

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. XIX

NUM. 222 (6)

1965

Secretaría de Marina. Buenos Aires

CLINICA QUIRURGICA DE URGENCIA

EL TRAUMATIZADO MAXILO-FACIAL (*)

por el Capitán de Navío, Odontólogo

DR. CARLOS ALBERTO F. GONZÁLEZ

Agradeciéndole al Dr. Sáenz de Pipaón

I

INTRODUCCION

Procuran estas palabras servir de estímulo para que los que ejerciendo la odontología general vean la importancia que posee un diagnóstico clínico-quirúrgico adecuado previo a cualquier tratamiento de urgencia en los accidentados maxilo-faciales.

En efecto, quienes se han ocupado y se ocupan del tema hacen principal hincapié en el aspecto terapéutico de la cuestión, dejando un poco de lado el diagnóstico previo, tal vez a causa de la urgencia de estos casos.

Por eso hemos creído de interés hacer un breve resumen de tales aspectos diagnósticos, ya que por razones de tiempo no

(*) Trabajo presentado en la Primera Reunión de Cirujanos Orales de la Sociedad Argentina de Cirugía Oral, de la Asociación Odontológica Argentina. Buenos Aires.

haremos referencia a sus tratamientos, por lo menos en esta oportunidad.

Ante el probable caso de que un odontólogo tuviera que prestar atención de urgencia a un traumatizado maxilo-facial, rrectamente, renundarán en beneficio del enfermo, evitándole deberá tener presente una serie de premisas que, aplicadas codesfiguraciones y perturbaciones funcionales posteriores.

Como decía Squirru: "Cuando se está frente a uno de estos enfermos es menester que se tenga ya un criterio exacto de lo que se va a hacer, porque una determinación errónea en este primer momento puede ser fatal para el herido."

El profesor Bergara sostenía, ante nuestro temor de actuar: "que es muy difícil matar a una persona si se tiene noción de lo que se debe hacer y si se lo hace sin dilación, ya que la inoperancia es tan peligrosa para el herido como las maniobras operatorias intempestivas".

La asistencia de los traumatizados maxilo-faciales se hace generalmente en tres escalones o etapas:

Primer escalón: en el sitio del accidente.

Segundo escalón: en el hospital, y

Tercer escalón: en el servicio especializado.

Nos referiremos solamente al primer escalón o asistencia del traumatizado en el sitio del accidente.

En este escalón el profesional sujetará sus procedimientos:

1.º *A la situación especial del traumatizado;*

2.º *A los elementos de que disponga en ese momento, y*

3.º *A la situación y condiciones del lugar.*

En primer lugar, *la situación especial del traumatizado* dependerá de la clase del accidente sufrido, que deberá ser diagnosticado en el sitio lo más exactamente posible.

Segundo, *los elementos de que disponga el odontólogo* en el momento del accidente, los que, generalmente, deberán ser improvisados; teniendo presente que, como acabamos de decir, nos referimos solamente al primer escalón o atención en el sitio del accidente.

En tercer lugar, *la situación y condiciones del sitio* comprenden: la posibilidad o no de la colaboración médica y la existencia de centros hospitalarios cercanos.

Tomaremos como ejemplo el caso de un traumatizado sin la colaboración médica inmediata en un lugar alejado de cualquier centro urbano.

ESQUEMA DEL TRABAJO

En el siguiente cuadro esquematizamos el desarrollo de esta exposición:

ASISTENCIA DEL TRAUMATIZADO EN EL PRIMER ESCALON	A) DIAGNOSTICO INMEDIATO DE LOS TRAUMATISMOS DE LA VIDA CIVIL.	I) DIAGNOSTICO ETIOLOGICO.	a) Accidentes de carretera. b) Industriales. c) Deportivos. d) Mordeduras. e) Caídas. f) Coces de caballos. g) Heridas de arma blanca. h) De arma de fuego. i) Catástrofes. - Accid. ferroviarios. - Accid. de aviación. - Terremotos. - en el mar.
		II) DIAGNOSTICO DE SINDROME.	a) Síndrome asfístico. b) Hemorrágico. c) De shock.
		III) DIAGNOSTICO DE LESION.	a) Diagnóstico de deformidad. b) De heridas.
		IV) DIAGNOSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL.	
		B) TRATAMIENTO INMEDIATO	a) Tratamiento de la asfixia. b) De la hemorragia. c) Del shock. d) Local inmediato.
	C) TRANSPORTE		a) Terrestre. b) Aéreo. c) Marítimo.

Clásicamente se dividen los traumatismos maxilo-faciales en: traumatismos de la *vida civil* y traumatismos de *guerra*.

Nos ocuparemos de los primeros.

DIAGNOSTICO INMEDIATO DE LOS TRAUMATISMOS DE LA VIDA CIVIL

Dentro de los traumatismos de la vida civil debemos hacer su diagnóstico etiológico, sindromático, de lesión y de capacidad funcional.

