

SECCION A

● **PRIMEROS CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON FRACTURAS DE MAXILARES (*)**

por el

Dr. Luis S. Gómez Comes

EL tema de las fracturas de maxilares ha sido y es uno de los más tocados por muchos autores, pues es, sin duda, un problema clínico de los más interesantes para el estomatólogo, habiendo en la actualidad una cantidad de literatura, en textos y revistas, abundantísima, lo que hace no existan grandes dificultades técnicas para el tratamiento de estas lesiones; pero donde no hay esa abundancia que decimos es en los cuidados anteriores o pre-operatorios; no obstante, nosotros no pretendemos dar unas normas rígidas, pero sí indicar lo que nos han dictado el tiempo y los muchos enfermos vistos.

Antiguamente las fracturas de maxilar "clínicamente" eran raras, primero porque muchas pasaban desapercibidas, y luego, porque el género de vida que se hacía no era el apropiado para producirse esta lesión. En la actualidad podemos decir que su producción es frecuentísima, y así como antes las únicas causas de fractura eran la caída y la coz de caballo, hoy tenemos todo el maquinismo, el gran movimiento de vehículos de las grandes urbes y la gue-

(*) Con este tema el autor dió una conferencia en Valencia el día 9 de junio, invitado por aquel Colegio

rra. De aquí precisamente nacen los primeros estudios verdaderos de las fracturas maxilares y de los especialistas, que a partir de la Gran Guerra del 14 al 18, lanzaron a los cuatro vientos sus observaciones, experiencias y estudios. En esta exposición no nos hace falta dividir las fracturas por su etiología, prescindiendo asimismo de muchos síntomas, ya que de lo que vamos a tratar es de los primeros cuidados a estos enfermos, cuidados comunes a toda fractura, tenga por causa productora la que sea.

De lo expuesto se sacará la impresión, que es verdadera, que excluyendo la guerra, son los accidentes de trabajo los principales factores de fractura de maxilares, y luego, los accidentes en la vía pública, atropellos principalmente, sin olvidar la práctica de los deportes, que por el género violento de muchos de ellos, también, aunque en menor escala, originan estas lesiones. REICHENBACH, para demostrar hasta qué punto han aumentado las fracturas maxilares por lesiones de trabajo, vías urbanas y deportes, cita las cifras de 0 casos en el año 1913, con un aumento progresivo hasta 60 casos anuales, en el 1928. SCHMUTZIGER también cita cifras en este sentido, así como la mayor producción en el sexo masculino, hecho lógico por la naturaleza de trabajo y género de vida de este sexo. Prescindimos de las producidas por sífilis tuberculosis, osteomalacia..., así como por deficiente técnica exodóncica, hoy casi nulas por los medios y técnicas con que contamos.

Muchas veces depende el éxito del tratamiento, de los primeros cuidados que se presten a estos pacientes, teniendo que extremarlos desde primera hora para lograr el fin apetecido. ¿Cuáles son estos primeros cuidados? Sencillamente, los que pudiéramos llamar de urgencia, pues pensemos que para producirse estas lesiones generalmente hacen falta traumas muy fuertes, que, además de la fractura, pueden producir otras lesiones y síndromes muy graves, que ocuparán nuestra máxima atención. Los enumeraremos y trataremos brevemente de ellos en su sintomatología y tratamiento principalmente.

Nos puede llegar un fracturado que padezca una lipo-

timia, un shock o una conmoción cerebral. Como es natural, aplicaremos remedio inmediato a estos estados, prescindiendo por completo de la fractura.

La lipotimia es una pérdida pasajera de la conciencia y, como sabemos (prescindiendo de la inhibición producida por la adrenalina en los anestésicos), se origina por traumatismos, dolores fuertes o grandes impresiones, y se caracteriza porque la pérdida del conocimiento va precedida de palidez, sudor frío, dilatación pupilar, pulso pequeño y frecuente y respiración superficial. Como es un accidente frecuente y respiración superficial. Como es un accidente bien del odontólogo, no nos extenderemos más en él, diciendo sólo que su tratamiento en líneas generales es el siguiente: la mayoría de las veces cede con facilidad, haciendo colocar la cabeza baja al paciente o tumbándolo horizontalmente, con lo que se corrige la anemia cerebral causante de la lipotimia. En ocasiones tenemos que hacer que el enfermo active su respiración o golpear sus carrillos con un paño o toalla mojados en agua fría. El fundamento es siempre el mismo, activación del riego cerebral.

