

liquia que entregó al Convento cuando la Liberación". (1939.)

No quisiera, sin embargo, terminar sin formular un ruego especialmente dirigido a mis colegas barceloneses. Y es que hiciesen el sacrificio de intentar resucitar a nueva vida la Cofradía de Santa Apolonia citada, que además de ser un eficaz lazo de camaradería, también serviría para procurarnos la sobrenatural protección para la Odontología, a la que deseamos las más elevadas cumbres científicas.



• TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS LINEALES DE ANGULO Y RAMA ASCENDENTE DE MAXILAR POR UN PROCEDIMIENTO SENCILLO

por el

Dr. Luis S. Gómez Comes.

Vamos a exponer brevemente un procedimiento de utilidad en el tratamiento de estas fracturas, bastante frecuentes sobre todo en accidentes de trabajo, en contra de la opinión de muchos autores, que en su estadísticas nos dicen son raras.

En las fracturas de ángulo y rama ascendente tenemos por sistema objetivo dominante, prescindiendo de todo sintomatología de fractura, un pequeño descenso del lado afecto, pequeño porque las acciones musculares conservan casi plenamente sus funciones y por actuar los propios músculos de órgano de sostén y caja de los fragmentos óseos, así que en estas roturas sin pérdida de sustancias no pueda hacer una gran desviación, bastando en la mayoría de los casos con elevar la zona interesada para poner en contacto perfecto la fractura y la articulación dentaria, puesto que no hay que vencer ninguna acción antagónica potente.

Consideramos que en estos tipos de fractura mandibular, es innecesario a todas luces el bloqueo intraoral por medio de arcos, con o sin bandas e hilos metálicos, que si en otros casos de rotura son precisos, aquí no lo son,

