



Abordaje transmaseterino preparotideo para reducción abierta y osteosíntesis de fractura de cóndilo mandibular.

Núñez-Vera V, López-Martos R, Montes Carmona J, Iglesias Martín F, Infante Cossío, P.

UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla



Introducción

El tratamiento de las fracturas de cóndilo mandibular es un tema que genera aún mucha controversia. Cuando es necesario un abordaje directo del foco de fractura, la vía intraoral suele ser insuficiente, y los accesos extraorales conllevan gran dificultad técnica debido a la doble necesidad de evitar las estructuras nobles de la zona y mantener la estética facial.

Objetivos

Presentamos un caso en el que se realiza el abordaje y la exposición del foco de fractura mediante un acceso trasmaseterino preparotideo y la osteosíntesis del mismo con una placa en "y" invertida.

Material y métodos

Paciente varón de 34 años de edad que acude al servicio de urgencias tras recibir una agresión. Ha perdido la pieza dental 41 y refiere que las arcadas maxilares no le encajan como antes.

A la exploración se observa disoclusión con mordida abierta anterior, contacto prematuro en lado derecho y mordida abierta izquierda. Escalón óseo con movilidad interfragmentaria inferior en el espacio de pieza 41. A la apertura oral laterodesviación hacia el lado derecho.

En TC y OPG se aprecia fractura sinfisaria con tercer fragmento, fractura de cóndilo izquierdo no desplazada y fractura de cóndilo derecho desplazada con luxación medial y rotación antihoraria del mismo.



Fig 1. Imagen clínica preoperatoria



Fig 2. Imagen de TC



Fig 3. Planteamiento del abordaje



Fig 4. Se observan las ramas del n facial conservadas



Fig 5. Colocación de la placa en cóndilo

Intervención quirúrgica: Se realiza reducción y osteosíntesis quirúrgica de las fracturas, fijándose la fractura sinfisaria con 3 miniplacas mediante un abordaje intraoral, se colocan 8 tornillos de bloqueo IMF y se aborda el cóndilo derecho de forma directa. Para eso se realiza una incisión submandibular de unos 5 cm, 1 cm por debajo del borde de la mandíbula. Se retrae la fascia platisma hasta llegar a la fascia maseterina. Se identifican y conservan la rama mandibular marginal y la rama bucal superior del nervio facial, y se secciona el músculo masetero justo anterior a la glándula parótida, que no se traspasa. Tras reducción fractuaria mediante rotación antihoraria mandibular y elongación de la distancia existente entre fragmentos para reposicionar la rama, se fija una placa en forma de Y invertida. Se llevan los maxilares a oclusión y se realiza una ferulización con tornillos IMF y gomas.

Resultados:

A los 3 meses el paciente conserva la oclusión, persistiendo o la alineación condilar y la cicatriz cervical no es apenas visible.



Fig 6. OPG en postoperatorio inmediato



Fig 7: OPG a los 3 meses



Fig 8: cicatriz cervical

Conclusiones

En las fracturas de cóndilo mandibular, sobre todo las que afectan la región subcondílea alta o las intracapsulares, se prefiere la reducción cerrada y la fijación intermaxilar, debido a la dificultad técnica de conseguir un buen abordaje al cuello condíleo mandibular a través de la cavidad oral.

Cuando la fractura está muy desplazada o es muy inestable debe realizarse la osteosíntesis del foco de fractura con miniplaca. Se han propuesto muchos abordajes al cóndilo, siendo aún un tema de controversia.

El abordaje transmaseterino preparotideo es uno de los más seguros a la hora de evitar la parálisis facial.

Bibliografía:

- Trost O, Trouilloud P, Malka G. Open reduction and internal fixation of low subcondylar fractures of mandible through high cervical transmaseteric anteroparotid approach. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Nov;67(11):2446-51
- Trost O, Abu El-Naaj I, Trouilloud P, Danino A, Malka G. High cervical transmaseteric anteroparotid approach for open reduction and internal fixation of condylar fracture. J Oral Maxillofac Surg. 2008 Jan;66(1): 201-4