

CASO CLÍNICO

Secuelas de trauma facial

Víctor J. Visag Castillo,* Alfonso Vallarta Rodríguez**

Resumen

Introducción. Una importante causa de defectos funcionales y estéticos faciales es el trauma. Los huesos mayormente afectados son los huesos propios de la nariz, seguidos de los huesos de la órbita. El manejo rápido y apropiado de estos pacientes puede prevenir la pérdida de funciones, la presencia de complicaciones y secuelas. En ocasiones, para realizar una correcta reconstrucción facial, es necesario realizar no sólo las reducciones de las fracturas óseas; también es necesario realizar un adecuado manejo de los tejidos blandos y realizar colgajos cutáneos, miocutáneos o fasciocutáneos para corregir los defectos superficiales. Las secuelas más comunes son enoftalmos y diplopia. **Caso clínico.** Masculino de 24 años de edad con historial de accidente automovilístico y trauma facial, cursó con secuelas de trauma facial diagnosticadas mediante clínica y apoyo con tomografía computada. Fue sometido a reconstrucción facial. **Conclusión.** Es importante que el equipo médico y quirúrgico, después de la revisión inicial del trauma, identifique las lesiones y fracturas de cara para que sean atendidas a la brevedad posible evitando así secuelas.

Palabras clave. Fracturas de la órbita. Diplopía. Lesiones faciales.

INTRODUCCIÓN

El manejo de pacientes con trauma facial ha evolucionado con la progresión de la tecnología en imagen, fijación ósea y aplicación de técnicas microquirúrgicas de reconstrucción.

El manejo inicial del paciente con trauma facial debe de ser enfocado y dirigido de acuerdo con los protocolos del Curso avanzado de Apoyo vital en trauma; una vez estabilizado el paciente se puede realizar la revisión secundaria e identificar y caracterizar las lesiones y fracturas de la cara mediante estudios de imagen,^{1,2} así como demostrar alteraciones en la visión, mala oclusión mandibular, trismos y sangrado.^{3,4}

Abstract

Background. Facial trauma is an important cause of functional and aesthetic defects. The most affected bones are those from the nose, followed by orbital floor. Appropriate and quick management may prevent functional loss, complications or late sequelae. Sometimes is necessary not only the reduction of the fractures but also cutaneous, fasciocutaneous or myocutaneous flaps to cover superficial defects. The most common sequel is enophthalmos and diplopia. **Case report.** We report the case of a 24-year-old male with history of car accident and facial trauma, presenting with facial trauma sequel diagnosed by CT scan, who goes under facial reconstruction. **Conclusion.** It's important that the medical and surgical staff, before the initial evaluation, identifies any facial fracture, in the understanding to be evaluated as soon as possible in order to diminish sequelae.

Key words. Orbital fracture. Diplopia. Facial injuries.

OBJETIVO

Reportar el caso clínico de un paciente con secuelas de trauma facial a quien se le realizó reconstrucción facial, así como realizar una breve revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Hombre de 24 años de edad con historial de accidente automovilístico tres años previos al ingreso, en el cual presentó trauma facial, múltiples lesiones y fracturas faciales, enoftalmos izquierdo, desviación septal y ausencia de paredes del seno frontal.

* Servicio de Cirugía General (Enseñanza). Fundación Clínica Médica Sur. **Cirujano Plástico, Fundación Clínica Médica Sur.

Correspondencia:

Dr. Víctor J. Visag Castillo

Pitágoras 859, Col. Del Valle, C.P. 03100, Deleg. Benito Juárez, México, D.F. Tel.: 5682-4179

Correo electrónico: victor_visag@hotmail.com



Figura 1. Imagen de reconstrucción tomográfica de cara. Se evidencia megaórbita izquierda, desviación septal y ausencia de pared anterior de seno maxilar izquierdo.

Fue intervenido quirúrgicamente y se realizó síntesis de fracturas. Posteriormente fue sometido a terapia de rehabilitación física para mejorar el movimiento facial; sin embargo, un año previo al ingreso presentó deterioro de movimientos faciales caracterizados por ptosis palpebral de ojo izquierdo y diplopía; el paciente ingresó para realizar reconstrucción facial.

En la exploración física, discreta asimetría facial a expensas de aumento en el diámetro de órbita izquierda, enoftalmos ipsilateral, hundimiento a nivel maxilar izquierdo y de seno frontal.

Se realizó tomografía craneofacial con reconstrucción tridimensional donde se evidenciaron enoftalmos izquierdo, megaórbita izquierda, desviación septal y ausencia de paredes del seno frontal (Figura 1).