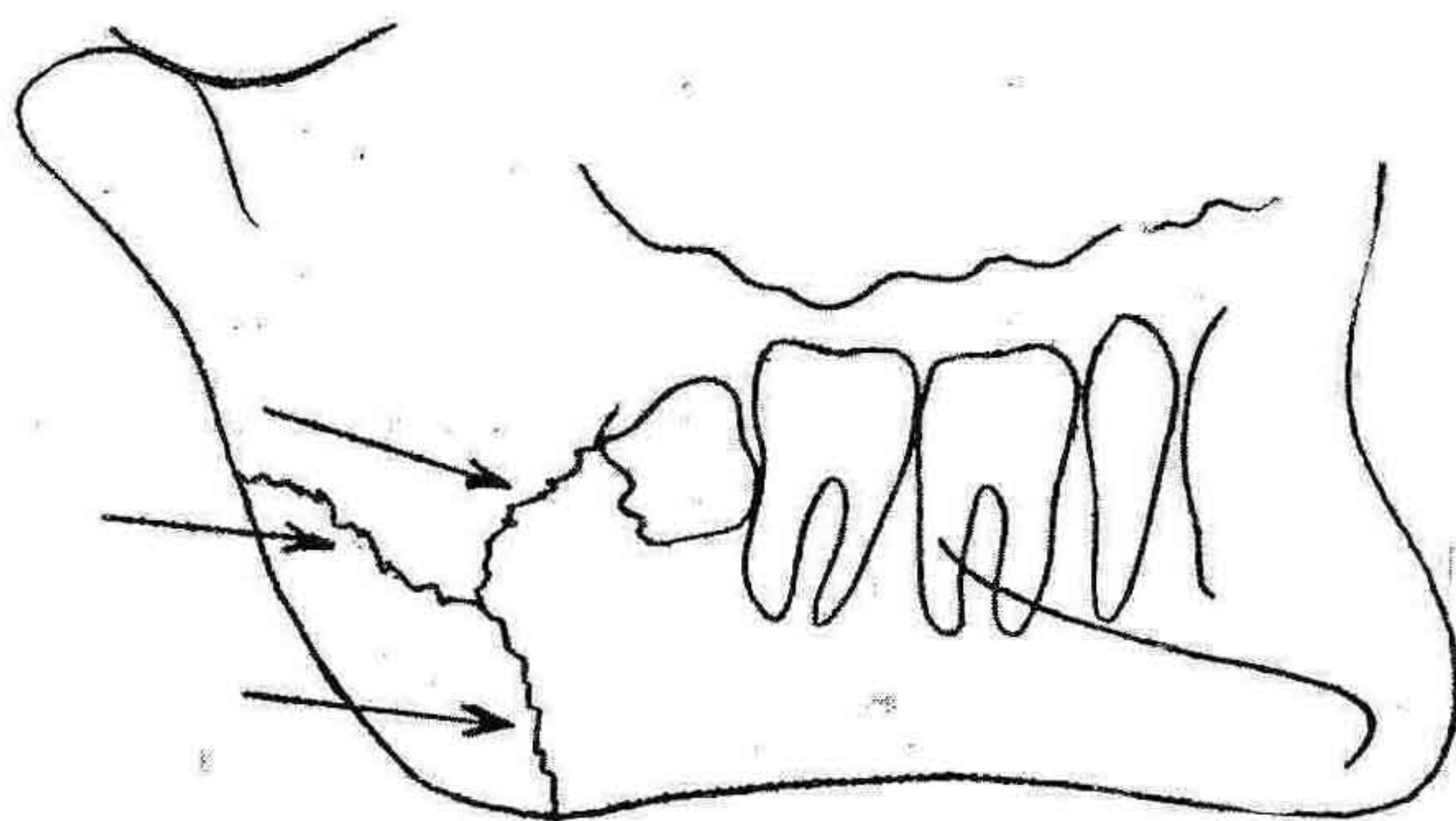
