

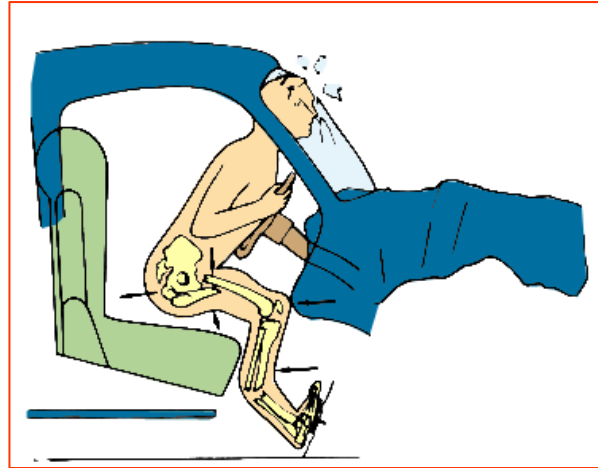
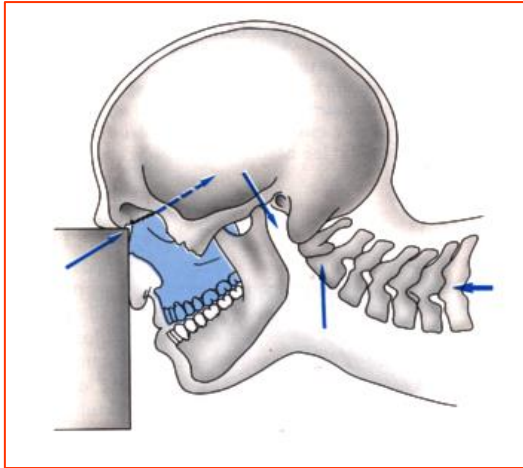
PATOLOGÍA DEL MAXILAR SUPERIOR

3.1.- PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

1.- FRACTURAS DEL MACIZO FACIAL

1. FRACTURA LEFORT TIPO 1:

- Pasa por los maxilares superiores arriba del paladar duro: la fractura discurre

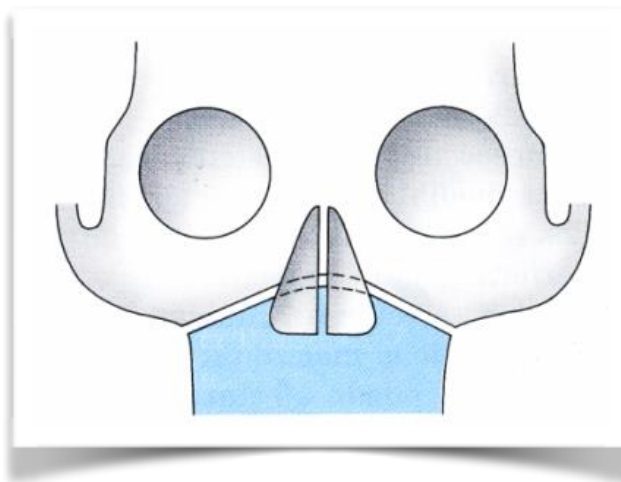


desde el orificio nasal anterior, a través del seno maxilar y de la pared nasal, hay fractura del Vómer.

- El maxilar se desplaza lateralmente o posteriormente por el espasmo de los pterigoideos.
- El paciente presenta una movilidad anormal y una alteración de la oclusión.

2. FRACTURA LEFORT TIPO 2:

- La fractura pasa por la parte superior de las fosas nasales, se fracturan:

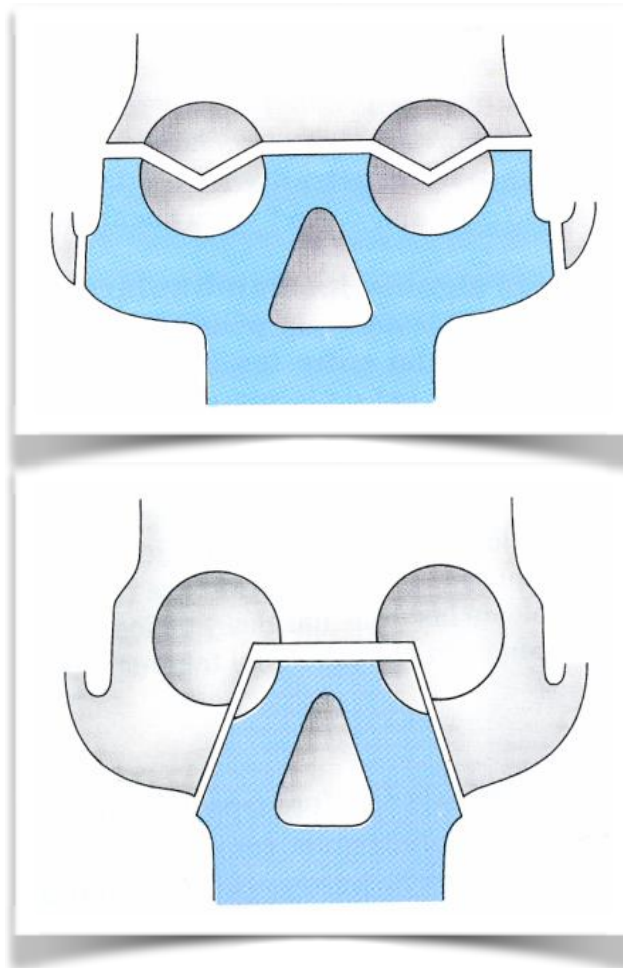


- Maxilares superiores.
- Etmoides.