I) *Diagnóstico etiológico*

Entre los factores etiológicos de los traumatismos veremos:

a) *Accidentes de carretera.*

Estos accidentes son cada día más frecuentes. Se caracterizan por la circunstancia de que los heridos suelen ser varios y porque las lesiones maxilo-faciales se acompañan, casi siempre, de otras diferentes partes del organismo las que a veces revisiten mayor gravedad por sus complicaciones inmediatas.

Lo expresado obliga a una rápida discriminación de la prioridad de asistencia entre los heridos, y hecha la misma, cual de *las lesiones*, requiere atención más urgente.

Un caso ilustrativo en el que nos vimos precisados a actuar fue la colisión de un camión de transporte de caballos de carrera y un automóvil en el que viajaban cinco personas. El estado en que quedó este último vehículo atrajo la atención sobre sus ocupantes.

Al retirarlos se constató que uno de ellos se hallaba agonizante, otro presentaba fracturas en ambas piernas y en la mandíbula; el tercero, a cargo del volante, con lesiones del tórax y rodillas, y por último, los otros dos, aparentemente ilesos.

La prioridad de la atención se hizo en base: Primero, imposibilidad de tratar al agonizante por falta de medios; segundo, atención al conductor, que presentaba disnea (probable lesión torácica) y dolor lumbar cuando comenzó a moverse; tercero, al que presentaba probables fracturas de miembros inferiores y mandíbula.

La prioridad del traslado, condicionada por la falta de medios adecuados en ese momento, se hizo dando preferencia al conductor, mientras que al otro herido, cuya respiración no parecía estar en peligro, y el agonizante, que entre tanto había muerto, fueron trasladados posteriormente.

b) *Accidentes industriales.*

Los accidentes industriales son también muy frecuentes y se caracterizan porque generalmente afectan a un solo operario y se dispone en el sitio de los medios adecuados para su asistencia.

La gravedad de las lesiones dento-maxilares es muy variable.

Ya publicamos el caso de una operaria que fuera golpeada por un balancín en la región mandibular, lo que le produjo la pérdida del conocimiento, que puede ir desde una simple lipotimia, como en nuestro caso, hasta un verdadero estado de shock traumático.

c) *Accidentes deportivos.*

Entre los accidentes deportivos tenemos toda la gama de lesiones conocidas, y en lo que a nosotros respecta es muy común que nos encontremos con casos de fractura de la maxila y de la mandíbula.

La atención inmediata de alguna de estas fracturas, que pueden ser reducidas en el mismo sitio del accidente, bovia inconvenientes posteriores, como en el caso siguiente, que también tuvimos oportunidad de tratar.

El paciente, jugando al "rugby", sufrió fracturas del molar, del cóndilo y del apófisis coronoides. La atención de urgencia en el sitio del accidente no fue satisfactoria en cuanto a las fracturas se refiere. Recién cuando el traumatizado estaba en su domicilio fuimos llamados a consulta. Presentaba edema facial que enmascaraba los síntomas característicos de estas lesiones, manifestándose, sin embargo, los de impotencia funcional que únicamente permitían sospechar la existencia de aquéllos. Por lo tanto debió esperarse durante cuatro días a la reabsorción del edema postraumático y planear su tratamiento (figuras 1 y 2).

d) *Mordeduras.*

Las mordeduras, sean éstas producidas por animales (perros, gatos, caballos) o por seres humanos, conforman un tipo especial de lesiones cuya gravedad varía desde las heridas contusas, producidas por las mordeduras de caballos, pasando por las heridas y desgarros más o menos graves y las verdaderas mutilaciones que pueden ocasionar la de los perros y aun las mordeduras humanas.

Las caídas producen lesiones cuya gravedad depende de la violencia del traumatismo. Tales lesiones pueden ir desde el simple desgarró de los tejidos blandos, o acompañarse de fracturas y de lesiones internas concomitantes.

Salvo el caso de animales hidrófobos, el peligro de que esta clase de lesiones se infecte se reduce casi exclusivamente a las mordeduras humanas, dada la virulencia de la flora habitual de la boca.

