

TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA CONDÍLEA MEDIANTE ABORDAJE CERVICAL ANTEROPAROTÍDEO TRASMASSETÉRICO

Autor: Dr. Carlos Guillermo Camacho Olguin, Residente de tercer año en Cirugía Maxilofacial. Hospital Calixto García. Facultad de Estomatología, UCMH

Coautores: Dr. Msc. Juan Guillermo Sanchez Acuña, Dra. Msc. Denia Morales Navarro

RESUMEN

Introducción: Las fracturas del cóndilo son lesiones comunes, que comprende aproximadamente el 25% de todas las fracturas mandibulares. Dos escuelas generales de tratamiento han surgido: una de apoyo al tratamiento conservador, no quirúrgico, y otra que proclama la intervención quirúrgica como el tratamiento de elección.

Objetivo: Presentar un caso clínico de abordaje quirúrgico usando reducción abierta con fijación interna de una fractura del cóndilo mandibular mediante un abordaje cervical antero parotídeotransmasetérico.

Caso clínico: Paciente masculino de 25 años de edad con antecedentes de salud aparente que acude al cuerpo de guardia después de haber sufrido una caída de su propia altura recibiendo un trauma contuso contundente en la región del mentón causándole un extremo dolor a los movimientos de apertura mandibular y desviación de esta hacia el lado derecho. Se realizó una incisión en la piel de ± 5 cm, 1 cm debajo del borde inferior de la mandíbula. Una disección del tejido subcutáneo se realizó superficialmente al músculo platisma hasta el nivel de la fractura. El tejido conectivo fue elevado y el músculo maseterino fue cortado. Después de que se logró el acceso al sitio de la fractura, se llevó a cabo la reducción anatómica del fragmento condilar mediante tracción, y colocación de material de osteosíntesis.

Conclusión: El abordaje cervical antero parotídeotransmasetérico es el abordaje más empleado en el tratamiento quirúrgico de fracturas de cóndilo en nuestra institución. El acceso al cóndilo es satisfactorio, incluso en los casos de una fractura alta, y con seguridad de no lesionar el nervio facial.

Palabras clave: Fracturas de condilo, abordajes cervicales, osteosíntesis

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del cóndilo son lesiones comunes, que comprende aproximadamente el 25% de todas las fracturas mandibulares.¹ En la población adulta, las fracturas de cóndilo resultan en su mayoría de accidentes automovilísticos. Las agresiones, caídas, accidentes de trabajo y durante los eventos deportivos comprenden otros mecanismos.²

Dos escuelas generales de pensamiento han surgido en el tratamiento de estas fracturas: una de apoyo al tratamiento conservador, no quirúrgico, y otra que proclama la intervención quirúrgica como el tratamiento de elección.³ El tratamiento no quirúrgico abarca desde el seguimiento con dieta blanda y fisioterapia, hasta la inmovilización con diversas técnicas. Las variantes quirúrgicas son múltiples en términos de abordaje quirúrgico y medios de fijación. Cualquier signo de inestabilidad oclusal, dolor persistente o alteraciones funcionales pueden indicar la necesidad de un tratamiento más agresivo⁴.

Diferentes esquemas de clasificación para las fracturas del cóndilo se han delineado en la literatura en los últimos años. Desafortunadamente, no hay un sistema de clasificación único estándar aceptado. La terminología unificada y la clasificación en cuanto a fracturas del cóndilo podrían contribuir a un enfoque más sistemático del manejo de este tipo de lesiones.

Las condiciones que indican la necesidad de la reducción quirúrgica de las fracturas del cóndilo han sido objeto de considerable debate en la literatura. En el 2001, la Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial del Comité Especial de Parámetros de la Atención Pública dio una lista completa de las posibles indicaciones de una reducción abierta de las fracturas del cóndilo.⁵ Más recientemente, en 2003, Assael⁶ describe minuciosamente una serie de variables importantes que deberán ser examinadas por el cirujano en el tratamiento de las fracturas del cóndilo.