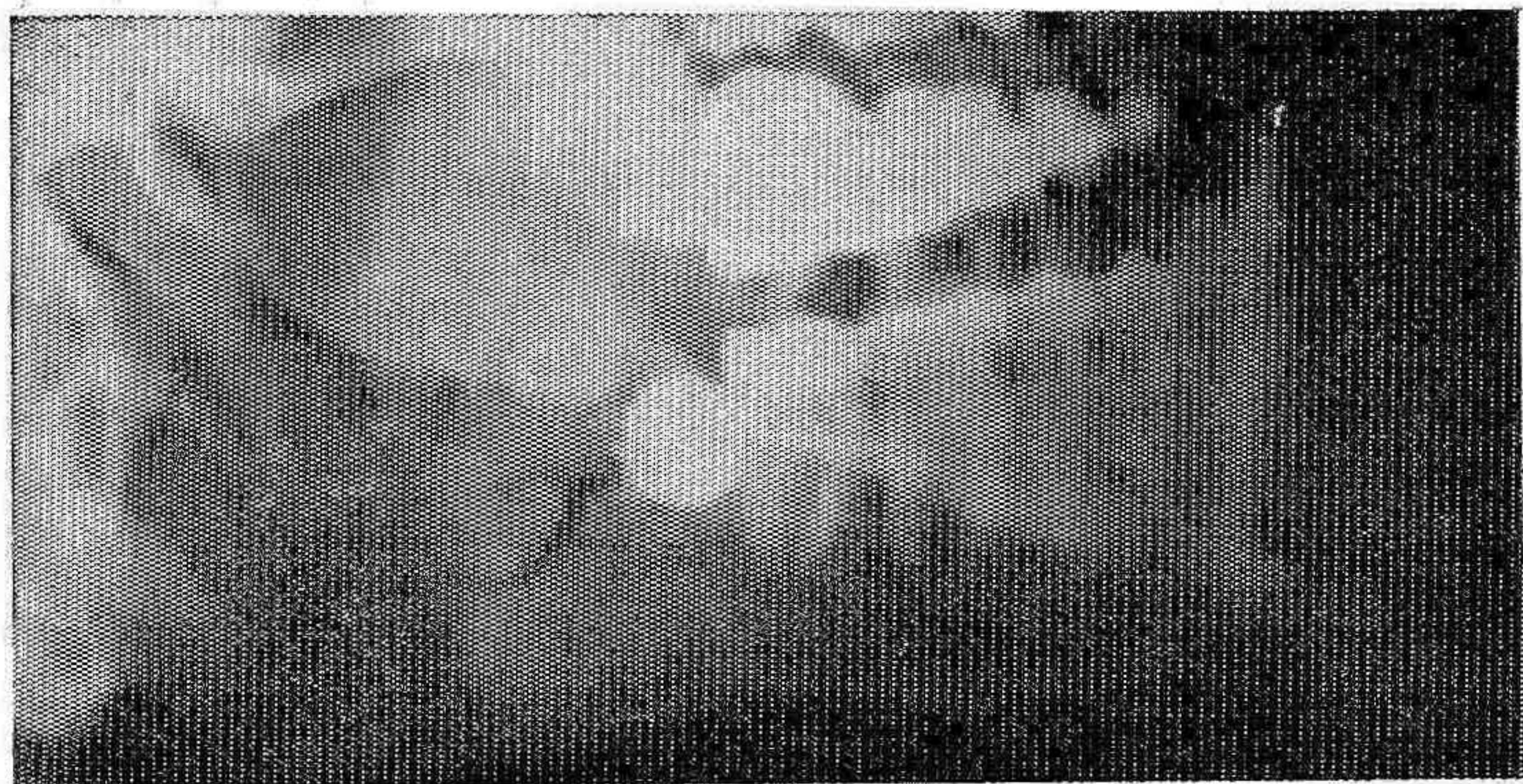


