PÉRDIDA DE SANGRE, SE LE ADMINISTRA SANGRE EN LUGAR DE SUERO. DESPUÉS PROCEDEREMOS A APLICAR COMPRESAS FRIAS EN LA ZONA ASPERA Y SE LE DARA UN SEDANTE. LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS INICIADAS ANTES DE LA OPERACIÓN SE CONTINUARA.

LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS POR VÍA I.V. DEBERA CONTINUARSE HASTA EL SEGUNDO Y TERCERO Y ASÍ LO REQUIERE, SI PRESENTA SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, RESEQUEDAD DE LABIOS, LENGUA Y AUMENTO DE LA FRECUENCIA Y RESPIRACIÓN.

EN EL SEGUNDO DÍA SE CAMBIARAN VENDAJES Y APOCITO Y SE INSPECCIONARAN TODAS LAS HERIDAS ESTEN O NO SATURADAS.

LO MISMO REFERENTE A LA OCLUSIÓN DENTARIA Y POSICIÓN DE LAS FERULAS.

DEBEN EXPLORARSE LABIOS Y CARRILLOS PARA DESCUBRIR SI LOS-ALAMBRES CAUSAN ALGUNA IRRITACIÓN O LACERACIÓN EN LOS TEJIDOS; - - ESTOS SE TRATAN CON SOLUCIÓN ANTISÉPTICA Y LOS ALAMBRES SE CUBREN CON CERA.

NO PASARÁN INADVERTIDAS LAS NUEVAS TUMEFACCIONES DE LA CARA CUANDO VAN ACOMPAÑADAS DE TEMPERATURA; ESTA PUEDE INDICAR SIGNO - DE INFECCIÓN, EN LOS TEJIDOS BLANDOS COMO HUESO QUE RODEAN AL FOCO DE LA FRACTURA.

SI NO EXISTE COMPLICACIÓN Y EL PACIENTE REFIERE POCO DOLOR DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN SE LE MANDA A LA CASA.

ES MUY IMPORTANTE LA HIGIENE BUCAL; SE PRESCRIBEN COLUTOS -- RIOS PARA USARLO CON FRECUENCIA SEGÚN EL ESTADO DE LA BOCA Y LA - EXISTENCIA O NO DE LACERACIÓN EN LA MUCOSA, ENCIAS, LABIOS Y CARRILLOS.

COLOCAREMOS UN IRRIGADOR FIJO QUE PERMITA QUE EL PACIENTE - SE LAVE POR SI MISMO SU BOCA Y CON LA FRECUENCIA REQUERIDA. LAS- SOLUCIONES SALINAS SON SUFICIENTES PARA ESTE FIN.

POR LO MENOS EL PACIENTE DEBE GUARDAR CAMA DE 6 A 7 DÍAS - SALVO EN FRACTURAS MÁS LEVES, SENCILLAS.

UNA O DOS VECES POR SEMANA LA BOCA DEBE LIMPIARSE CON ATOMIZADOR PARA ARRASTRAR LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS QUE EXISTAN ENTRE- LOS DIENTES O ENGRANADOS POR LOS ALAMBRES. LA FALTA DE HIGIENE - BUCAL OCASIONA GINGIVITIS O CARIES EXTERNAS.

LA ANTIBIOTICOTERAPIA SE PROSEGUIRA DURANTE LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL Y HASTA QUE DESAPAREZCAN LAS TUMEFACCIONES Y LACERACIONES BUCALES Y CASOS DE EXTRACCIONES.

DEBE REGULARSE EL APARATO CALÓRICO.

LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE MAXILARES REQUIERE MINUCIOSAS ATENCIONES POR LA FALTA DE ACTIVIDAD, EL PACIENTE AUMENTA DE PESO, RAROS PACIENTES BAJAN DE PESO. LA DIETA - QUE LLEVARA EL PACIENTE SERA RICA EN PROTEÍNAS, GRASAS DE CACAO, - ALIMENTOS QUE CONTENGAN HIDRATOS DE CARBONO; POR QUE LA INGESTIÓN DE ESTOS DEPENDE LA MASTICACIÓN.