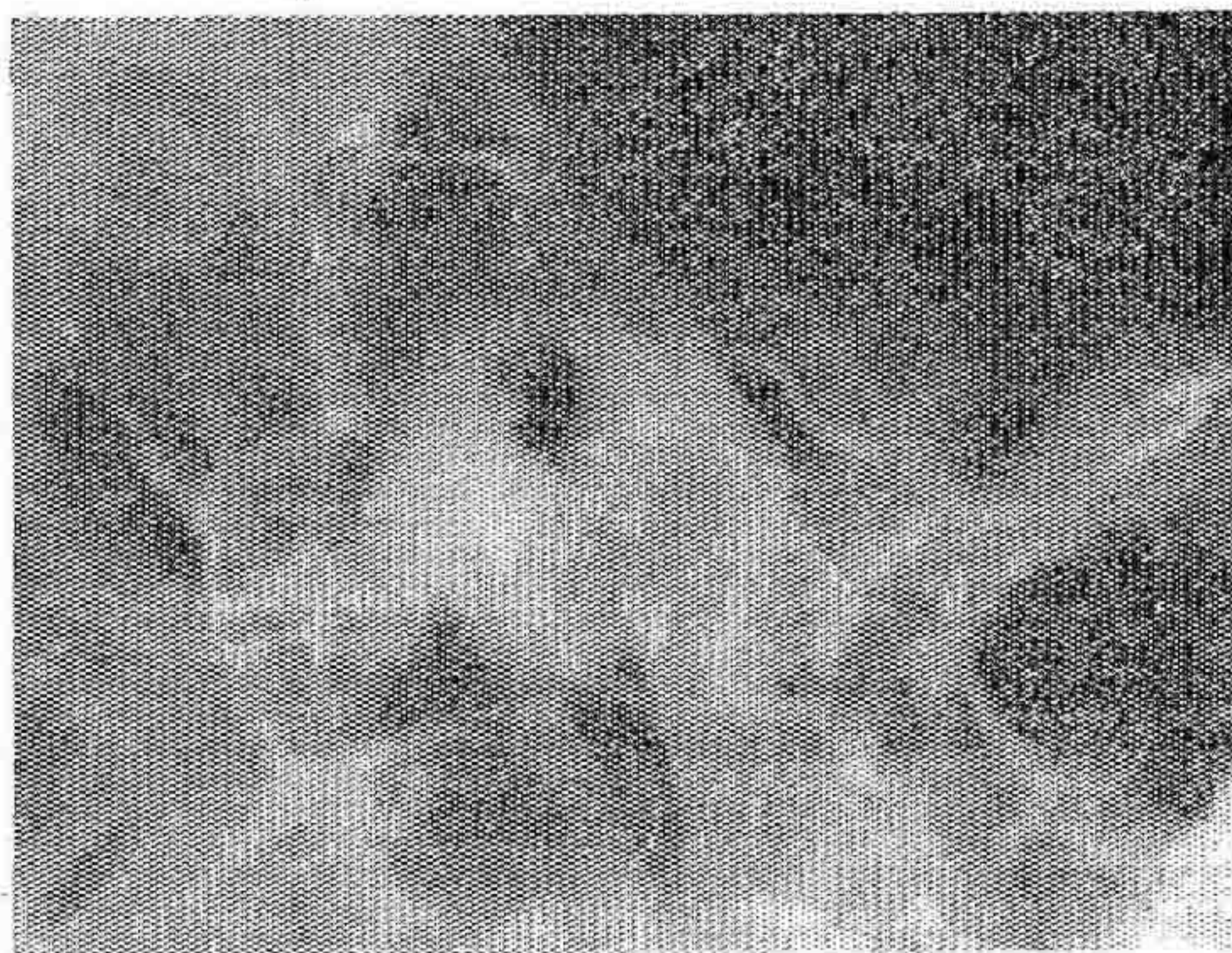


Fig. 1.—Fractura del cóndilo y apófisis coronoides.



Fig. 2.—El mismo caso de la figura anterior, que obligó a una espera en tanto se resolvía el edema post-traumático.

e) *Caídas.*

Si consideramos el hecho incontrovertible de que la cara “tema de nuestro trabajo” se halla unida al maciso craneal, es evidente que los traumas que la afecten pueden producir una

conmoción cerebral semejante a la que ocasionan los traumatismos craneales; debemos tener siempre presente, por lo tanto, que estos traumatismos pueden conducir a una lesión de naturaleza tan severa que comprometa la vida del sujeto.

f) *Coces de caballos.*

Las coces de caballos, cuando afectan al maciso maxilo-facial, tienen efectos parecidos a lo de las caídas. Es frecuente encontrar en estos casos: tumefacción facial, equímosis múltiples, fracturas de la mandíbula o maxila, heridas y pérdidas de piezas dentarias, acompañadas a veces de estados conmocionales más o menos graves, cuyas complicaciones son: hemorragia, edema cerebral con sus consecuencias mediatas o inmediatas.

g) *Heridas de arma blanca.*

La gravedad de las heridas punzantes en la región maxilo-facial depende de los órganos interesados. Si no interesan di-