Fig. 2.—Las flechas indican la línea de fractura de la radiografía superior.

dados los inconvenientes que vamos a indicar a continuación:

1.º Por bien hecho que esté un bloqueo siempre lesiona las encías en su reborde gingival.

2.º En muchas ocasiones, además de lo citado anteriormente, se producen periodontitis por la acción de las ligaduras.

3.^o No son raras las formaciones de caries en las piezas dentarias con bandas o simplemente ligaduras.

4.^o La alimentación de estos pacientes es muy difícil si no hay pérdidas de dientes por todos los artificios colocados en su boca.

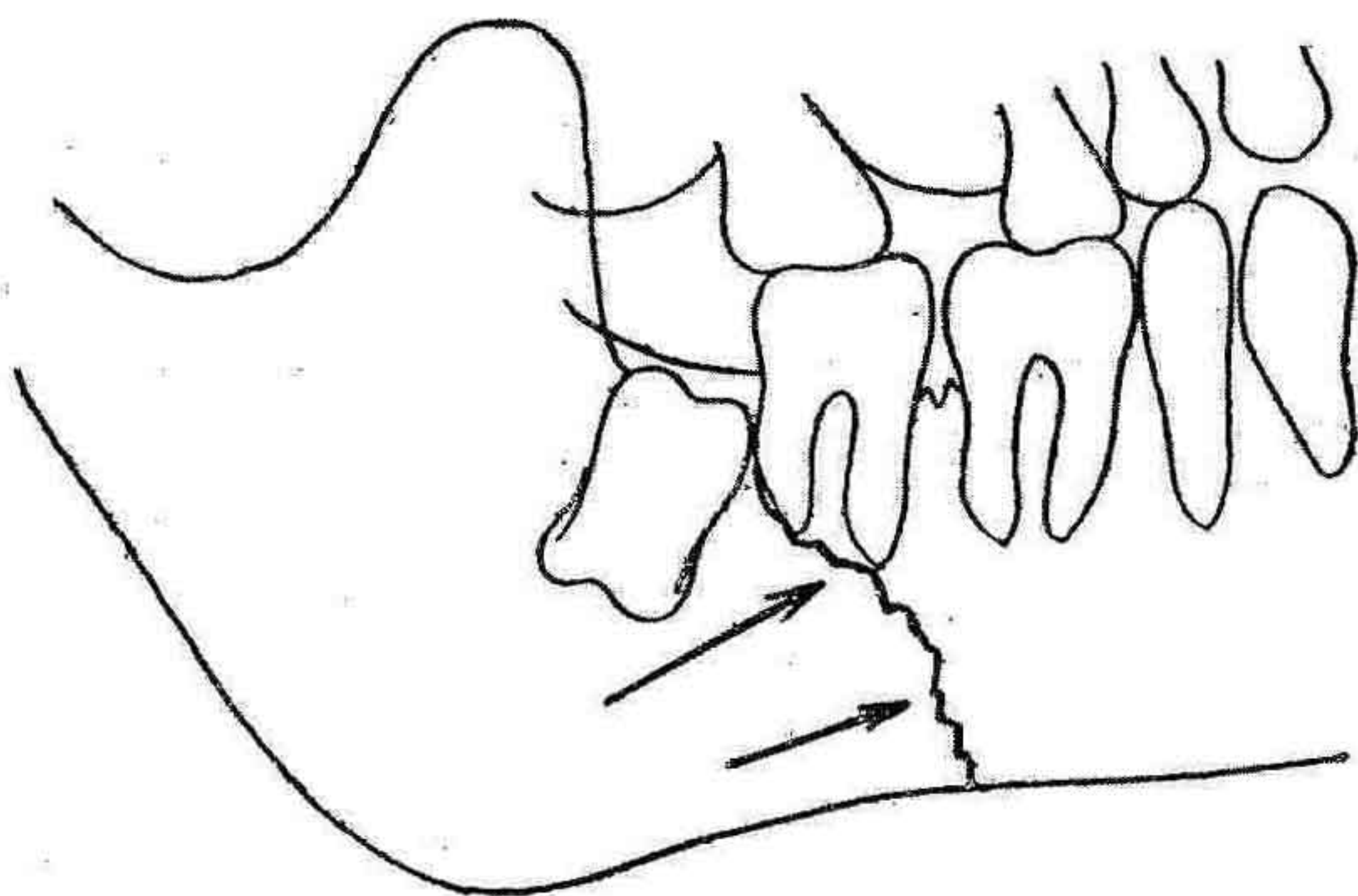
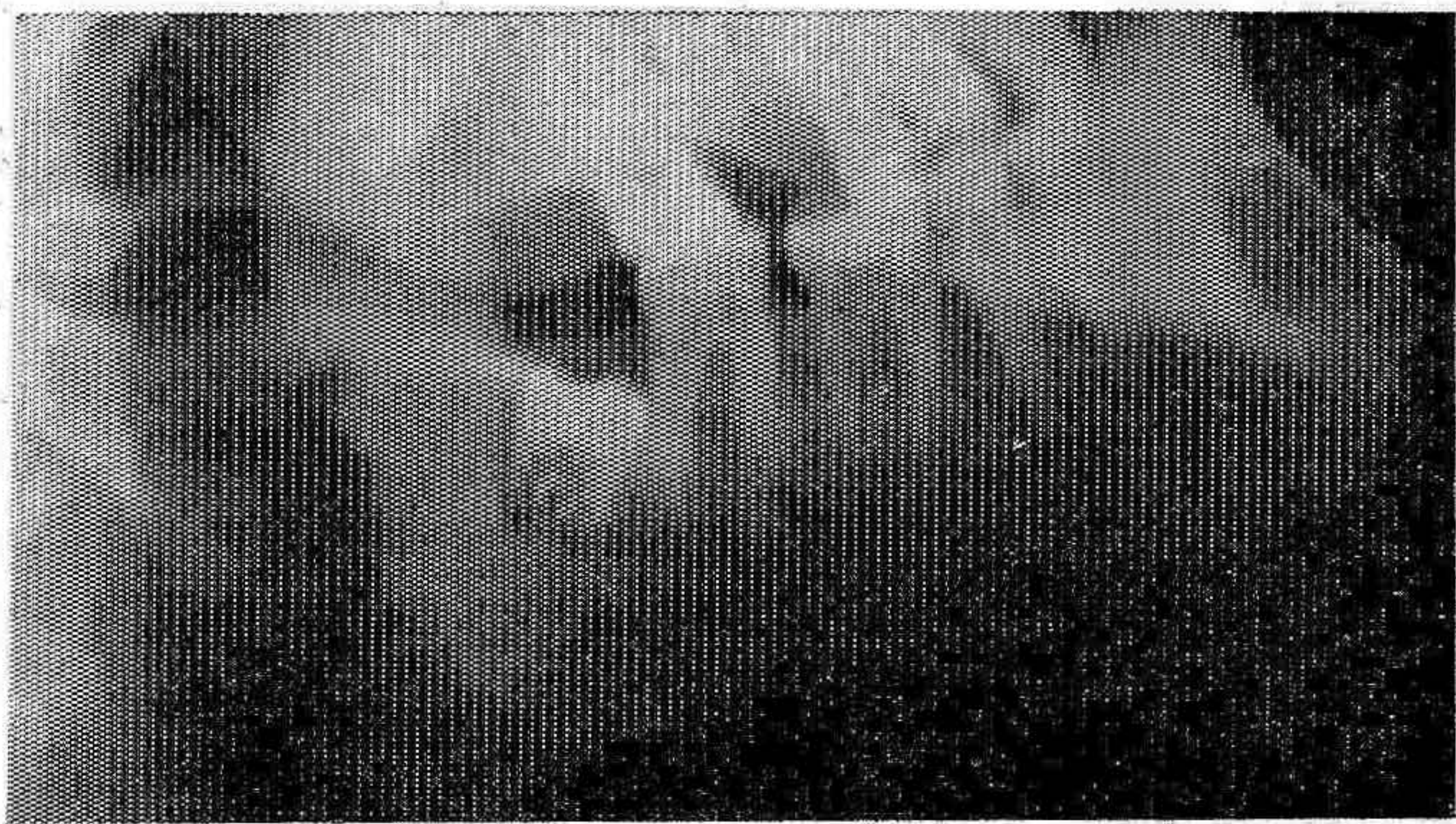