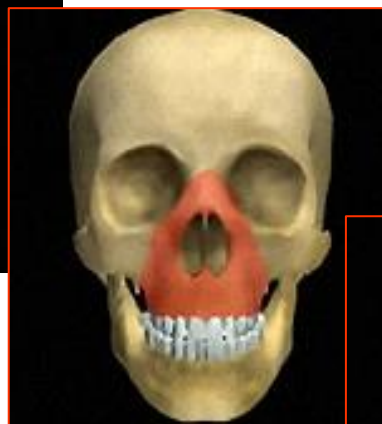
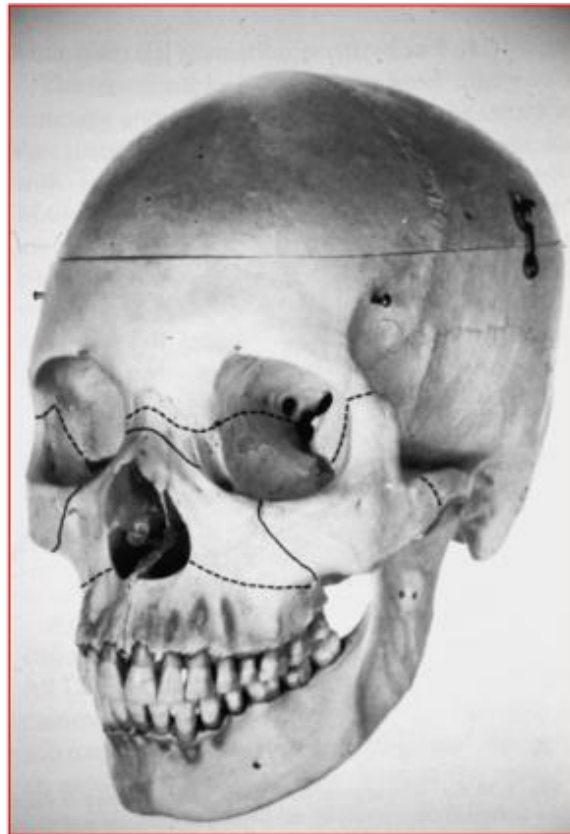
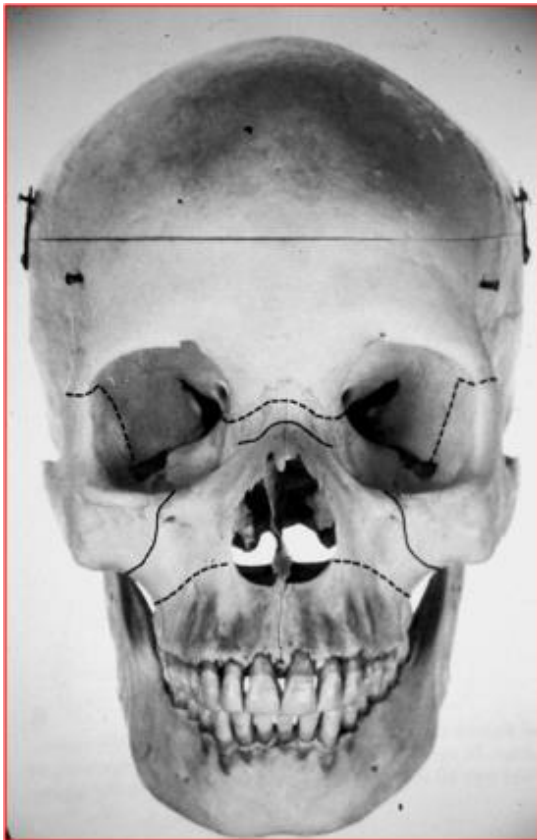
- Unguis.
- Esfenoides (la órbita está afectada: hendidura esfenoidal).
- Hay lesiones de los senos maxilares, etmoidales y de la lámina cribosa.
- A veces se fracturan vómer y lamina perpendicular del etmoides.

3. FRACTURA LEFORT TIPOS 3:

- La fractura es transorbitaria, se fracturan:
 - Maxilares superiores.
 - Etmoides.
 - Unguis.

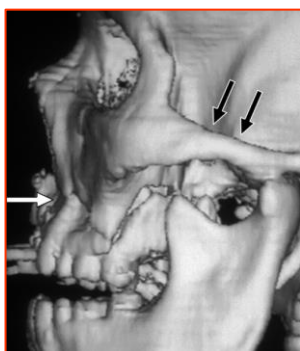


- Esfenoides (la órbita está afectada: hendidura esfenoidal).
- Los ojos están afectados.