El shock es casi la regla en los grandes traumatismos, y sus características principales son quedar el paciente acostado, quieto e indiferente a todo cuanto le rodea. Tiene la cara pálida y los labios cianóticos. Los ojos hundidos, córneas sin brillo, pupilas muy dilatadas y que reaccionan mal y perezosamente ante la luz. Las extremidades están frías. Todos los movimientos musculares están notablemente disminuídos. La respiración es muy superficial e irregular, y el pulso es tan débil, que a veces es imperceptible. La sensibilidad y sentidos están abolidos. En los casos graves puede haber relajación de esfínteres. y la deglución es difícil.

Todo este cuadro puede cesar rápidamente y sin tratamiento, o pasar al colapso, el cual tiene la misma sintomatología que hemos visto; pero agudizada por una gran debilidad cardíaca, pudiendo durar horas o días y terminar por la muerte.

El shock puede ser primario o secundario. El primero

es el que aparece inmediatamente de recibido el traumatismo, y el segundo es el que se presenta después de un intervalo de algunas horas y, a veces, tiene un origen tóxico. (Caso de las quemaduras.)

El tratamiento es colocar al enfermo en cama, tónicos cardíacos del tipo del alcanfor, y si tiene excitación debe calmársela recurriendo a la morfina, y sobre todo, quietud absoluta.

Como es lógico, cuando nos encontremos con un fracturado en estas condiciones, dejaremos para otro momento posterior toda intervención en boca que pueda ocasionar el más ligero dolor, pues estos enfermos se encuentran en unas condiciones mínimas de vida, que les podemos ocasionar la muerte con gran facilidad.

La conmoción cerebral es otro síndrome consecutivo a traumatismos craneales. Cuando no hay lesiones ni en centros vitales ni en la corteza cerebral, suele durar poco tiempo, reponiéndose el sujeto de su estado. Hay distintos grados de la conmoción, desde la más ligera, que es el entorpecimiento cerebral, hasta el coma, pasando por el sopor. Su característica es el pulso blando y lento. No suele haber abolición de reflejos, si la hay, unida a dilatación y rigidez pupilar, se consideran como síntomas de un mal pronóstico. Si la conmoción dura mucho tiempo, hay que pensar que, además de ésta, puede existir compresión o contusión cerebral, lo que nos aclarará la punción lumbar, siempre inofensiva si se hace con buena técnica, la cual nos debe dar un líquido limpio y transparente, aunque en ocasiones está teñido ligeramente por sangre de los vasos subdurales. Modernamente se recomienda la punción cisternal. Cuando la cantidad de sangre es grande, el pronóstico suele ser sombrío. El profesor Olivares, en un reciente trabajo, confirma el uso de la punción lumbar sistemática, con las precauciones de rigor, como diagnóstico y tratamiento en las traumas craneales, y cita también la punción cisternal, hoy por muchos preferida, indicando la técnica de Lapidari, de grandes resultados, según este autor. El tratamiento, además de las punciones, que nos aclaran

diagnóstico y pronóstico, es análogo al del shock, sobre todo reposo absoluto y calor en la cama del paciente.

Otro síndrome que se nos puede presentar en un fracturado, y que necesita cuidados urgentes, es la hemorragia. Esta se puede presentar sola o asociada a otra complicación, principalmente al shock.

Por regla general, en las fracturas lineales de maxilar inferior no es frecuente, dada la constitución anatómica de la región; pero esto no quiere decir que no se puedan presentar. En las lesiones de maxilares superiores es más corriente, y donde suele adquirir más gravedad.

Naturalmente que de la cantidad de sangre perdida tendremos una sintomatología distinta, y los remedios también variarán; así, si se trata de una hemorragia ligera, no habrá casi ningún síntoma; pero si es grande, habrá una anemia aguda con palidez, frialdad, abatimiento y gran disminución de los latidos cardíacos.