LOS MINERALES SON IMPORTANTES PRINCIPALMENTE EL CALCIO, FÓSFORO, HIERRO, AL IGUAL QUE LAS VITAMINAS LAS CUALES NOS AYUDAN A LUCHAR CONTRA LAS INFECCIONES Y EN LA FORMACIÓN Y CALCIFICACIÓN - DEL NUEVO TEJIDO ÓSEO.

WOL BACH Y HOWE; (1926), DEMOSTRÓ QUE LA CARENCIA DE ÁCIDO ASCÓRBICO RETARDA LA CURACIÓN DE LAS FRACTURAS. EN GENERAL LAS - AVITAMINÓISIS SON UNA IMPORTANTE CAUSA PREDISPONENTE DE LAS INFECCIONES EN LA BOCA. LAS COMPLICACIONES SE OBSERVAN EN PACIENTES CON AUMENTO VITAMÍNICO COMO SERIAN LAS VITAMINAS " A " , " C " , ÁCIDO MICOTINICO, RIBOFLAVINA, SIMPLES O COMBINADAS, VITAMINA -- " D " , QUE ESTIMULA ASIMILACIÓN DEL CALCIO, DEL FÓSFORO, ESENCIAL PARA EL DESARROLLO DEL TEJIDO ÓSEO.

LOS PACIENTES ENCAMADOS SUELEN TENER HIPERCALCEMIA Y POR LO TANTO NECESITAN QUE SE LES ADMINISTRE SALES DE CALCIO MUY FRECUENTEMENTE EN NIÑOS.

UN PASTEL DE LEVADURA DIARIO ES LA MEJOR FUENTE DE VITAMINAS. O TAMBIÉN PREPARADOS FARMACÉUTICOS QUE CONTENGAN VITAMINA - " A " , " B " , " B1 " , " B2 " , " C " , " D " , Y ESTAS LAS MEZCLAMOS EN LA DIETA LÍQUIDA.

SI LOS MAXILARES ESTÁN INMOVILIZADOS, LA ALIMENTACIÓN SERÁ MUY LÍQUIDA, Y SE HARÁ PASAR A TRAVÉS DE UN CALADOR DE MALLA MUY FINA PARA QUE NO OBSTRUYA EL TUBO. APROXIMADAMENTE UN TERCIO DE LA RACIÓN ALIMENTICIA SERÁ LA LECHE, Y SUS DERIVADOS, HORTALIZAS, FRUTAS, SE ADMINISTRA EL ZUMO O LA PULPA MOLIDA. LAS CARNES EN FORMA DE JUGO O EN SOPAS.

EL TUBO PARA BEBER ES EL MÁS COMÚN PERO ESTE NO SIRVE SI - EL PACIENTE PRESENTA PÉRDIDA DE SUBSTANCIA DE LABIOS, CARRILLOS - Y PALADAR, PORQUE NO PUEDE SUCCIONAR.

LA ALIMENTACIÓN EN CUCCHARADAS, CUANDO LOS LABIOS ESTÁN AFECTADOS.

LA ALIMENTACIÓN POR SONDA EN PACIENTES MUY TRAUMATIZADOS - CUANDO LAS FRACTURAS SEAN CONMINUTAS EN LOS HUESOS DE LA CARA Y - LESIONES GRAVES EN TEJIDOS BLANDOS.

EN EL VESTÍBULO DE LA BOCA, SE INTRODUCE UNA SONDA GRUESA - Y POR DETRÁS DEL ÚLTIMO MOLAR SE LE HACE PASAR A LA BUCOFARINGE. SÓLO SE EMPLEA LA ALIMENTACIÓN RECTAL CUANDO EL PACIENTE ESTÁ - MUY GRAVE Y NO PUEDE DEGLUTIR.