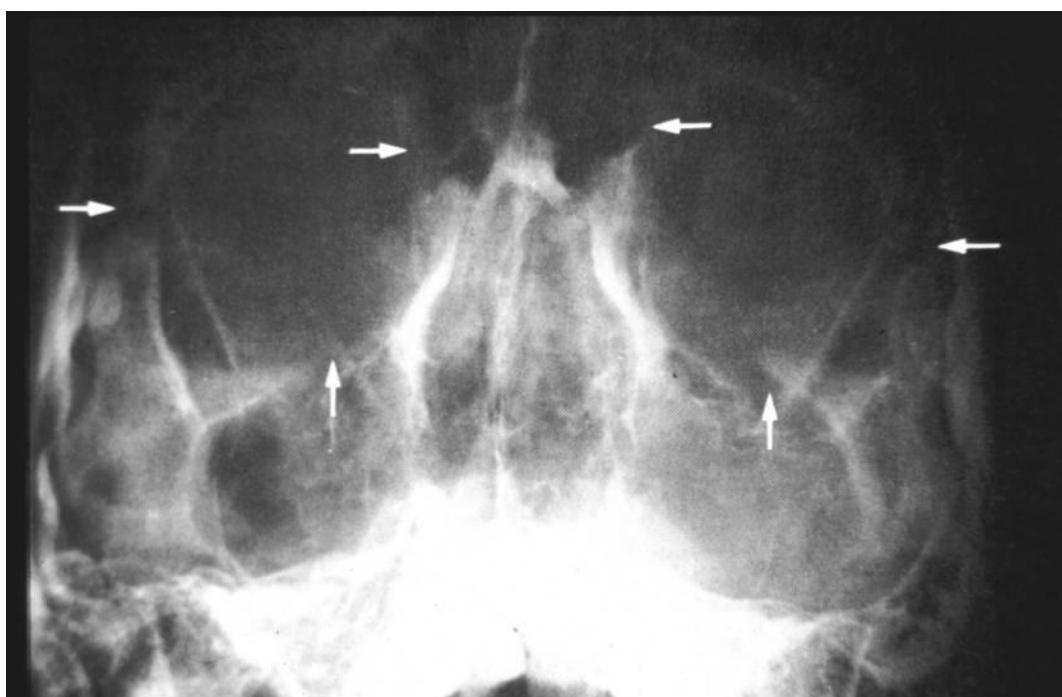


FRACTURAS DE LEFORT 1

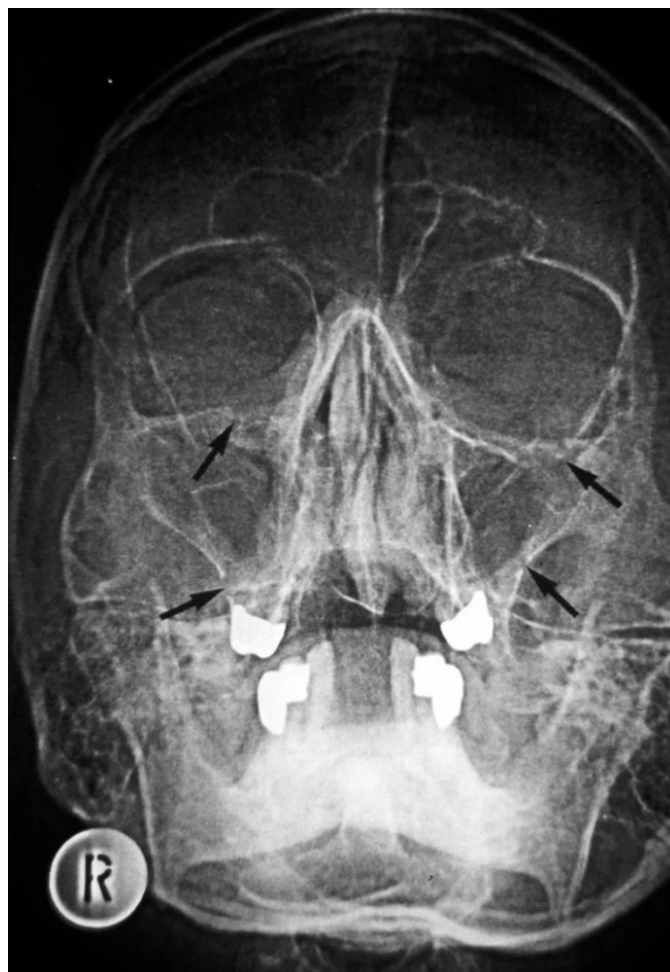
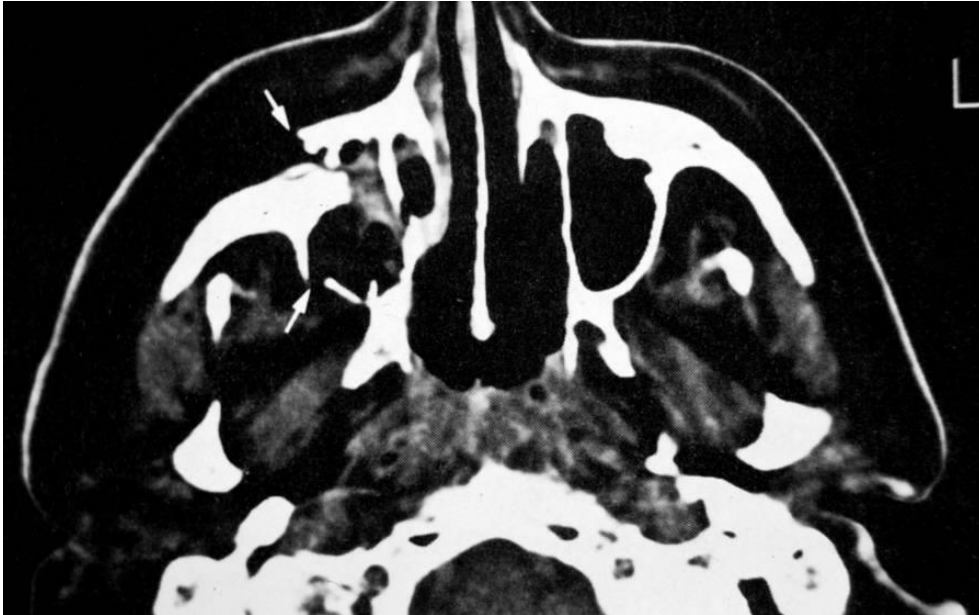




FRACTURAS DE LEFORT 2 Y 3

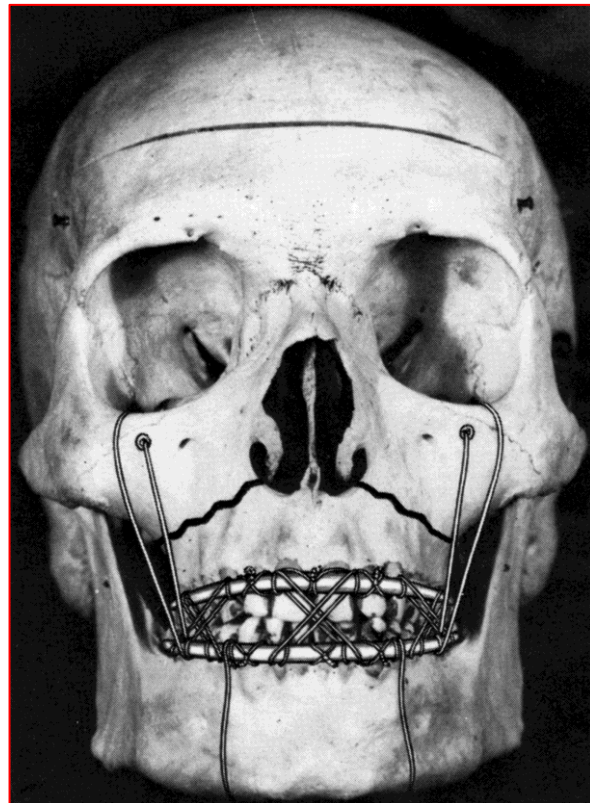
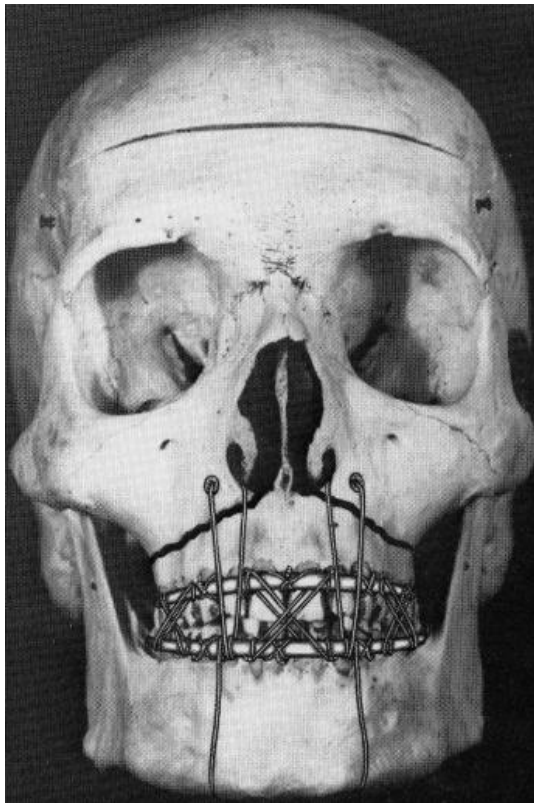