En el caso ligero, con un taponamiento local por compresión o ligadura del vaso sangrante, habremos hecho lo necesario; mas si hay gran pérdida de sangre, además de lo indicado, habrá que introducir líquidos en el organismo, bien en forma de sueros (fisiológico, glucosado o adrenalizado), o en forma de sangre misma, por medio de la transfusión (directa o indirecta), teniendo en cuenta, como es lógico, los distintos grupos sanguíneos. Nos referimos a las transfusiones corrientes de dador a receptor, que, denominados directas y no a la primitiva por medio de anastomosis arteriovenosa, y la indirecta que es la realizada por sangre citrata y envasada algún tiempo.

Administraremos líquidos también como alimento, y tonificaremos el corazón, y se mantendrá al paciente en cama con quietud absoluta, quietud que, excepto los cuidados de urgencia citados, nos dice debemos demorar las atenciones de la fractura para momentos ulteriores. Se darán medicamentos de los llamados hemostáticos; tenemos primeramente las sales cálcicas, pudiendo disponer de dos vías para su administración, por boca y en inyección. Podemos usar sustancias ricas en fermentos o fibro-fer-

mentos sanguíneos, Coaguleno, Clauden, etc., o emplear los preparados vitamínicos o provitamínicos, hoy muy en boga y muy discutidos también. Dentro de estos preparados tenemos uno, la Nateína, producto español, uno de los pocos citados en tratados extranjeros, siendo la única contraopinión que le oponen el ser caro. A nosotros nos ha ido magníficamente, y tiene bastantes años de existencia, siendo anterior a la actual era vitamínica y de discusión, dando resultados sorprendentes en todos los síndromes hemorrágicos, sobre todo en la hemofilia.

En todo paciente que llegue a nuestras manos con una hemorragia y un shock, primeramente atenderemos a aquella, pues nos expondremos, al aplicar los remedios de éste, casi todos activadores de la función cardíaca y elevadores de la presión sanguínea a que se nos aumente la intensidad de la hemoragia con la consiguiente gravedad o meternos dentro de un círculo vicioso con los consiguientes peligros así que aunque el shock sea alarmante, incluso teatral, haremos primero la hemostasia, y una vez lograda con rapidez, actuaremos contra éste.

Como indicación máxima a todos los cuidados que prestemos, está la asepsia en todas nuestras intervenciones, tanto en boca como fuera de ella, pues debemos de evitar la producción de infecciones a las ya existentes o en curso y, sobre todo, no sobreañadirlas. En boca no haremos más que recordar que tenemos una magnífica estufa de cultivo, con 37 grados de temperatura, que es la óptima para el desarrollo de los gérmenes, ambiente húmedo, también bueno para los microbios, una herida, restos sanguíneos y esfacelos de tejidos y, como colofón, millones de gérmenes que se encuentran a sus anchas y dispuestos a jugarnos una mala pasada.

Hay también otra contingencia que hemos que tener presete en muchos de nuestros pacientes con lesiones extensas. Es la aplicación de sueros antitetánico y anti-gangrenoso. Cuando la fractura sea cerrada, sin ninguna herida externa, y tengamos la seguridad de la no contaminación, podremos prescindir de ellos, en otro caso no,

pues los peligros que este descuido nos puede acarrear son enormes. Por tanto, con las precauciones de rigor, sobre todo para evitar fenómenos anafilácticos, los usaremos en las fracturas de guerra y en todas aquellas, cerradas o abiertas, con heridas de partes blandas, dudosas de contaminación por la forma de producirse.

Y vamos a pasar a los cuidados propios de la fractura, que dependerán del tipo y localización de la misma.

Común a todas es la radiografía si por las circunstancias y momento disponemos de aparato. La mayoría de las veces nos aclara todos los problemas, pero es una equivocación confiar todo en ella, no obstante si disponemos de medios es útil hacer una buena placa.