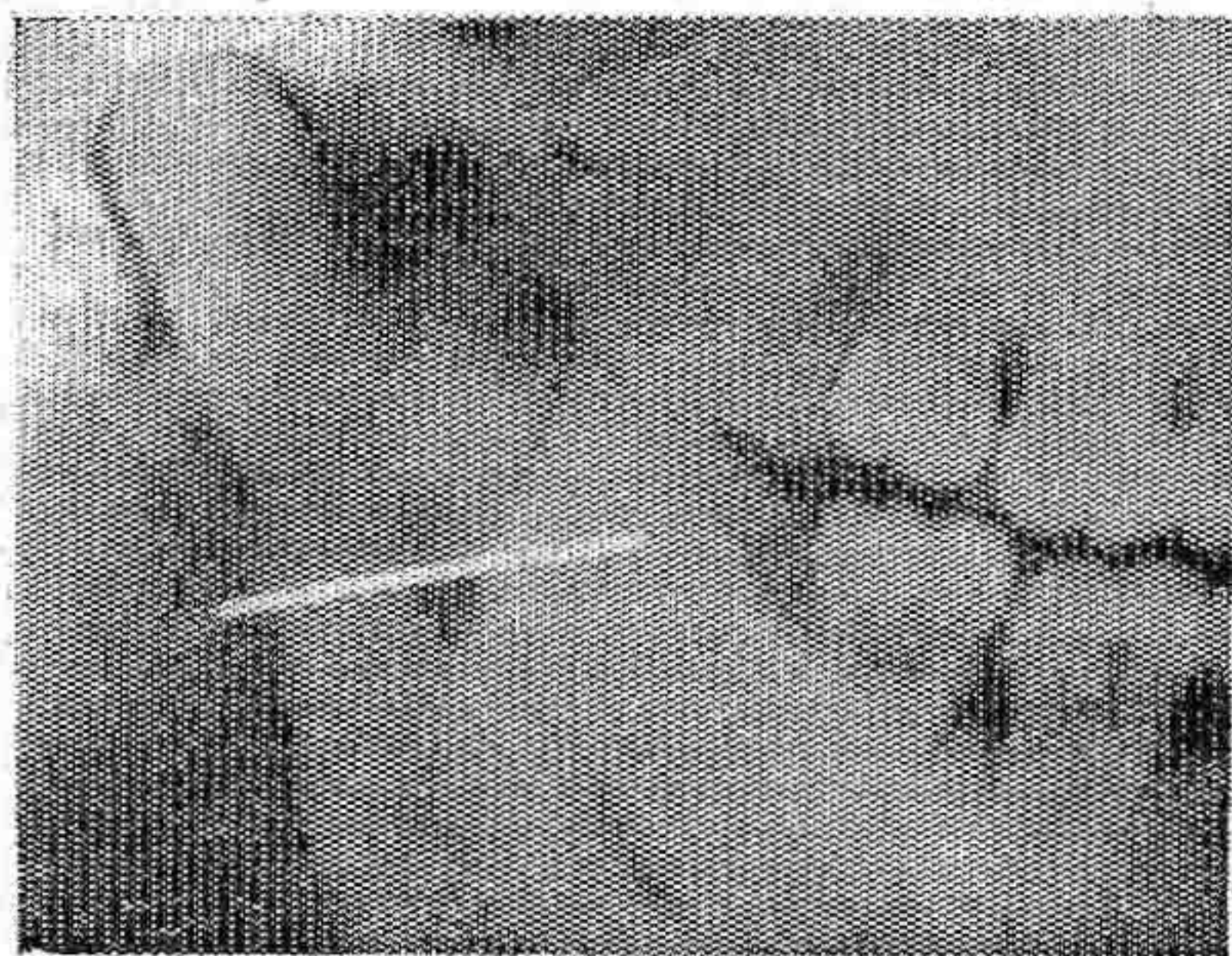


Fig. 3.—Aguja fracturada en el seno de los tejidos blandos durante una inyección en la espina de Spix.

rectamente un vaso voluminoso sangran poco, son muy benignas y sólo crean indicaciones especiales cuando la punta del instrumento vulnerante se ha roto y ha quedado en la herida (figura 3).

En las heridas por instrumentos cortantes (cuchillos, sables, latas, vidrios), la piel puede ser incompletamente seccionada. Cuando la sección es completa, la separación de los labios de la herida se hace presente y es tanto más acusada cuando más larga es la misma.

Entre las heridas cortantes o incisivas no dejemos de mencionar, de un modo especial, las que se producen en los labios por la forma que adoptan al separarse los bordes de la misma

y la hemorragia profusa que puede presentarse si ha sido interesada una arteria coronaria.

h) *Heridas de arma de fuego.*

También pueden incluirse entre los traumatismos de la vida civil las heridas de armas de fuego, como ocurre en los accidentes de caza o disputas callejeras, por ejemplo.

Las heridas de bala dan como resultado desorganización de los tejidos y daños extensos. Tales lesiones suelen asociarse con fracturas conminutas de los huesos faciales.

Como bien dice Kazanjian: "La extensión de la lesión de los tejidos variará según la velocidad, forma y ángulo de entrada del proyectil, también de acuerdo con la dispersión de los fragmentos óseos que actúan como proyectiles secundarios. Los proyectiles con bordes agudos irregulares entran girando rápidamente en los tejidos, dejando un amplio trayecto desvitalizado y una extensa herida de salida."

"La pérdida real de tejido no es muy grande por lo general. El tamaño aparentemente exagerado de la herida es debido en realidad a otros factores que influyen: la retracción de los bordes de la misma, causada por la contracción de los músculos seccionados, la elasticidad de la piel vecina, la reacción inflamatoria local y el edema, el peso de los colgajos de los tejidos desprendidos y el peso de los fragmentos fracturados del hueso. Debe notarse sin embargo que las heridas faciales, con o sin pérdida inicial de partes blandas o de hueso, pueden eventualmente sufrir una pérdida considerable de tejido por infección o por osteomielitis localizada."