FRACTURA MAXILAR





TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS LEFORT 1

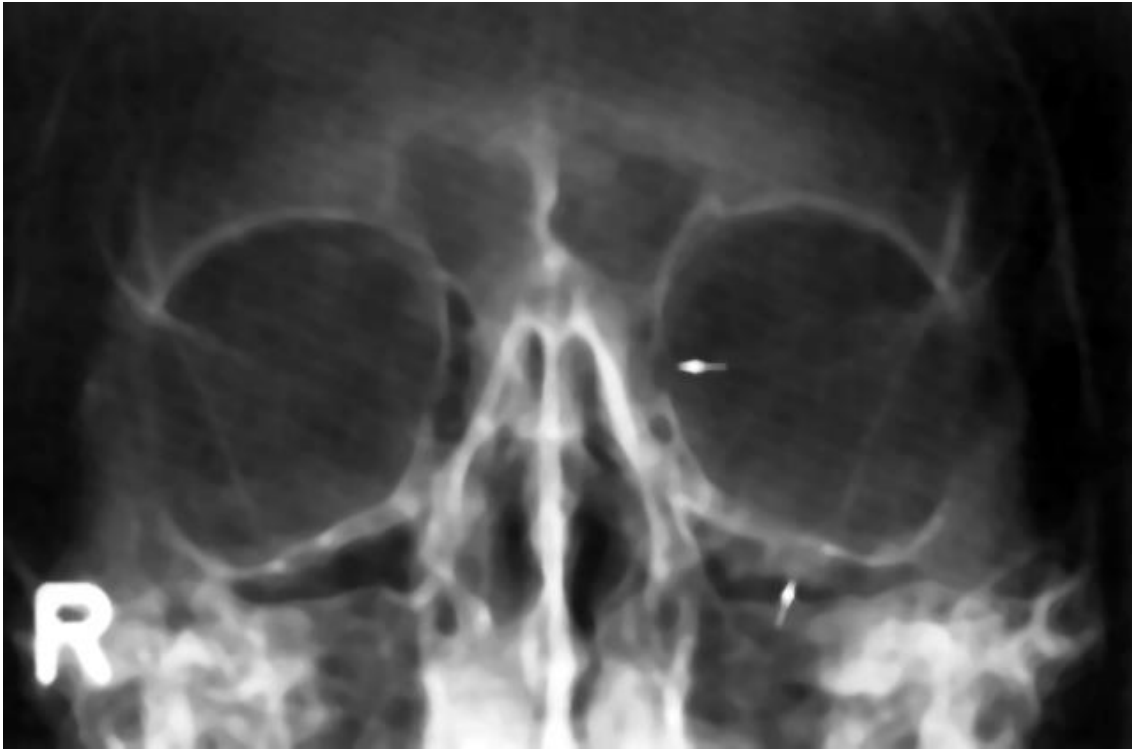




FRACTURA FRONTAL Y MAXILAR



FRACTURA PARED INTERNA Y SUELO ORBITA



FRACTURA RAMA ASCENDENTE MAXILAR



FRACTURA HUESOS PROPIOS Y RAMA ASCENDENTE MAXILAR



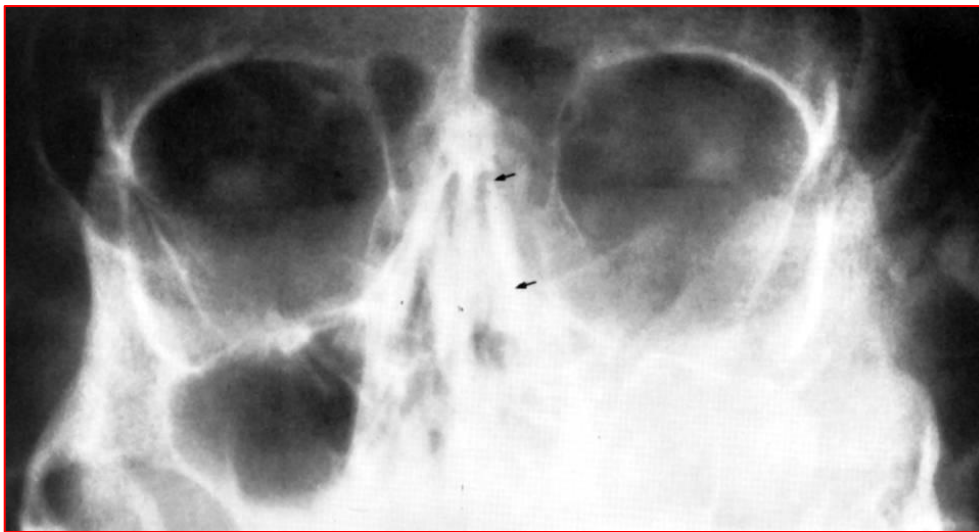
FRACTURA ETMOIDES



FRACTURA PARED EXTERNA Y SUELO ORBITA



FRACTURA MAXILAR Y MALAR



FRACTURA HUESOS PROPIOS



OSTEOSÍNTESIS MACIZO FACIAL



3.2.- PATOLOGÍA OSTEOPÁTICA DEL MAXILAR

IMPACTO ANTERIOR DEL MACIZO FACIAL

Es el mismo mecanismo que para las fracturas tipo LEFORT 1, 2 y 3.

1. ETIOLOGÍA:

- Caída frontal.
- Accidente de coche.
- Puñetazo...

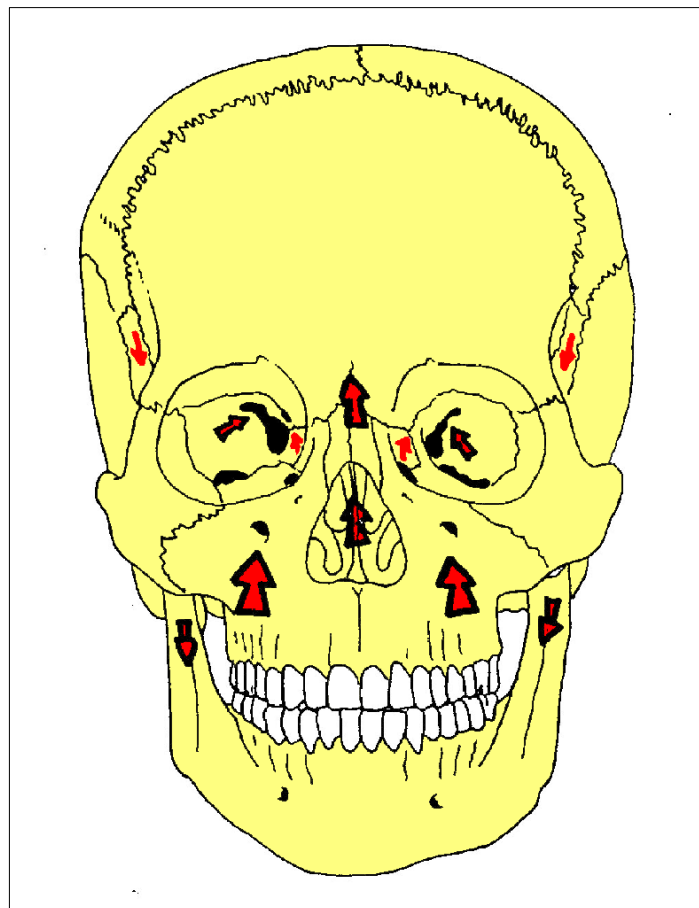
2. REPERCUSIONES:

a. MAXILARES SUPERIORES:

- extensión bilateral traumática.
- Problemas de oclusión.
- Esfeno-palatino-maxilar: rinitis (ganglio esfenopalatino).
- Senos maxilares: sinusitis maxilar.

b. ESFENOIDES:

- compresión de la SEB.
- Pterigoides: estado de flexión traumática, espasmos de los pterigoideos externos (cóndilo mandibulares anteriores, menisco).



