

FRACTURA DEL HUESO MALAR EN LOS DEPORTISTAS (*)

por el

DR. PEDRO GAMBERONI

En el consultorio de la Asociación del Fútbol Argentino, donde concurren gran cantidad de traumatizados de las más diversas actividades del deporte, de la ciudad de Buenos Aires y pueblos suburbanos, y muchas veces de las zonas más lejanas del país, se presentan, junto con las lesiones más frecuentes—entre ellas rupturas ligamentosas y meniscales, desgarros musculares, etc.—, muchas fracturas.

De estas últimas, tomaremos las fracturas del malar y arco zigomático, que no figuran en las estadísticas con la importancia que merecen por su frecuencia, dado que si se buscan con detención se notará que son muy comunes.

Muchas no son diagnosticadas por examen insuficiente, y otras porque al traumatizado se le ve horas después del accidente, cuando el edema y hematoma dificultan su diagnóstico.

En los últimos cuatro años, en este consultorio hemos observado una serie de traumatizados de la cara, de los cuales una gran proporción presentaban las lesiones que motivan esta comunicación.

En nuestra estadística tenemos la misma cantidad de fracturas del malar y arco zigomático que fracturas de los huesos propios de la nariz, de más fácil diagnóstico.

Esto es debido a que estas últimas producen, entre otros síntomas, una epistaxis copiosa, que pone al facultativo en aviso de la lesión que presenta, mientras que en las primeras la sintomatología es más velada, los signos son menos aparatosos y menos molestos para el enfermo, lo cual hace que muchas veces el mismo no concorra al examen médico por considerar insignificante su lesión. Grave error, pues desaparecido el edema queda una deformación que aunque se le repare quirúrgicamente después, deja cicatrices o trastornos permanentes.

En todos los deportes es factible el hundimiento del malar, pues solamente necesita de un traumatismo directo, pero en cada uno de ellos varía la causa de producción del mismo.

(*) Trabajo realizado en el Ateneo de Medicina Deportiva de la A. F. A.

En el fútbol, que es el que más nos interesa, por las funciones que aquí cumplimos, se realiza casi siempre al saltar dos o más jugadores, tratando de dar con la cabeza a la pelota, lo que en léxico futbolístico se llama "cabezazo".

Uno de ellos golpea con la frente o el occipucio contra el malar del otro. Otras veces es el guardameta el que resulta lesionado al golpear la cara contra los miembros inferiores de un adversario cuando se arroja a los pies del mismo intentado quitarle la pelota o contra el palo del arco.

En rugby, al salir del "scrum" o al intentar "taclear" es cuando con mayor frecuencia se produce esta fractura.

Nosotros hemos tenido fracturados en los más diversos deportes; entre ellos recordamos uno que lo fué con una paleta de juego de pelota a pared, y otro que practicando natación golpeó la cara contra el fondo de una piscina al realizar una zambullida.

El mecanismo de producción de esta fractura es el siguiente: el hueso malar y arco zigomático, por su disposición anatómica, que ya conocemos, resiste muy poco a los traumatismos, y una vez producida la fractura se desplaza, desplazamiento que generalmente se produce hacia la profundidad, es decir, impactándose en el maxilar superior.

La sintomatología no es escasa, pero requiere examen cuidadoso:

1.º La deformidad, que varía con los desplazamientos del o de los fragmentos y que se reconoce sobre todo por la palpación, pues el edema y hematoma la ocultan pasadas pocas horas del accidente, edema que ocupa principalmente el párpado inferior y la mejilla.

2.º Inyección conjuntival y trastornos de la motilidad ocular con diplopía correspondiente por desplazamiento del reborde inferior de la órbita.

3.º Seno maxilar ocupado por hematoma, lo que provoca muchas veces epistaxis concomitante.

4.º Lesiones del nervio infraorbitario con anestesia de la zona correspondiente al mismo.

5.º Dolor a la masticación por obstáculos de fragmentos contra la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Como vemos, la sintomatología es abundante; solamente es necesario pensar en probable fractura del malar frente a todo traumatismo de la cara, para que no pase inadvertida.

Como complemento indispensable queda el recurso radiográfico, y que es muy fácil obtener ajustándose a la técnica, que muestra el macizo facial en sentido superoinferior como para base de cráneo.

Para ello se coloca al paciente sobre la mesa radiográfica, en decúbito dorsal, con el chasis contra el occipucio y foco sobre apéndice xifoide del esternón.

Las radiografías son de un joven deportista que, practicando fútbol, sufrió la fractura del malar izquierdo y corresponden a antes y después de la operación.

En ellas podemos apreciar los resultados obtenidos.

La técnica quirúrgica adoptada es la de Gillies, que siempre nos ha dado excelentes resultados, no dejando cicatrices visibles, y es de fácil ejecución.

La efectuamos con anestesia local, que nos permite en muchos casos evitar la internación del operado.

En el postoperatorio no hemos tenido complicaciones, aunque se han descrito sinusitis y nuevos desplazamientos del o de los fragmentos óseos, complicaciones que pueden presentarse con cualesquiera de las técnicas que se usan para tratar esas fracturas.

La finalidad de esta comunicación es llamar la atención respecto al diagnóstico y tratamiento precoz, pues pasado un tiempo la reducción se hace difícil por la formación de callo, que obliga a re-fracturarla. En estos casos la operación se hace mucho más compleja y a veces es necesario colocar un injerto óseo o cartilaginoso para evitar la deformación, resultado que no siempre se consigue y que obliga a dejar muchas veces cicatrices permanentes visibles.

No entraremos en detalle sobre los distintos procedimientos que se usan para tratar fracturas antiguas de esta clase, pues, como ya lo hemos dicho, el ideal es el diagnóstico y tratamiento precoz. (per *Sem. Méd.*, 202, 1949.)