LA HOSPITALIZACIÓN PUEDE LIMITARSE AL PERIÓDO NECESARIO PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE. LOS INDIVIDUOS CON FRACTURA SIMPLE PUEDEN SER DADOS DE ALTA EN CUANTO LO PERMITA SU ESTADO GENERAL. EN FRACTURAS COMPLICADAS TENDRÁ QUE SER PROLONGADA Y NO SE PERMITIRÁ AL PACIENTE QUE VUELVA A SU DOMICILIO Y AL TRABAJO HASTA QUE DESAPARESCA LA INFECCIÓN.

EL PERIÓDO DE CURACIÓN ES UN PROMEDIO DE 5 A 6 SEMANAS, EN LAS FRACTURAS SIMPLES, SI HAY COMPLICACIONES ESTE PLAZO SE PROLONGA CUANDO EL MAXILAR HA SIDO COMPLETAMENTE INMOVILIZADO POR - LIGADURAS DE ALAMBRE, HABRÁ QUE PERMITIRLE ALGUNA MOVILIDAD DURANTE LA SEMANA SEXTA Y DEJAR LIBRE LA BOCA, EL PACIENTE, ES INCAPAZ DE ABRIRLA A CAUSA DEL TRISMO MUSCULAR POR LO TANTO, EL --

51
CALOR LOCAL Y SI ES NECESARIO ACOMPAÑADO DE CALOR SUPERFICIAL. DURANTE
DOS SEMANAS NO SE HARÁ ALIMENTACIÓN DIFÍCIL.

LA FISIOTERAPIA ES BENEFICIOSA EN CASOS DE TRISMUS MUSCULAR
RES INTENSOS. SERÁ NECESARIO LA REEDUCACIÓN MUSCULAR, EL CALOR, -
LA DISTENSIÓN ACTIVA Y PASIVA Y REEDUCACIÓN DEL HABLA, DAN BUEN-
RESULTADO.

SI ES NECESARIO SE REALIZA UN AJUSTE OCLUSAL EL CUAL DEBE-
ESTUDIARSE MINUCIOSAMENTE.

PROMOSIÓN Y ACCIONES

DE ACUERDO A LA ESTADÍSTICA LOGRADA EN SERVICIO DE CIRUGIA MAXILO FACIAL; SE MUESTRA LA MANDÍBULA EN SEGUNDO LUGAR EN LOS - ACCIDENTES TRAUMÁTICOS, Y EL MAXILAR EN TERCER LUGAR EN LO REFERENTE A LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS FACIALES.

EL LAPSO PARA INICIAR EL TRATAMIENTO NO DEBERA EXCEDER ENTRE LOS 15 DÍAS COMO MÁXIMO; LAS FRACTURAS ORBITARIAS OCASIONAN ALTERACIONES BUCALES, OCULARES, ANTE CUALQUIER TUMEFACCIÓN FACIAL DEBEMOS EXPLORAR CON SUMO CUIDADO PARA DESCARTAR CUALQUIER FRACTURA.

LA TÉCNICA DE OSTEOSÍNTESIS MAXILAR ES UN PROCEDIMIENTO QUE TENDRÁ BUENOS RESULTADOS SI SE CONOCE LA REGIÓN ANATÓMICA POR LO TANTO LA TENDREMOS PRESENTE PARA EVITAR ERRORES LAMENTABLES., NO DEBERA HABER INFECCIÓN Y LA CIRUGÍA SE REALIZARÁ CORRECTAMENTE EL RESULTADO SERÁ FAVORABLE.

EL TRATAMIENTO PRECOZ CON MANIOBRAS EXTERNAS ESTA INDICADO EN FRACTURAS CON MÍNIMO DESPLAZAMIENTO Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL UTILIZAR ESTA TÉCNICA DEMUESTRAN SU VALIDEZ.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS MAXILARES NO SOLO CONSISTE EN LOGRAR UNA BUENA COAPTACIÓN DE LOS FRAGMENTOS ÓSEOS, SINO OBTENER PRIMORDIALMENTE UNA OCLUSIÓN DENTARIA CORRECTA PARA EVITAR LA DES-OCCLUSIÓN Y ORIGINAR PROBLEMAS POSTERIORES.