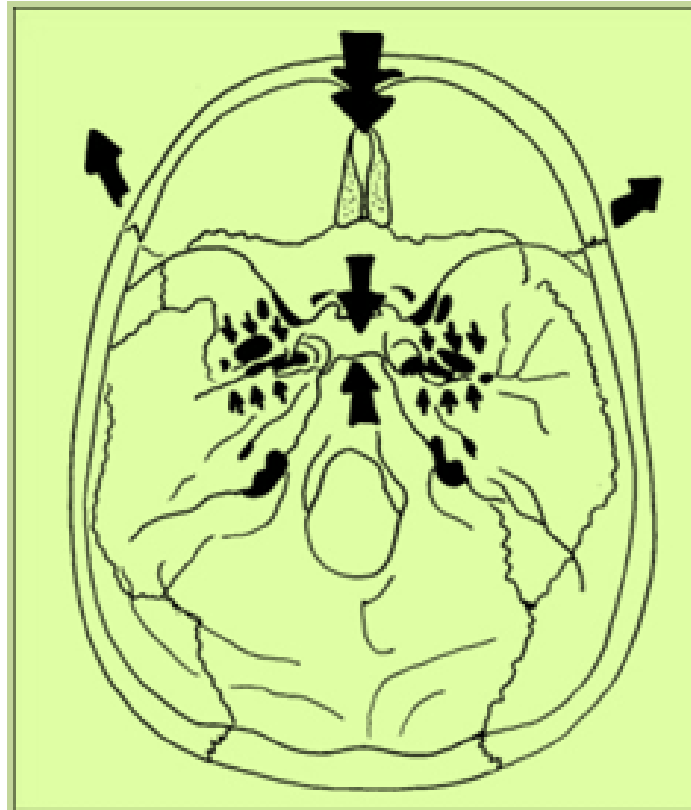
- Esfenopetrosa imbricada.
- Hendidura esfenoidal: nervios del ojo.
- Occipucio adaptativo: cervicalgias.

c. ETMOIDES / VÓMER:

- compresión traumática.
- Senos etmoidales: sinusitis, catarros.
- Lámina cribosa: bulbo olfativo (hiposmia).

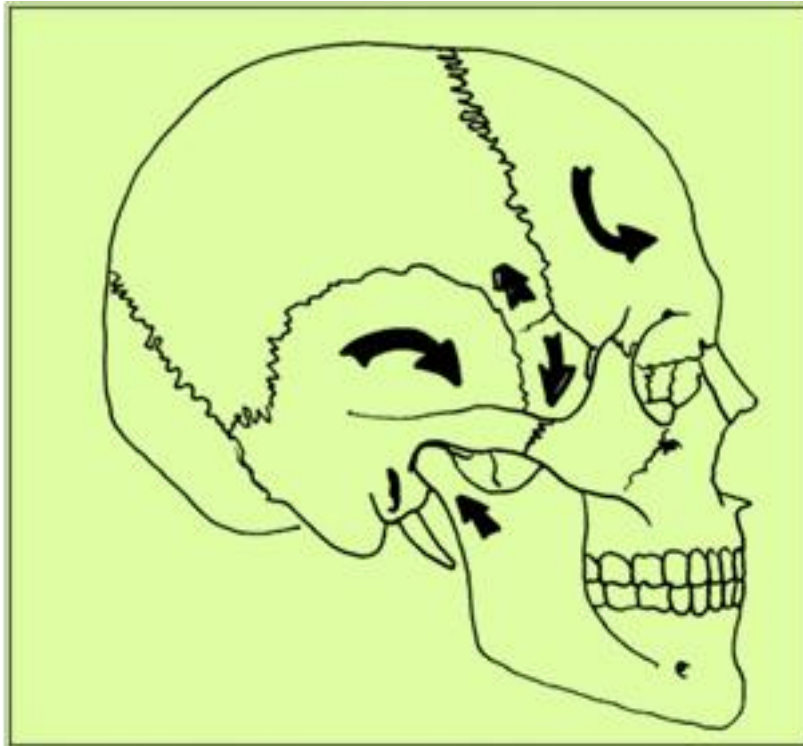
- Tabique nasal: desviación.
- d. **FRONTONASAL:**
 - sinusitis, catarros.
- e. **UNGUIS:**
 - problema de ojo (órbita).
- f. Whiplash cervical y sus consecuencias.

DISFUNCIONES OSTEOPÁTICAS POSIBLES DEL CRÁNEO POR UN IMPACTO ANTERIOR



SOBRE EL MACIZO FACIAL

- Compresión frontonasal.
- Compresión del etmoides.
- Cierre de las hendiduras esfenoidales.
- Compresión de la SEB.
- Cierre de los orificios anteriores de la base del cráneo.
- Extensión traumática bilateral.
- ATM anterior.



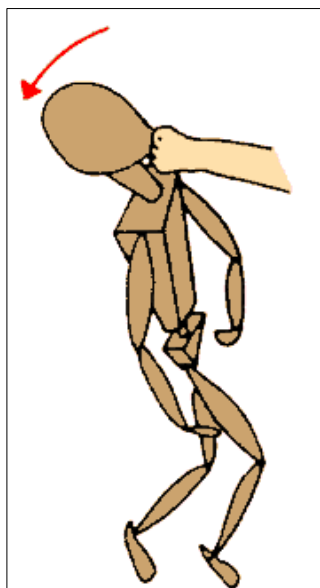
IMPACTO ANTEROLATERAL DEL MACIZO FACIAL

1. ETIOLOGÍA:

- Caída frontal.
- Accidente de coche.
- Puñetazo

2. REPERCUSIONES:

- **MAXILAR SUPERIOR:**
 - extensión traumática.
 - Problemas de oclusión



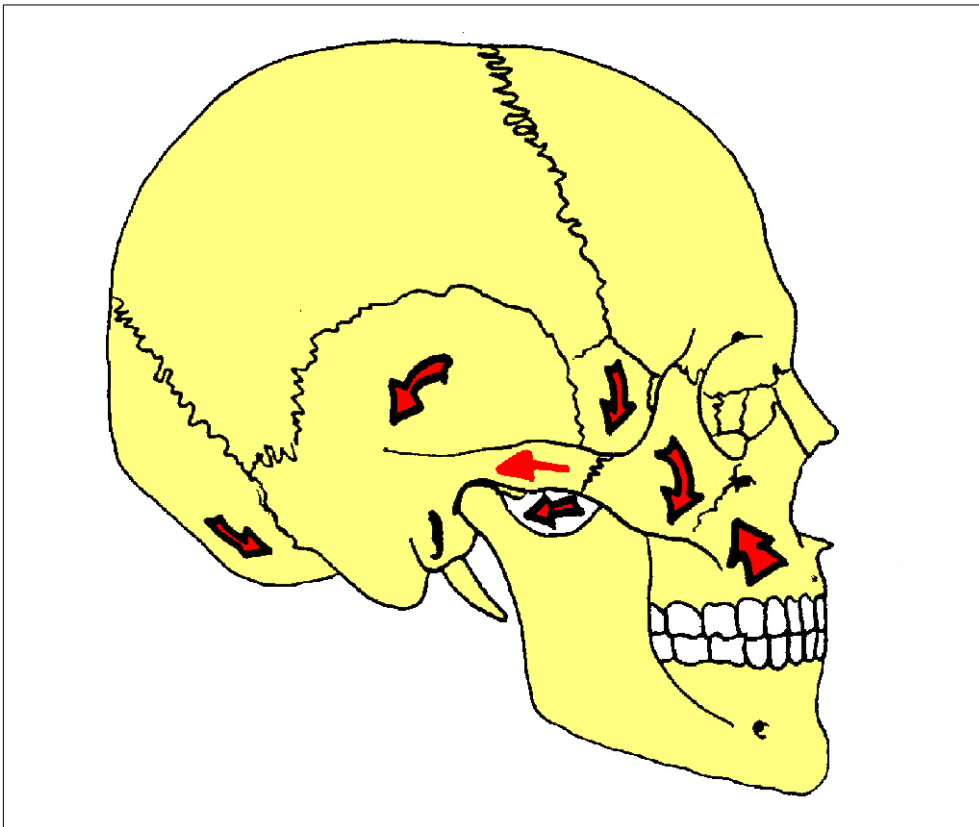


- **ESFENOMAXILAR:**
 - rinitis (ganglio esfenopalatino).
 - Seno maxilar: sinusitis.
 - V2: neuralgia del nervio maxilar superior.
 - Arteria maxilar interna: dolor facial vascular.
- **MALAR:**
 - eversión traumática.
 - Espasmo del masetero: ATM.
 - Seno maxilar: sinusitis maxilar.
 - Suelo de la órbita: ojo.
- **TEMPORAL:**
 - rotación interna por el empuje de la apófisis cigomática.
 - Cóndilo anterior de la mandíbula: SADAM.
 - Vértigos, zumbidos.
- **ESFENOIDES:**
 - torsión de la SEB.
 - Estado de flexión de la pterigoides: espasmo del pterigoideo externo (cóndilo anterior, menisco).
- **OCCIPUCIO:**
 - cervicalgias