Se programó para cirugía con diagnóstico preoperatorio de secuelas de trauma facial, postoperatorio de fracturas faciales, enoftalmos izquierdo, megaórbita izquierda, desviación septal y ausencia de paredes de seno frontal. En la cirugía se realizó osteotomía para liberar arco zigomático tipo Lefort II, toma de injertos costales (sexto y séptimo arco derecho), reducción abierta por triple abordaje oral, subciliar y prepiloso con osteotomías de cuatro pilares malares y fijación rígida con placas de seis orificios 1.5 mm en articulación frontocigomática e infraorbitaria; placa recta, cinco tornillos 1.5

mm en arco zigomático, placa en doble Y en pilar zigomático maxilar. Colocación de injertos de cartílago costal en órbita izquierda, colocación de injerto laminado en seno maxilar, injerto on-lay malar fijado con dos tornillos. Asimismo, se realizó colgajo musculocutáneo frontal bilateral prepiloso para avance, colgajo de rotación de músculo temporal, colgajo suborbicular de suspensión, rinoseptoplastia funcional y turbinoplastia bilateral.

El sangrado transoperatorio se reportó de aproximadamente 1,400 mL, el tiempo quirúrgico fue de 330 min y no se reportaron complicaciones transoperatorias.

En el postoperatorio el paciente evolucionó satisfactoriamente, toleró la dieta líquida a las 12 h y clínicamente sólo presentó edema moderado y equimosis bipalpebral, se solicitó interconsulta con el Servicio de Rehabilitación Física, la cual fue bien tolerada. Fue dado de alta al tercer día postoperatorio para seguimiento en Consulta Externa y Rehabilitación Física.

DISCUSIÓN

En todos los pacientes con trauma facial, una vez estabilizados, es importante realizar estudios de imagen para identificar mejor las fracturas de los huesos de la cara;⁵ la tomografía computada es el estudio de elección^{1,4} con

sensibilidad y especificidad aproximadamente de 100% para fracturas y se obtienen mejores resultados si se rea-liza con cortes no mayores de 3 mm.¹

El tratamiento quirúrgico va encaminado a la recuperación de la función y prevención de complicaciones.⁶ En el caso clínico presentado se observan las secuelas del trauma facial postoperatorio, del cual fue necesario una segunda intervención quirúrgica para reparar las secuelas.

De acuerdo con la literatura, el enoftalmo es particularmente resistente a la reparación secundaria y con frecuencia causado por corrección inadecuada o aumento excesivo del volumen infraorbitario.^{2,7,8} La diplopía persistente puede observarse posterior a la reparación de fracturas del piso de la órbita; es importante que después de la reparación se verifique la abducción forzada para identificar si existe interferencia con los movimientos oculares.

Asimismo, la complicación más común de la reparación de fracturas órbito-cigomáticas es el enoftalmo. Otras secuelas que pueden presentar los pacientes posteriores a la reparación de fracturas órbito-cigomáticas son hipoes-tesia persistente en la región del nervio infraorbitario y sinusitis maxilar.^{9,10}

El abordaje practicado al paciente fue adecuado para realizar la corrección de las secuelas.^{6,8} También es importante recalcar los beneficios que se obtienen del adecuado manejo de tejidos blandos, en este caso se realizaron colgajos de diversos tipos,³ con lo que se obtiene una adecuada suspensión y cobertura de los defectos.

CONCLUSIÓN

El trauma facial que resulta en fracturas faciales es una entidad clínica que ha visto aumento en su incidencia en los últimos años en este centro hospitalario. Es necesario que la comunidad médica y quirúrgica, después del manejo inicial, identifique las lesiones de manera tem-prana para que los pacientes sean referidos al especialista y se obtengan mejores resultados, tanto funcionales como estéticos, y evitar secuelas.

REFERENCIAS

1. Zilkah A. Computed tomography in facial trauma. *Radiology* 1982; 144: 545-8.
2. Marinaro J, Crandall C, Doexema D. Original contribution. Com-puted tomography of the head as a screening examination for facial fractures. *Am J Of Emerg Med* 2007; 25: 616-9.
3. Abd-Al-Aziz H, Ahmed A, Heba H. Reconstruction of mid-facial defects using temporal muscle flap. *Egypt J Plast Reconstr Surg*. 2007; 31(2): 201-11.
4. Thaller S, Blaisdell W. Injuries to the face and jaw. *ACS Surg Princip Pract* 2002.
5. Fraioli R, et al. Facial fractures: beyond the fort. *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 51-76.
6. Muzaffar AR, Adams WP Jr, Hartog JM, Rohrich RJ, Byrd HS. Maxillary reconstruction: functional and aesthetic consideratio-nis. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 2172-83.
7. McRae M, Frodel J. Midface fractures. *Facial Plast Surg* 2000; 16: 107-13.
8. Luce EA. Developing concepts and treatment of complex maxi-lary fractures. *Clin Plast Surg* 1992; 19: 125-31.
9. Bardia A, Brandon E, Lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 57e.
10. Rohrich RJ, Shewmake KB. Evolving concepts of craniomaxillo-facial fracture management. *Clin Plast Surg* 1992; 19: 1-10.