Fig. 4.—Las flechas indican la línea de fractura de la radiografía superior.

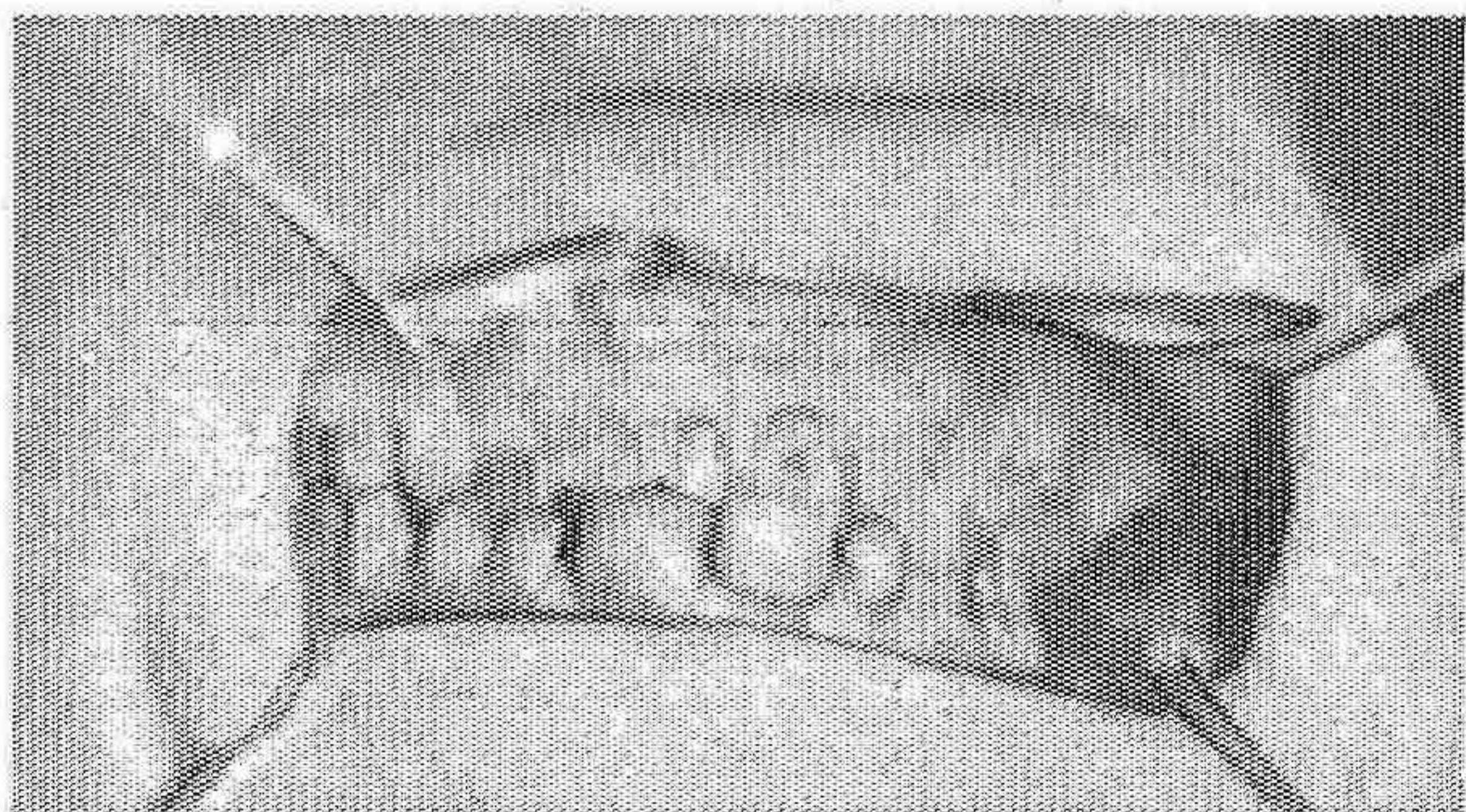
5.^o Por la misma razón del apartado anterior, la limpieza aunque se tengan grandes cuidados nunca podrá ser lo perfecta que debiera.

6.^o Es molesto para el enfermo y para el profesional, pues requiere una atención constante, tensando ligaduras, cuando no reconstruyendo el bloqueo con frecuencia por

aflojarse por las poderosas acciones musculares, defectos de implantación o pocas piezas de sustentación.

Nosotros hace años que desechamos este procedimiento clásico, pues vimos que en las fracturas de ángulo, rama ascendente e incluso en las de porción horizontal en su parte posterior, simplemente con una fuerza extraoral que actuase de abajo a arriba y de delante a atrás con una intensidad mediana y siempre que no hubiese pérdida de sustancia como es natural, nos resolvía por completo el problema de la reducción y fijación de la fractura.