DISFUNCIONES OSTEOPÁTICAS POSIBLES DEL CRÁNEO POR UN IMPACTO ANTEROLATERAL SOBRE EL MACIZO FACIAL

- Cóndilo occipital anterior unilateral.
- Extensión del temporal.
- Torsión de la SEB.
- Impactación cigomáticomalar.
- Cóndilo mandibular posterior.
- Extensión traumática del malar y del maxilar superior.

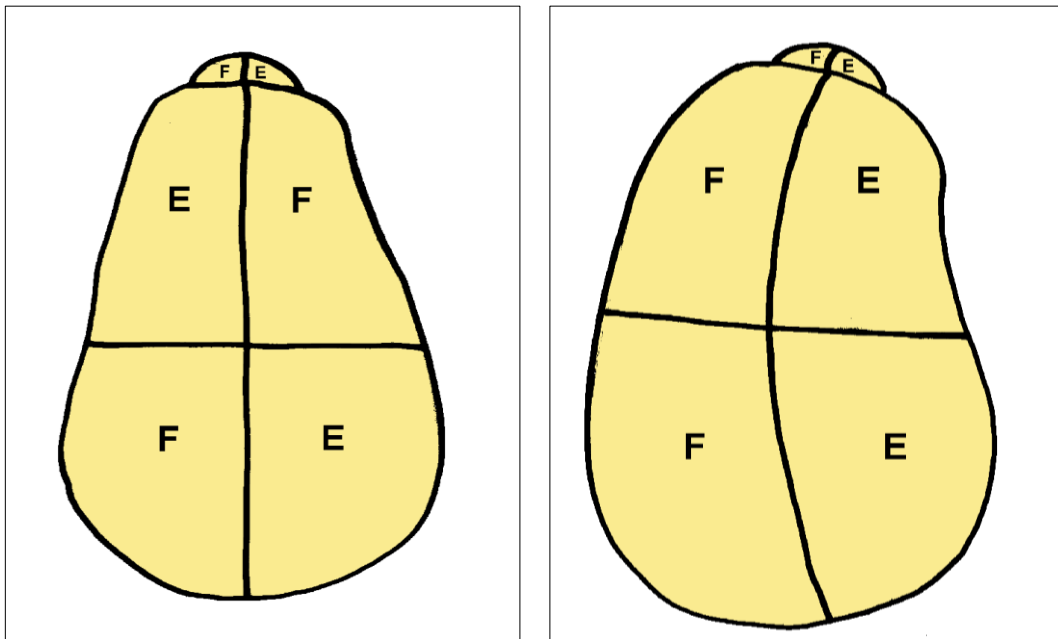
3.3.- DISFUNCIONES DEL MAXILAR



RELACIONES ANATÓMICAS DEL MAXILAR SUPERIOR

- El maxilar superior se articula con 10 huesos, por ello, cuando presenta una disfunción, va a repercutir sobre todos ellos de manera importante, de la misma forma que estará influido por las disfunciones de estos huesos.
 - Frontal.
 - Esfenoides.
 - Palatino.

- Malar
- Maxilar superior contralateral.
- Unguis.
- Etmoides.
- Vómer.
- Cornete inferior.
- Mandíbula a través de los dientes.

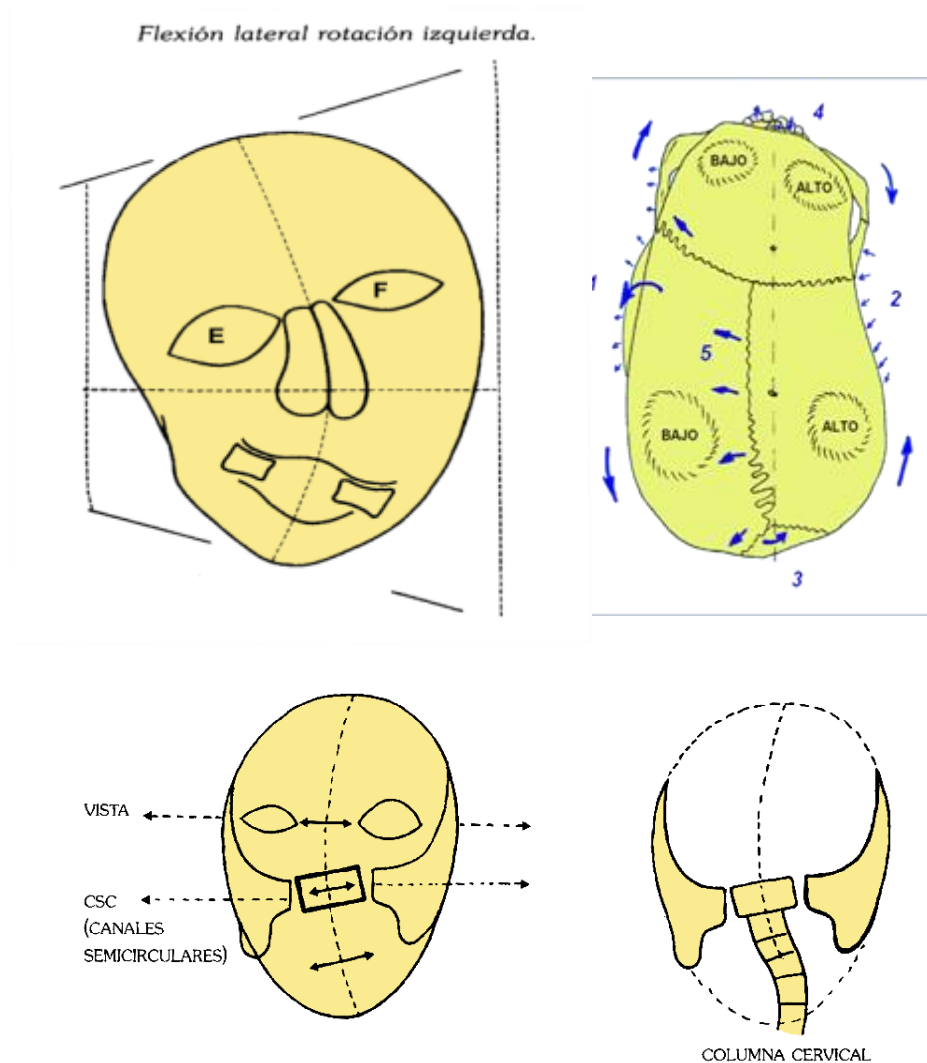


El maxilar puede estar en disfunción por 3 razones:

- Disfunción secundaria en flexión o extensión por torsión o ESCOLIOSIS CRANEAL.
- Disfunción secundaria en extensión por una disfunción de la ATM que provoca un espasmo del masetero que arrastra el maxilar en extensión.
- Disfunción primaria en extensión o en lateral strain esfenomaxilar por un traumatismo directo.