En las heridas de arma de fuego, puede ocurrir que los restos del proyectil queden incluidos en el seno de los tejidos como ocurrió en algunos de los casos que tuvimos oportunidad de intervenir. (Figs. 4 y 5)

i) *Catástrofes.*

Con respecto a las catástrofes como los accidentes ferroviarios, de aviación, terremotos y colisiones en el mar, recordemos que hace un año, en octubre de 1963, se realizó en la Academia Nacional de Medicina un Simposio de "Conducta médica en casos de catástrofe". A los trabajos que se presentaron, posteriormente publicados, remito a quienes se interesen.

Limitémonos a mencionar que al margen de las lesiones de todo tipo que pueden producir estas catástrofes, la primera gran causa de accidentes es la enorme reacción emocional colectiva" que se apodera de las personas en momentos tan críticos como esos. Esto crea situaciones de desesperación en las



Fig. 4.—Restos de proyectil, de arma de fuego, incluidos en los tejidos para y mandibulares (de la casuística de los autores).

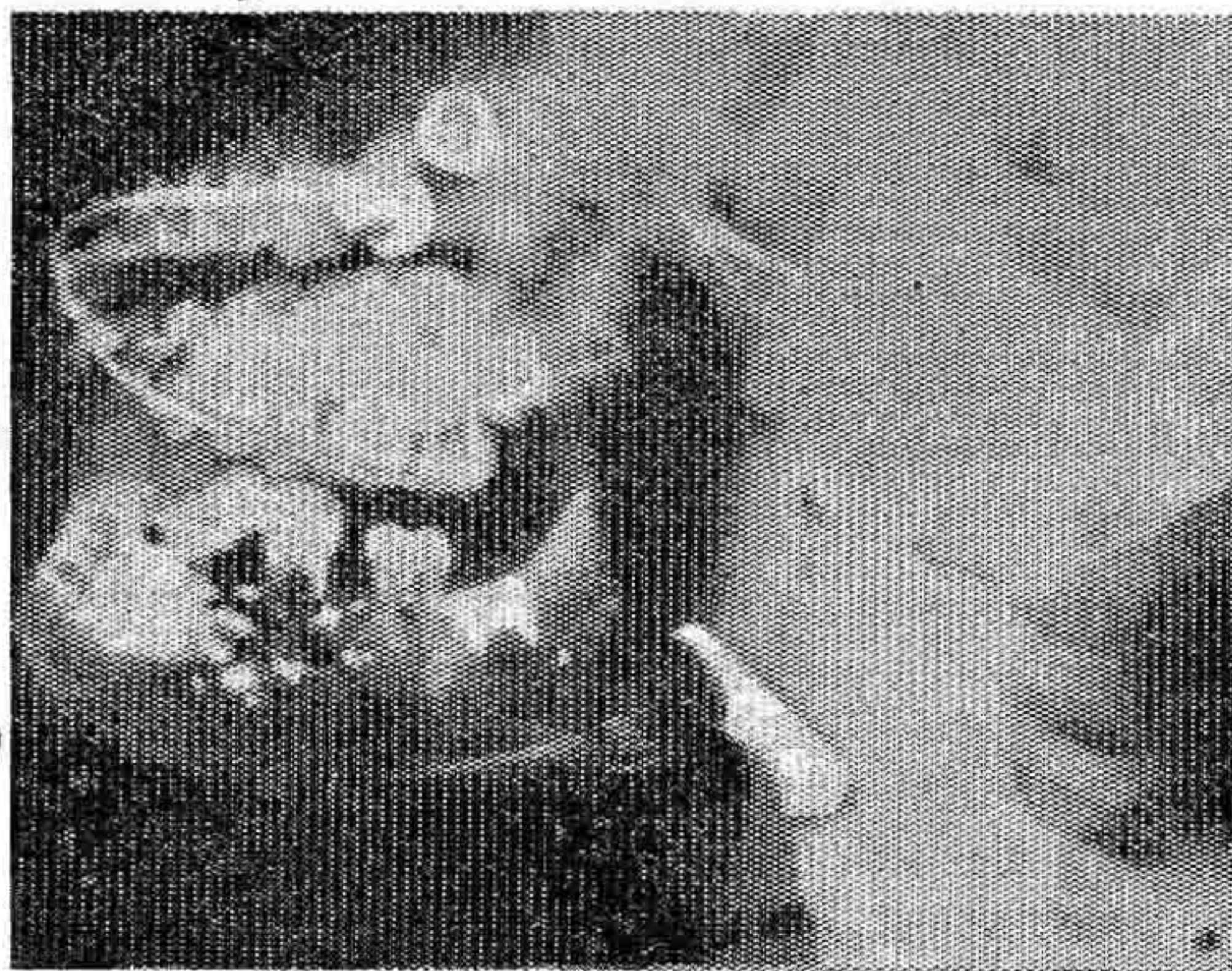


Fig. 5.—Herida por arma de fuego con inclusión de los restos del proyectil en el cuerpo mandibular (de la casuística de los autores).

que pueden perder su control hasta los más serenos. Se citan casos de quienes, en accidentes marítimos por ejemplo, se han arrojado directamente al mar, pereciendo. El exceso de ten-

sión nerviosa puede provocar síncope cardíaco ante un momento de emergencia. Sumemos a eso las heridas, fracturas y quemaduras que imposibilitan al herido hacer abandono del lugar, complicando el cuadro y quedando muchas veces a merced de los elementos.