Los resultados obtenidos han sido siempre magníficos, sobre todo podemos decir que la fisiología muscular y arti-



La relación intermaxilar se ha mantenido normal después de su alta.

cular sufre infinitamente menos, no siendo necesario el tratamiento reeducatorio posterior generalmente, ya que en realidad es un “bloqueo a boca abierta”, permitiendo, aunque con limitaciones, los movimientos normales de la mandíbula y nota interesante, sobre todo en la casi totalidad de nuestros casos por accidente de trabajo y guerra, es el acortamiento de la duración del tratamiento, puesto que en un plazo de cincuenta a sesenta días, tenemos la fractura consolidada y al no tener o en muy pequeña intensidad reeducación, el tiempo no puede ser menor. Disentimos de la cifra de treinta a treinta y cinco días, que dan algunos autores para la curación de una fractura lineal, pues

nosotros en una estadística de varios centenares y muy variadas, desde las complicadas (abiertas, con osteomielitis, triples, etc.), a las más sencillas, como las que presentamos en nuestras radiografías, nunca, ni en las más fáciles hemos logrado tiempos muy inferiores a los 50 días, coadyuvando siempre con un tratamiento médico que nos favore-

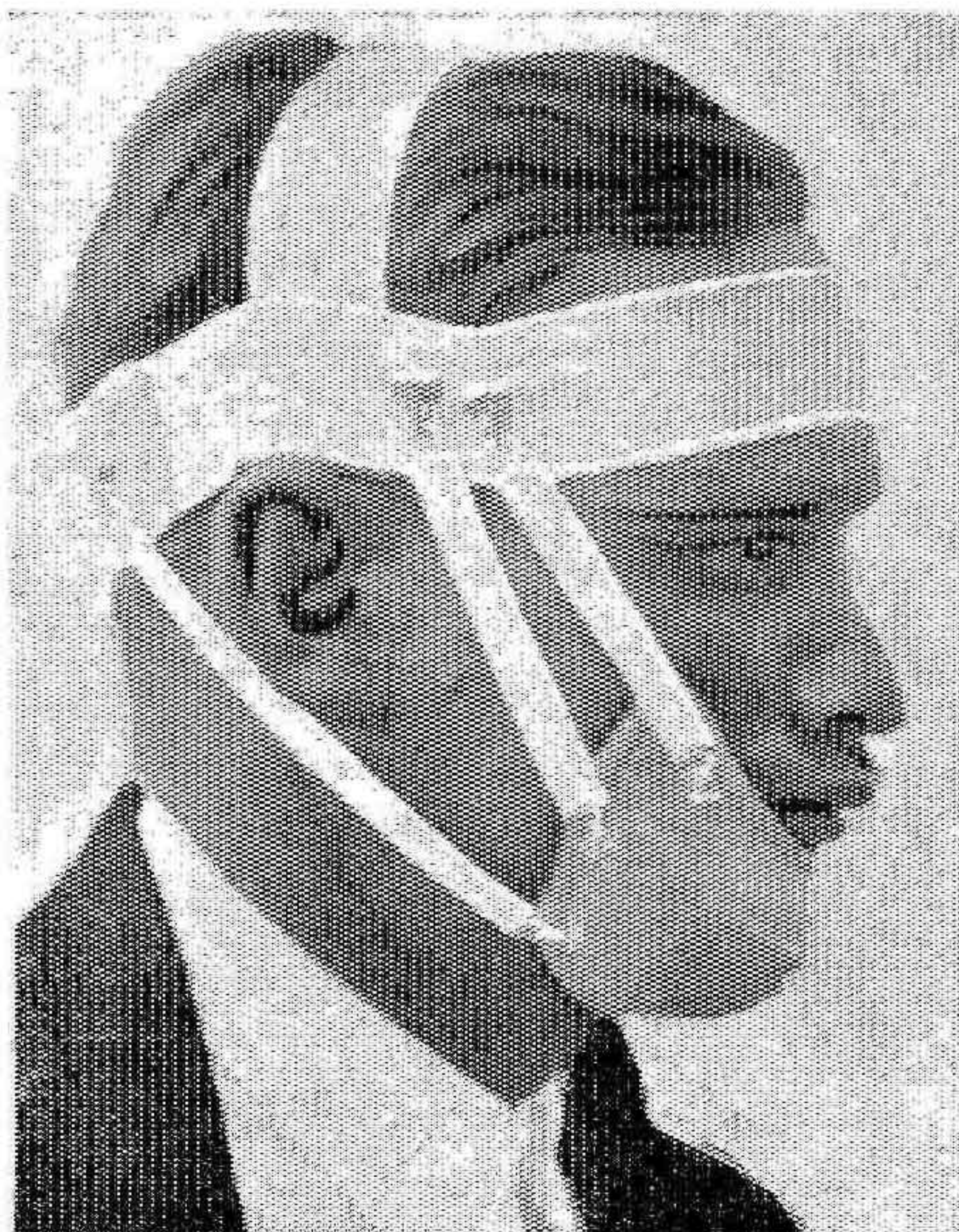


ciese la formación y consolidación del callo, y a veces también en sujetos jóvenes y robustos.

Como dato que justifica la bondad del procedimiento, podemos citar el de un accidente de trabajo que llegó a nuestras manos a los dos meses de lesionarse, tenía 52 años y estaba bastante desnutrido, intentamos bloquearle enérgicamente por los antecedentes citados, no pudiendo hacerlo por tener una paradentosis muy acentuada y, además falta de muchas piezas dentarias, teniendo aún que extraerle algunas por no estar en condiciones de garantía. Pensamos en la sutura ósea con el fin de asegurar una curación rápida y no caer dentro de una invalidez por tar-

danza de la misma, pero con este procedimiento salimos airoso, curando completamente en 90 días aproximadamente.

En varios de nuestros pacientes ha coincidido un cor-dal impactado incluído en la línea de fractura, siempre los hemos extraído con gran cuidado, primero para evitar



complicaciones y retardos y, después, porque la misma cicatrización ósea del molar quitado, nos ha servido de unión rápida de los fragmentos.