3.3.1. DISFUNCIONES SECUNDARIAS:

- Escoliosis craneal (SBR): maxilar en extensión en la concavidad, en flexión en la convexidad.
- Torsión adaptación en la cara de la torsión craneal.



TORSIÓN Y ESCOLIOSIS CRANEAL

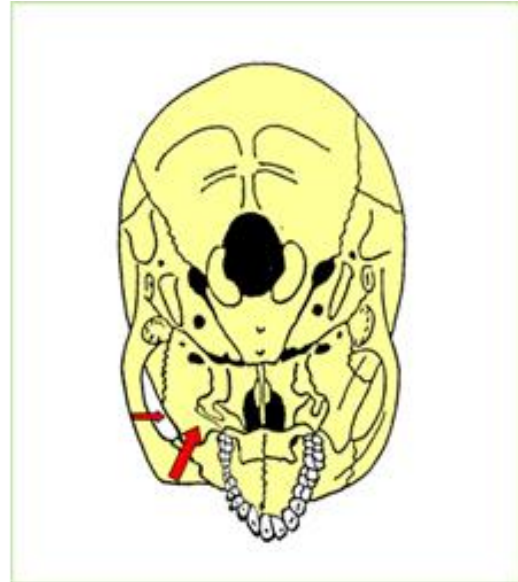
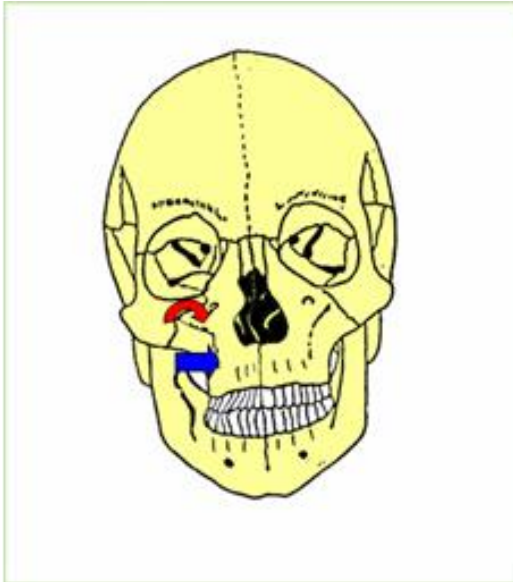
3.3.2.- DISFUNCIONES PRIMARIAS (TRAUMATICAS)

- Extensión traumática del maxilar.
- Lateral strain esfenomaxilar.
- Disfuncion pterigo-palatino-maxilar.
- El maxilar superior por traumatismo anterolateral se encastra INTERNO Y POSTERIOR: el paciente puede presentar un cierto grado de mordida cruzada.



A. DISFUNCIÓN TRAUMÁTICA EN EXTENSIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR. (ejemplo de mordida cruzada)

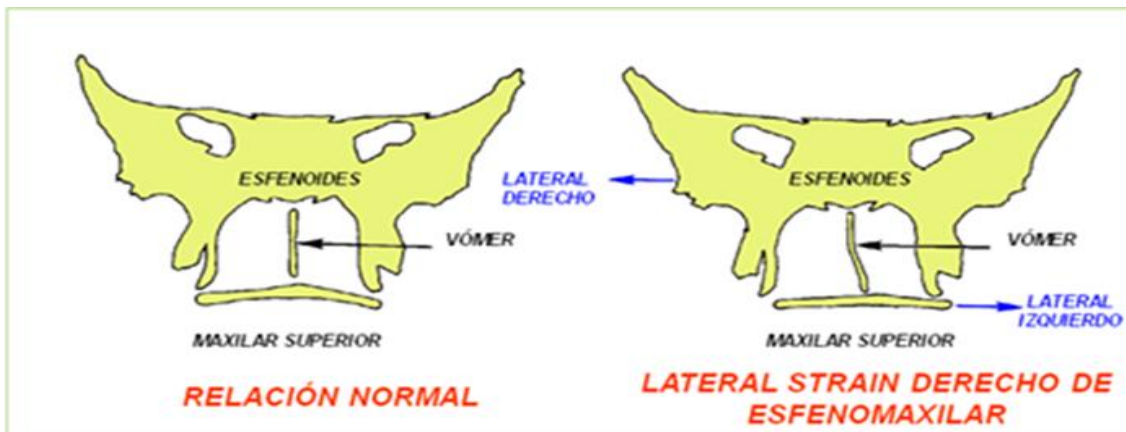
- La disfunción traumática en EXTENSIÓN del maxilar superior repercute sobre la ESFENOMAXILAR, por la apófisis pterigoides sobre el PTERIGOIDEO EXTERNO y el MENISCO.

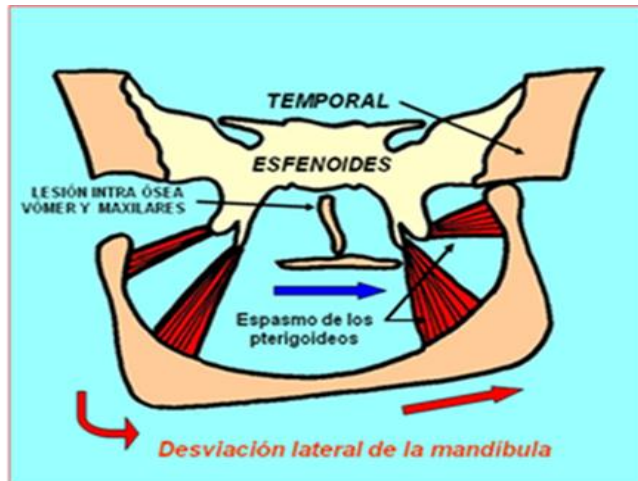


- La disfunción favorece la ANTERIORIZACIÓN DEL CÓNDILO MANDIBULAR, así como las INTERFERENCIAS OCLUSALES.
- Se asocia muy habitualmente a un LATERAL STRAIN ESFENOBASILAR