Los diferentes abordajes quirúrgicos que han sido defendidos incluyen: 1) preauricular, 2) endaural, 3) postauricular, 4) submandibular, 5) retromandibular, 6) ritidectomía, 7) bucal, y 8) modificaciones o combinaciones de cualquiera de estas incisiones. Los medios utilizados para acceder a la fractura condilar dependen de la ubicación de la fractura y el grado de desplazamiento.⁷

Con un mejor conocimiento de la anatomía de la articulación temporomandibular y la mejora de las técnicas quirúrgicas, la reducción abierta con fijación interna de las fracturas del cóndilo puede conducir a un más rápido y preciso retorno de la función preoperatoria con una mejor simetría facial y estética, en comparación con las anteriores técnicas no quirúrgicas. Se ha demostrado que las técnicas quirúrgicas pueden tener mejores resultados oclusales, de restauración anatómica y una recuperación más rápida que las técnicas no quirúrgicas. El tratamiento quirúrgico debe ser considerado con mayor frecuencia en el planteamiento de las fracturas del cóndilo.

El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico de la reducción abierta con fijación interna de una fractura del cóndilo mandibular utilizando un abordaje cervical antero parotídeotransmasetérico.

CASO CLÍNICO

Acude al Cuerpo de Guardia del Hospital Universitario “General Calixto García” un paciente masculino de 25 años de edad con antecedente de salud aparentes después de haber sufrido una caída de su propia altura recibiendo un golpe contuso contundente en la región del mentón causándole un extremo dolor a los movimiento de apertura mandibular y desviación de la mandíbula hacia el lado derecho. Por lo que se decide su ingreso para tratamiento quirúrgico (Figura 1).

Al examen físico regional se constató una herida en región submental de ± 1 cm de longitud, lineal, afrontada con puntos de sutura en posición y función sin signos de sepsis o dehiscencia. Los movimientos mandibulares se encontraban conservados, aunque limitados y con desviación de la mandíbula hacia el lado derecho



Figura 1. Vista frontal craneofacial. Obsérvese la desviación de la línea media hacia la derecha y limitación a la apertura bucal.

Al examen bucal el paciente era un desdentado parcial no rehabilitado protésicamente con múltiples focos sépticos.

A los medios auxiliares de diagnóstico de tipo imagenológico se encontró pérdida de continuidad en región subcondilea baja por trazo de fractura con acortamiento de la rama mandibular derecha y desplazamiento del cóndilo.

Se decidió realizar el abordaje quirúrgico de la fractura con la colocación de un medio de fijación rígido en el foco posterior a la inducción de la anestesia general con intubación orotraqueal, se realizó una incisión en la piel de ± 5 cm, 1 cm debajo del borde inferior de la mandíbula. Una disección del tejido subcutáneo se realizó superficialmente al músculo platisma hasta el nivel de la fractura. El músculo platisma fue cortado y retraído cuidadosamente exponiendo la fascia y el músculo masetero. Se localizó el nervio facial, que pudo ser retraído para continuar con la disección que continuó anterior a la glándula parótida. El tejido conectivo fue elevado y el músculo maseterino fue cortado permitiendo una excelente exposición de la línea de fractura. La

disección subperiosteal se realizó desde el ángulo de la mandíbula (Figura 2).



Figura 2. Abordaje cervical. Momento quirúrgico de localización del nervio facial

Después de que se logró el acceso al sitio de la fractura, se llevó a cabo la reducción anatómica del fragmento condilar mediante tracción, y colocación de material de osteosíntesis con miniplaca trapezoidal (Figura 3). Se suturó por planos y se hizo *toilete* del sitio quirúrgico.



Figura 3. Colocación de miniplaca en posición y función para contrarrestar las fuerzas de tensión y rotación.

DISCUSIÓN

El acceso a la línea de fractura en las fracturas condíleas es difícil en la mayoría de los abordajes más populares como son el Risdom o el retromandibular,⁸ especialmente en casos de fracturas altas, debido a que la incisión es hecha lejos de la fractura y la retracción del tejido blando no es fácil. Por lo tanto, el destornillador es colocado en una dirección oblicua a la superficie del hueso. Bajo estas condiciones, la estabilización es muy difícil, y la construcción puede ser deficiente. Este tipo brusco de retracción del tejido blando pueden inducir a daño del nervio facial.