Otro punto interesantísimo ha sido el de la mejor alimentación de los pacientes, que en uno dió la nota agradable de aumentar dos kilos, mientras, se le trataba su fractura mandibular.

El procedimiento, como se ve en las fotografías, no puede ser más sencillo, una mentonera de lienzo, que para su mejor ajuste se llena de escayola muy flúida en el momento de colocarla, expulsando la sobrante, previa lubricación de la barbilla del fracturado, para evitar se ad-

hiera a los pelos de la barba, y que se mantiene en posición, por medio de unas gomas dobles de las corrientes de costura, que se sujetan, como se ve en las figuras, en el extremo opuesto a un casquete. Tanto en un lado como en el otro de las gomas la sujeción se realiza por medio de unos corchetes de los también usuales en costura.

Las primeras que usamos no tenían casquete, sencillamente se ataban las gomas en la cabeza o se cosían a un gorro militar, como tantos han empleado para inmovilizar las fracturas de maxilares superiores. Con el casquete hemos conseguido una estabilidad mayor y más perfecto ajuste de la mentonera.

Este procedimiento que lo empleamos nosotros desde los tiempos de nuestra guerra de liberación, ha sido posteriormente divulgado (Bruhn, Calzada, etc.), con distintas variaciones.

En la literatura se encuentra más frecuentemente el apósito de ERNST, pero creemos sinceramente superior nuestra mentonera y casquete a la simple venda lisa de goma empleada por este autor, pues de los vendajes más o menos ingeniosos existentes en los tratados no creemos tenga interés ninguno como procedimiento curativo de fracturas, si, a caso, como apósitos de urgencia, para un momento dado, mientras se pone en vigor un dispositivo permanente y realmente curativo.

RESUMEN

Se cita un procedimiento de contención e inmovilización de las fracturas de maxilar inferior en el ángulo y rama ascendente, sin pérdida de sustancia, a base de una sencilla mentonera, que no tiene los inconvenientes del bloqueo clásico con arcos. Sus principales ventajas son: no lesionar encías, ligamentos, ni piezas dentarias, mejor limpieza de la cavidad bucal, más facilidad de alimentación, ser menos doloroso para el paciente y menor trabajo para el profesional.