B. LATERAL STRAIN ESFENOMAXILAR.

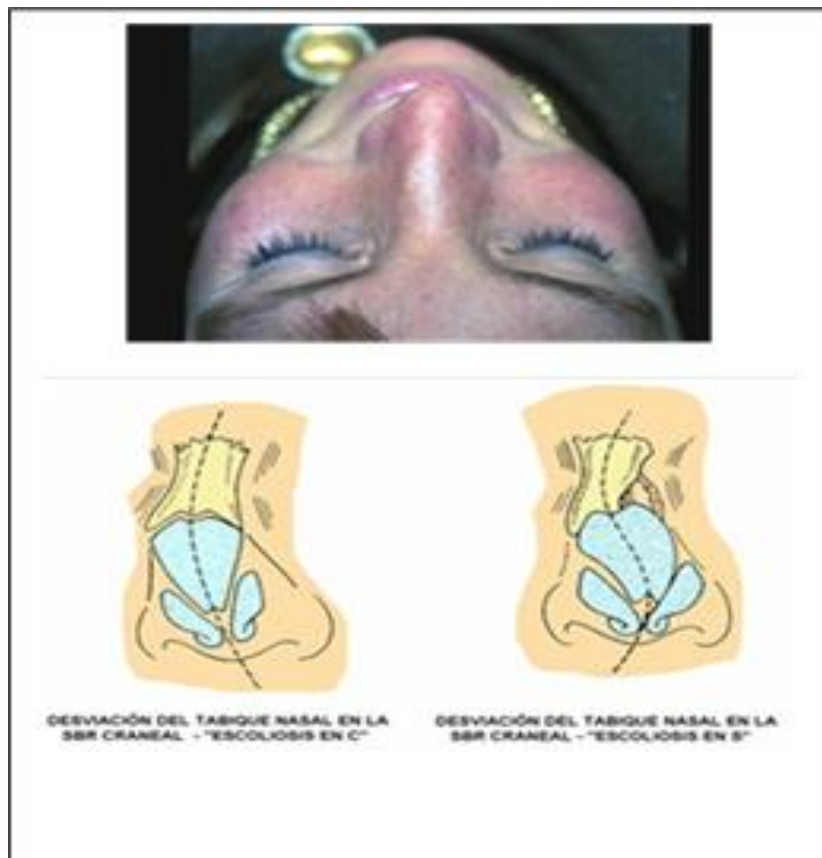
- La disfuncion de lateral strain esfenomaxilar acompaña las disfunciones de extension traumatica de los maxilares superiores.
- Provoca un verticas strain intra-oseo del vómer.
- El lateral strain esfenomaxilar se asocia o provoca una disfunción de la ATM.





- El lateral strain esfenomaxilar se nombra del lado hacia donde se queda desplazado el esfenoides.

Desviación del tabique nasal y lateral strain esfenomaxilar (desviación en S, la punta de la nariz indica la dirección del lateral strain)

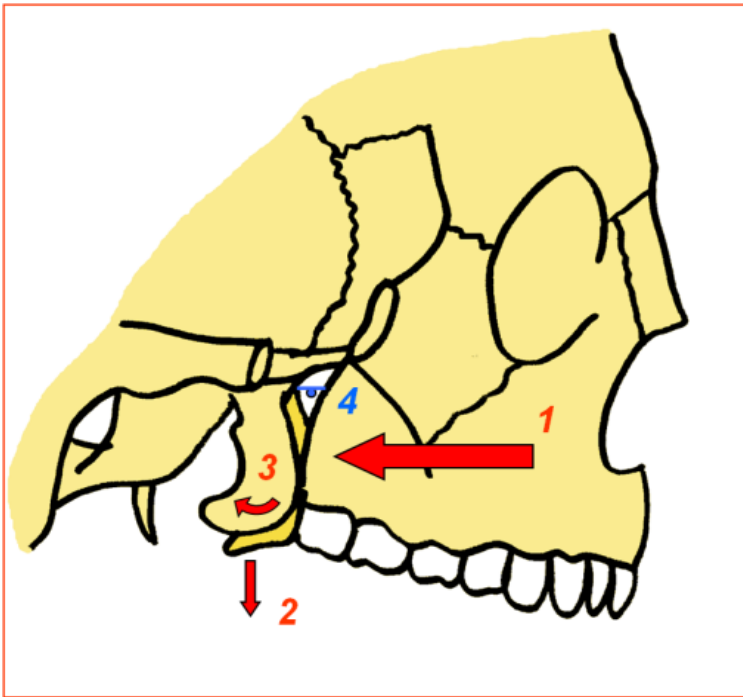


Disfunciones esfenomaxilares y desviación del tabique nasal.(desviación del tabique nasal testigo del lateral strain esfenomaxilar o de la escoliosis craneal)



C. DISFUNCION PTERIGOPALATINOMAXILAR.

- El traumatismo ANTEROPOSTERIOR UNILATERAL hace retroceder el maxilar superior que posterioriza la apófisis pterigoides del esfenoides, bloque el palatino en flexión (posición baja) y cierra la fosa pterigomaxilar: puede haber irritación del ganglio esfenopalatino.



1. Extensión traumática del maxilar superior.
2. flexión del palatino.
3. Torsión posterior de la apófisis pterigoides.
4. Estenosis de la fosa pterigomaxilar e irritación del ganglio esfenopalatino. palatino.

D. LESIONES DE CRECIMIENTO:

- Prognacia maxilar (Clase 2)
- Retrognacia maxilar (Clase 3)
- Las lesiones intraóseas entre pre y posmaxilar se asocian a la escoliosis craneal y a las clases de Angle de maloclusión dental.

A. El premaxilar incluye:

- El perímetro del orificio nasal.
- La parte anterior de la apófisis palatina.
- La cresta incisiva, incisivos y caninos.

B. El postmaxilar incluye:

- La parte posterior de la apófisis palatina.
- El proceso orbitario, los molares y premolares.

Estas dos partes no se osifican hasta los 12 años.

Es el crecimiento del maxilar que implicara el crecimiento en altura de la cara.

- Las lesiones del pre y postmaxilar están involucradas en los defectos de crecimiento óseo del macizo facial (Clases 2 y 3).
- Deben ser tratadas junto con las lesiones intra-óseas del pre y postesfenoides para estimular y regularizar el crecimiento del macizo facial.



CONSECUENCIAS DE LAS DISFUNCIONES DEL MAXILAR SUPERIOR

En las disfunciones maxilares, las suturas involucradas son las suturas maxilo-frontal, maxilo-etmoidal, intermaxilar, maxilo-palatinas superior e inferior y maxilo-malar.

- **DISFUNCIÓN EN FLEXIÓN:**

- Fosa nasal y órbita más grandes.
- Paladar duro ancho y bajo (separado por la tracción de las apófisis pterigoides).
- Dientes separados, problemas de oclusión dental (prognasia maxilar).

- **DISFUNCIÓN EN EXTENSIÓN:**

- Fosa nasal estrecha (sinusitis, rinitis).
- Órbita más estrecha (drenaje venoso del ojo afectado).
- Paladar duro estrecho y alto (en forma de bóveda).
- Dientes juntos, problemas de oclusión dental (retrognasia maxilar).

- **DISFUNCIONES EN TORSIÓN Y LATERAL STRAIN ESFENOMAXILAR:**

- Estas disfunciones acompañan a las disfunciones en flexión-extensión de los maxilares superiores: provocan un vertical strain intra-óseo del vómer y trastornos posibles de la oclusión dental.

NOTA : una disfunción en SBR de la esfenobasilar se manifiesta por dientes desalineados.