La complicación más frecuente de esta cirugía es la parálisis facial.⁹ En de acuerdo con Gosain,³ las interconexiones entre los brazos cigomático y bucal (70%) son mucho más frecuentes que la interconexiones entre los brazos marginal y mandibular y otros brazos del nervio facial (15%). Esto puede explicar la mayor vulnerabilidad mandibular en la disección baja.

La técnica que usamos es un abordaje cervical antero parotídeo transmasetérico que fue inspirado por Wilk y Meyer en Strasburg, Francia.¹⁰ Nosotros logramos una amplia disección hasta el nivel de la fractura. Esta disección subcutánea es similar a la del procedimiento preauricular de Wilson.¹¹ Así que nuestro procedimiento combinó la técnica de Wilk, Meyer y Wilson. La opción de una placa trapezoidal fue hecha en bases al estudio de Meyer¹² que exploró las líneas de tensión en la rama y el cóndilo mandibular.

Usamos este abordaje en todos nuestros pacientes con fractura de cóndilo baja. Ninguna parálisis facial, incluso transitoria, ha ocurrido hasta la fecha. Un brazo del nervio facial conectado al brazo bucal es encontrado en la mayoría de los casos. El acceso al cóndilo es satisfactorio, incluso en los casos de una fractura alta, y con seguridad de no lesionar el nervio facial. La fijación ósea es fácil usando placas trapezoidales. La media de duración es aproximadamente de 40 minutos. Los resultados cosméticos son satisfactorios; con una discreta cicatriz en el borde inferior de la mandíbula.

CONCLUSIONES

El abordaje cervical anteroparotídeo transmasetérico es el abordaje más empleado en el tratamiento quirúrgico de fracturas de cóndilo en nuestra institución. El acceso al cóndilo es excelente, incluso en los casos de una fractura alta, y con seguridad de no lesionar ninguna rama del nervio facial, como en el caso clínico presentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. He D, Cai Y, Yang C. Analysis of temporomandibular joint ankylosis caused by condylar fracture in adults. J OralMaxillofacSurg 2014; 72:763, e 763 e 9.
2. Kim BK, Kwon YD, Ohe JY, et al: Usefulness of the retromandibulartransparotid approach for condylar neck and condylar base fractures. J CraniofacSurg 2012; 23:712.
3. Handschel J, Ruggeberg T, Depprich R, et al: Comparison of various approaches for the treatment of fractures of the mandibular condylar process. J CraniomaxillofacSurg 2012; 40:e397.
4. Bindra S, Choudhary K, Sharma P, et al: Management of mandibular subcondylar and

condylar fractures using retromandibular approach and assessment of associated surgical complications. J Oral Maxillofac Surg 2010, 9:355. □

5. Bhagol A, Singh V, Kumar I, Verma A. Prospective evaluation of a new classification system for management of mandibular subcondylar fractures J OralMaxillofacSurg 2011; 69:1159-65.
6. Al-MoraissiEA, Elli E. Surgical management of anterior mandibular fractures: a systematic review and meta-analysisJ Oral MaxillofacSurg2014;72:2507 e-2507 e 11.
7. Ellis E, McFadde, Simon P, et al: Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. J Oral MaxillofacSurg2010, 58:950-2.
8. Baur DA, et al. The marginal mandibular nerve in relation to the inferior border of the mandible. J Oral MaxillofacSurg 2014;72:2221-6.
9. Bouchard C, Perrealt MH. Postoperative complications associated with the retromandibularapproaches: A retrospective. J Oral MaxollofacSurg2014; 72:370-375.
10. Sawazaki R, Lima SM, Asprino L, Fernandez RW, Morae M. Incidence and patterns of mandibular condyle fractures. J Oral MaxillofacSurg 2010; 68:1252-1259.
11. Klatt J, et al. Clinical follow-up examination of surgically treated fractures of the condylar process using the transparotidapproach. J Oral MaxillofacSurg 2010; 68:611-617.
12. Meyer C, Kahn JL, Boutemi P, Wilk A: Photoelastic analysis of bone deformation in the region of the mandibular condyle during mastication. J CraniomaxillofacSurg2013;30:160-4.