II) *Diagnóstico de síndrome*

Como Vds. habrán podido apreciar, hemos pasado revista, someramente, junto con los factores etiológicos que con mayor frecuencia son causa de traumatismos maxilo-faciales, a las implicaciones que este diagnóstico tiene sobre las prioridades de atención y posterior traslado del herido.

Si recordamos lo que decíamos al hablar de los accidentes de carretera, en el caso descrito en que el traslado de uno de los heridos fue postergado en razón de no hallarse, aparentemente, su respiración en peligro, corresponde aclarar ahora el por qué de esta decisión.

En efecto, el diagnóstico de síndrome (conjunto de signos y síntomas que, siguiendo una misma evolución, obedecen a distintas causas) y el cual corresponde hacer inmediatamente, hizo evidente la no existencia en dicho herido de los síntomas que caracterizan a los tres principales síndromes que pueden acompañar a los traumatismos maxilo-faciales y a los que pasaremos revista a continuación.

a) *Síndrome asfíctico.*

Lo caracterizan: retracción del hueso supraesternal de las fosas supracalviculares, de los espacios intercostales y del epigastrio. Hay inquietud, hambre de aire y cianosis.

b) *Síndrome hemorrágico.*

La hemorragia es una complicación que exige perentoriamente la intervención inmediata y eficaz. Ya la disposición y el trayecto de la herida harán sospechar cuales son los vasos importantes lesionados. De ser así y más, cuando la sangre surge con violencia, sobre todo pulsando con color rojo rutilante, no habrá duda de que la herida ha interesado a una arteria mayor.

Las hemorragias pueden llevar a la muerte inmediata, en los casos de división de un grueso tronco arterial, en una herida abierta.

El diagnóstico de las heridas arteriales puede ofrecer dificultades en cambio, cuando falta la hemorragia externa; entonces encontramos comunmente, como signo característico,

la formación de un hematoma pulsátil y con soplo que aumenta progresivamente y la equimosis a distancia.

Con respecto a las hemorragias venosas, como dice Marino, no hay que dejarse impresionar por la hemorragia en napa, que en regiones como el cuero cabelludo o la cara pueden ser abundantes.

El diagnóstico de una hemorragia venosa externa es sencillo, la sangre negruzca, no rutilante, se derrama por la herida de una manera continua, sin sacudidas isócronas con el pulso.

La hemorragia puede ser grave y hallarse el paciente en estado de shock en el momento del examen (Kansanjian).

c) *Síndrome de Shock.*

Nosotros preferimos hablar de *síndrome de shock*, en vez de shock traumático, puesto que éste, lo mismo que el quirúrgico y el hemorrágico, presenta un mismo cuadro clínico en general, cuyos síntomas y signos son: palidez, piel fría, pulso rápido, disminución de la tensión del pulso, cianosis de los labios y aletas nasales, colapso de las venas superficiales, sequedad bucal, respiración rápida y superficial, vómitos, inquietud, disminución de la sensibilidad, temperatura subnormal. Además Fairer habla de apatía mental y Villaseca Hermann de alteraciones del estado de consciencia tales como el coma, el semicomma y el estupor.

El miedo y el dolor contribuyen a agravar el shock.

III) *Diagnóstico de lesión*

Pasemos ahora a considerar el diagnóstico de lesión.

Por lesiones entendemos, desde el punto de vista clínico quirúrgico, el trastorno morfológico que, microscópicamente, se aprecia en los tejidos traumatizados, sean éstas *deformaciones o heridas*.

a) *Diagnóstico de deformaciones.*

El diagnóstico de las deformaciones faciales permite descubrir, a veces, el de las fracturas de los huesos subyacentes.

El paciente con una fractura del maxilar superior, por ejemplo, muestra un edema facial que se extiende sobre la porción media de la cara, los párpados están casi siempre muy tumefactos, en general el hueso es móvil y el rostro se vuelve ligeramente elongado, como ocurre en los casos de desplazamiento hacia abajo de la maxila en una disyunción craneofacial.

En las fracturas del maxilar superior, puede haber desplazamiento de los fragmentos hacia atrás, con el consiguiente

aplastamiento del perfil normal del enfermo. Otro tanto ocurre en el caso de existir fracturas de los huesos propios de la nariz y cigoma, aunque el edema puede, entonces, enmascarar parcialmente esta enfermedad.

También las fracturas con pérdida de sustancia ocasionan deformaciones faciales.

