

CIRUGIA MAXILOFACIAL; FRACTURA MAXILAR Y FISTULA ORONASAL POR ARMA DE FUEGO

Javier Álvarez García, José Carlos Almansa Ruiz y Sonia Blasco Rodríguez

Tutor: Juan Ignacio Trobo Muñiz

Dpto. de Medicina y Cirugía Animal. Fac. de Veterinaria. UCM

Presentamos el caso de una perra de raza podenca que acude a la consulta con una herida en la zona de la zona infraorbitaria izquierda, con eliminación de un flujo purulento por la narina correspondiente (Fig nº1 y nº2).

La causa fue debida a un disparo realizado por un policía municipal que en sus ratos libre hacía practicas de tiro sobre pobres animales indefensos (esperemos sea denunciado por la propietaria del animal que nos ocupa), el calibre del cartucho era del nueve corto con punta de plomo, sin recubrimiento. Por lo que al impactar sobre tejido óseo del maxilar se produce una implosión con introducción de fragmentos de hueso en la herida y con estallido de la punta del proyectil. Las porciones de plomo contaminan la herida que a su vez contaminan los fragmentos de hueso libre que esta desvascularizado por la rotura del periostio que mantiene el flujo. Por ello al cabo de una semana presenta esta secreción purulenta.

En el momento de la exploración se aprecia una fístula oronasal, que comunica ambas cavidades, con una gran extensión desde el primer o segundo premolar superior hasta el primer molar (205-209) (Fig nº3).

Realizamos un control radiográfico para determinar el estado del maxilar y de los fragmentos de plomo para ver su localización (Fig nº4).

Planificamos una cirugía para poder realizar una sinéresis de la lesión pero previamente se debe establecer una terapia antibiótica (clindamicina 11 mg/kgX10 días) y antiséptica (Clorhexidina colutorio aplicada en spray dos veces al día hasta el día de la intervención.

El día de la cirugía procedemos a reavivar los bordes de la herida tanto en el lado palatino como en el vestíbulo, para el cierre de esa gran espacio se procede a la colocación de

membrana de colágeno y polvo sobre el que se suturan los bordes de tejido procedente de mucosa vestibular y palatina (Fig nº5).

En el postoperatorio se mantienen los tratamientos y dosis previamente descritas durante diez días.

En el seguimiento tanto a los diez, treinta y 60 días se aprecia el cierre de la lesión y el mantenimiento de la estructura mucosa, estabilizando e impermeabilizando las cavidades orales y nasales (Fig nº6)

Las técnicas de RTG/ROG (REGENREACIÓN TISULAR GUIADA Y REGENERACION OSEA GUIADA), son procedimientos estandarizados y protocolizados en la clínica humana, si bien estas técnicas todavía no tienen implantación y difusión. Pero en los casos en los que las hemos utilizado han dado buenos y parece que predecibles resultados para su utilización en el futuro.