SE RECALCA LA NECESIDAD DE PROCURAR EL CONTROL Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE ESTE TIPO DE FRACTURAS Y CON EL EMPLEO DE MEDIOS - CONSERVADORES, SOLO EN CASOS NECESARIOS APELAMOS AL TRATAMIENTO - QUIRÚRGICO.

ES ESTUDIO CLÍNICO COMPLEMENTADO CON EL RADIOGRÁFICO ESTABLECE UN MANEJO Y DIAGNÓSTICO CORRECTO; OBTENIENDO ASÍ UNA BUENA

PERSONALIDAD SOBRE TODO LA ESTÉTICA.

LA CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS FACILITA UN DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y UN PLAN TERAPÉUTICO A SEGUIR, LA SUPERACIÓN CONSTANTE, EL ESTUDIO, LA RESPONSABILIDAD SON FACTORES IMPORTANTES EN LA CIRUGÍA.

EL CONOCIMIENTO DE LO QUE SIGNIFICA LA PERSONA COMO SER VIVO Y TRATARLO COMO PERSONA.

LAS TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS SON VARIADOS Y POR LO TANTO ESTAREMOS ALERTA PARA ESCOGER Y DECIDIR EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO.

EL TRATAMIENTO POS-OPERATORIO ES MUY IMPORTANTE Y DE ELLO DEPENDE EL ÉXITO QUE SE TENGA.

OTRO FACTOR MUY IMPORTANTE SERÁ EVITAR LAS INFECCIONES, YA QUE ESTO ES MUY FRECUENTE EN LOS ACCIDENTES. SERA NECESARIA LA ASEPSIA Y LA QUIMIOTERAPIA PARA ASEGURAR BUENOS RESULTADOS Y LOGRAR EL OBJETIVO DESEADO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN TODOS LOS TRATAMIENTOS ES DE UN 95 % SIENDO EXCELENTES; LA FRACTURA CONSOLIDO EN UN LAPSO DE 3 A 4 SEMANAS CON MÉTODOS REDUCTIVOS Y CUANDO SON COMBINADOS SERAN DE 45 A 60 DÍAS. EN TODOS LOS CASOS LOS PACIENTES FUERON CAPACES DE REALIZAR MOVIMIENTOS ENTRE EL CUARTO Y QUINTO DÍA, SIENDO CAPACES DE HABLAR, INGERIR Y DEGLUTIR LOS ALIMENTOS BLANDOS LO CUAL FAVORECE LA NUTRICIÓN Y DESDE LUEGO LA RECUPERACIÓN EN UN LAPSO MÁS CORTO.

SI LA CIRUGÍA SE REALIZA CORRECTAMENTE NO HABRA PELIGRO DE CICATRICES HIPERTROFICA, NI SECUELAS DEL NERVIIO FACIAL EN CASO DE QUE EL NERVIIO HAYA SIDO SECCIONADO.

B I B L I O G R A F I A

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
KRUGER O. GUSTAVO DR.
EDITORIAL AMERICANA.

CIRUGIA CABEZA Y CUELLO
WISE A. ROBERTH DR.
EDITORIAL INTERAMERICANA

CIRUGIA BUCAL
COSTICH R. EMMETT DR.
WHITE JR. P. RAYMOND DR.
EDITORIAL INTERAMERICANA

ATLAS CIRUGIA ESTOMATOLOGICA
MAXILO FACIAL
GINESTET DR.

SEMANA MEDICA
VOL. 86 No. 1094
MARZO, 1976

ODONTOLOGO MODERNO
VOL. 6 No. 4
FEBRERO - MARZO 1978

CIRUGIA BUCAL

MEAD V. STERLING

D.D.S. M.S.R.S.

CARRERA G. OSCAR

ROSADO I. ARTURO

EDITORIAL HISPANO - AMERICANA