El edema post-traumático con la tumefacción facial que lo exterioriza es también causa de notables deformaciones.

b) *Diagnóstico de heridas.*

Si el traumatismo produjo una solución de continuidad nos encontramos frente a una herida. "Estas heridas pueden estar situadas en la porción superior, media o inferior de la cara, y ser clasificadas en heridas por raspadura, heridas en colador, heridas dislaceradas, heridas netas, heridas contusas, heridas por arrancamiento, lesiones por aplastamiento, heridas de bala y heridas por quemadura".

La sintomatología de las heridas en general es:

1.º) Dolor: exquisito, acentuado o atenuado; en las quemaduras, en las heridas de la cara, en las heridas de las encías, maxilares y paladar duro respectivamente.

2.º) Hemorragia: arterial, venosa o capilar. Su intensidad depende de la vascularización del territorio afectado (región facial ricamente vascularizada).

3.º) Separación de los bordes de la herida: depende de la elasticidad propia de cada tejido; el músculo se retrae más que la piel y ésta es más elástica que los cartílagos.

IV) *Diagnóstico de capacidad funcional*

Junto con el de las lesiones nos vemos obligados a hacer el diagnóstico de la capacidad funcional.

La impotencia funcional es constante en las fracturas con desviación. Es poco marcada cuando existe encaje recíproco.

Por el contrario, a veces se observa impotencia en los traumatismos sin fractura.

La imposibilidad de la apertura o cierre de la boca nos pondrá sobre aviso acerca de la existencia de una probable lesión ósea o de la articulación témporo-mandibular.

Tendremos impotencia en los casos en que el músculo o el nervio han sido afectados.

En las fracturas mandibulares, la impotencia funcional es más notable que en las de la maxila.

Otras veces, en el caso de las fracturas mandibulares con desplazamiento de los fragmentos, la función de oclusión de

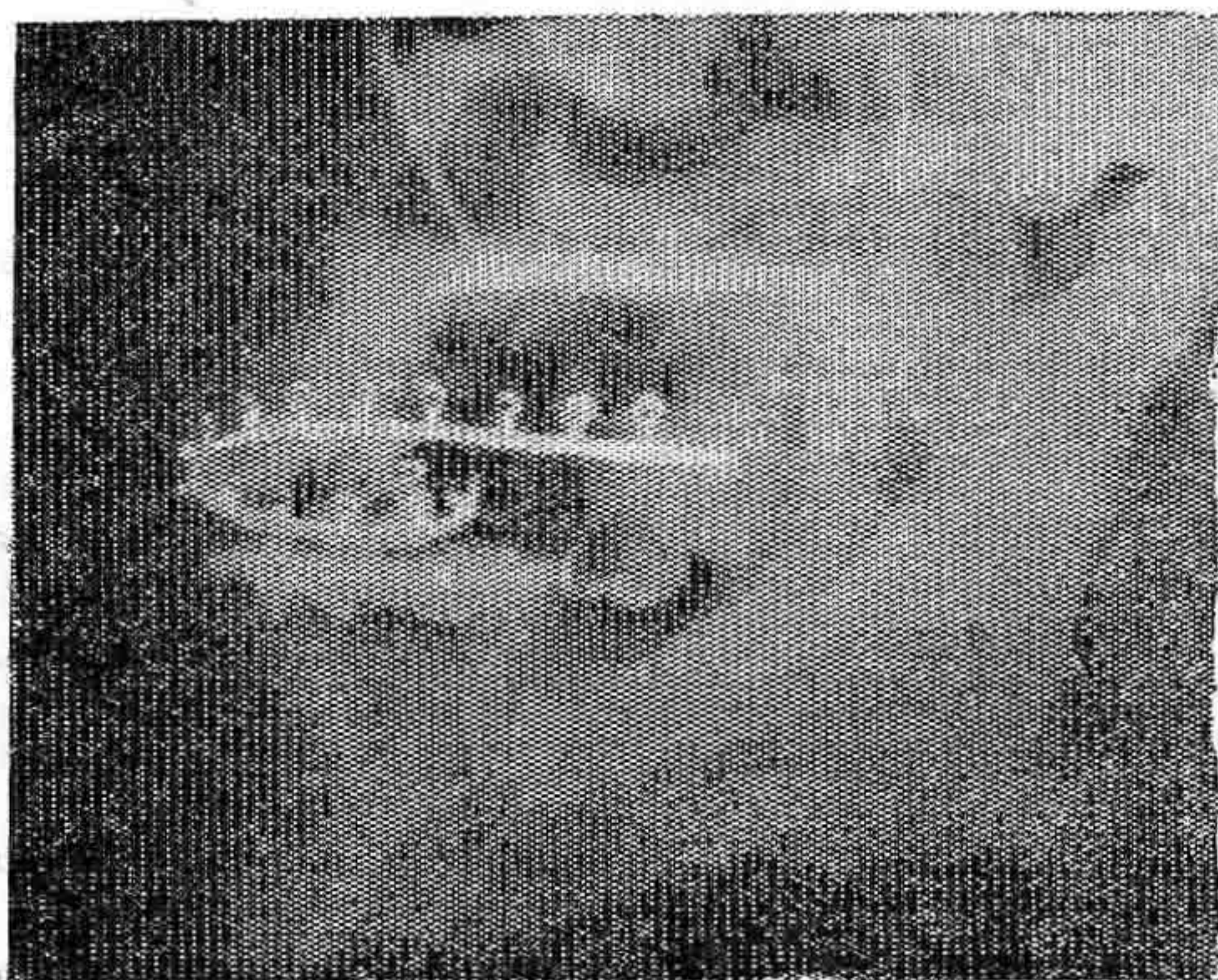


Fig. 6.—Fractura mandibular con desplazamiento de fragmentos y reducción (de la casuística de los autores).

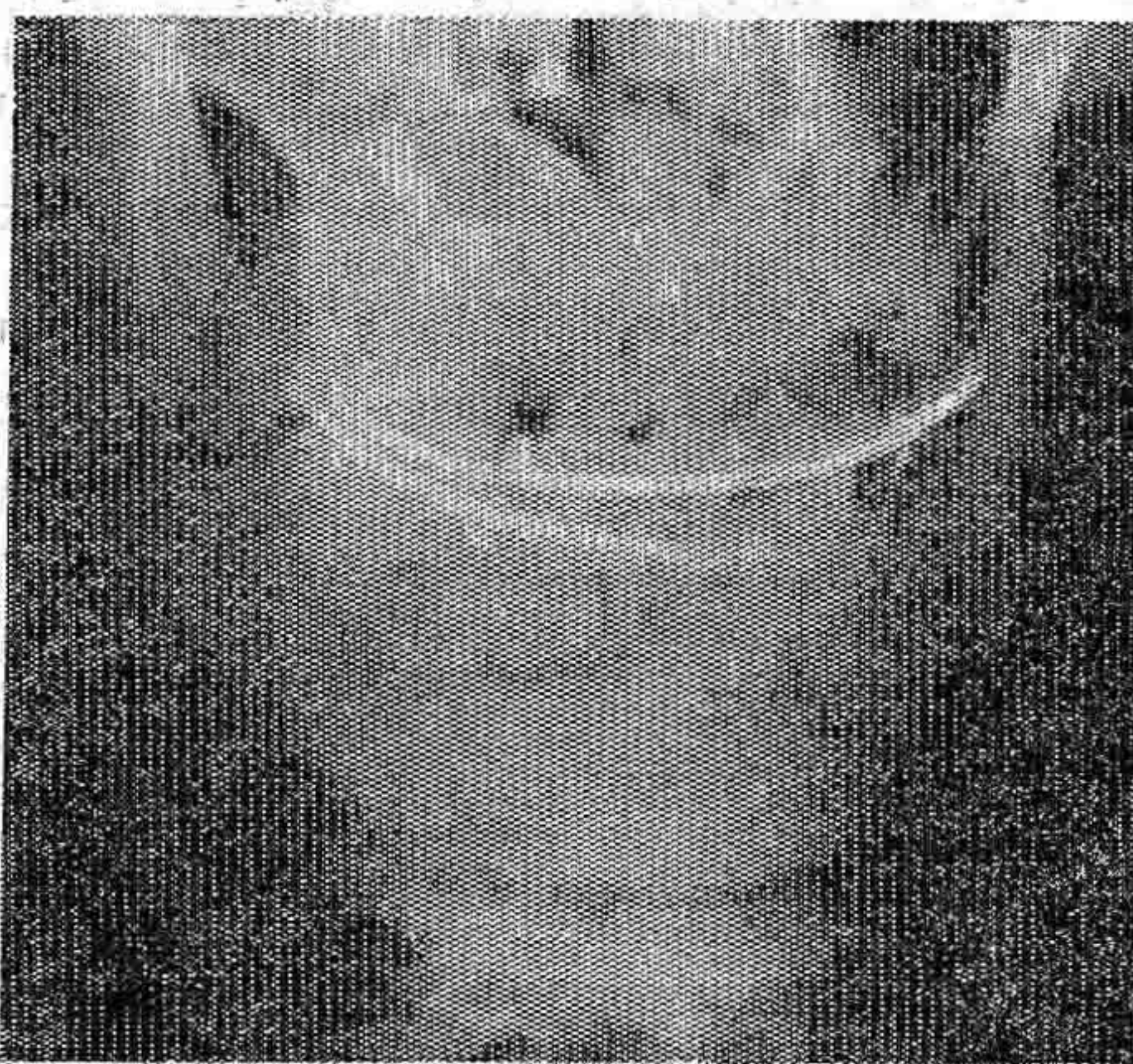


Fig. 7.—Reducción de la fractura mandibular en un caso de accidente (de nuestra casuística personal).

las arcadas puede estar perturbada, produciéndose la mordida en dos tiempos (Figs. 6 y 7).

Las radiografías que ilustran esta exposición, corresponden a nuestros servicios odontólogos de los Hospitales Navales "Buenos Aires" y "Río Santiago", Sanatorio Dupuytren y clínica privada.

La primera figura 3, al archivo radiográfico del "Dispensario de Especialidades Odontológicas".

Dirección del autor:
Paraguay, 1491, 10.º piso.
Buenos Aires.