Separemos las fracturas de maxilares superiores y las mandibulares, ocupándonos primero de las superiores. Estas, son menos frecuentes que las de maxilar inferior, hecho demostrado por todas las estadísticas, la explicación es sencilla, pues la misma mandíbula y los huesos maxilares y nasales protegen a estos maxilares, a la vez que por su situación están menos expuestos a los traumatismos en general. Las fracturas que nos ocupan fueron bien estudiadas por OMBREDANNE, GUERÍN Y LE FORT, que establecieron los tres tipos más corrientes de fractura, inferior, media y superior.

El diagnóstico de las inferiores es fácil por la movilidad del hueso, no ocurriendo lo mismo en las medias y sobre todo superiores. Los rayos X, muchas veces y por la dificultad de técnica de estas radiografías, en las que hay gran superposición de imágenes, no nos dan los resultados esperados, teniendo que extremar la exploración de los síntomas clínicos con mucha atención para dar un diagnóstico acertado.

En estas fracturas suele haber gran conmoción y hemorragia, así como bastantes desgarros en las partes blandas, lo que nos exige hacer una toilette minuciosa de toda la zona afectada. Localmente haremos una limpieza lo más eficaz posible de la cavidad por medio de suero fisiológico a presión. Preferimos éste a todos los antisépticos débiles, pues

los fuertes no se deben de usar y lo importante aquí es la función de arrastre.

Si no hay fenómenos inflamatorios amplios y si contamos con dientes en ambas arcadas, de momento nos bastará hacer cerrar la boca en oclusión normal y poner un vendaje exterior o mentonera que mantenga la boca cerrada. La alimentación será únicamente líquida y se administrará por boca o si hay dificultades por medio de una sonda nasal, que una vez introducida se puede dejar en posición por medio de unas tiras de esparadrapo o algún otro artificio.

Una vez pasada la fase aguda o cuando el profesional juzgue oportuno se harán los medios de contención definitivos, variables en cada caso según el tipo de fractura, citaremos la ferula de KINGSLEY combinada con vendaje externo, el aparato de FERRATON, muy semejante al anterior, la palanca de ERNEST si hay desviación de fragmentos, etcétera, etcétera.

Las fracturas de maxilar inferior, que como ya sabemos son mucho más frecuentes, pueden ir acompañadas de todas las complicaciones ya enumeradas y a veces tienen una gran intensidad. Además de las localizadas en cresta o borde alveolar (comunes a ambos maxilares) pueden ser de rama horizontal, de ángulo, de rama ascendente, de condilo y de apofísis estiloides. Lógicamente se comprenderá que pueden presentarse una sola o asociadas entre sí y a las superiores.

Su síntoma primordial es la imposibilidad que tienen los heridos de cerrar bien la boca. Esto se debe a la desviación de los fragmentos por la acción de los distintos grupos musculares, siendo el fragmento más pequeño el que se desvía. Las que son en línea media de mentón (poco frecuentes), cuesta a veces por exploración visual darse cuenta de la existencia de la lesión, debido al equilibrio muscular, cosa que al explorar con las manos se aclara al apreciarse la movilidad y crepitación con facilidad.

Podemos tener lesiones de partes blandas o de piezas dentarias que nos impidan actuar de momento sobre la fractura. En las partes blandas hemos de tener presente sobre

todo que no se produzcan cicatrices viciosas ni que se nos separen los fragmentos del hueso fracturado. Esto es de una importancia capital y en ocasiones da lugar a fracasos posteriores en el tratamiento de la rotura ósea. Haremos, por tanto, la limpieza quirúrgica con el mayor esmero y si hay que hacer suturas procuraremos así mismo, que sean lo más estéticas posibles, tratando siempre de no mutilar nada más que lo indispensable, porque además de las acciones musculares y cicatriciales que pueden ser fatales para nuestro trabajo posterior, tenemos que mirar con gran interés por el resultado estético de todas nuestras intervenciones, para evitar las desagradables consecuencias que se originan a estos desgraciados. Esto como es natural tiene mayor importancia y frecuencia en los heridos por fracturas de guerra.

Los lavados y alimentación en los fracturados mandibulares son análogos a los ya citados para los pacientes con fracturas de maxilares superiores.

En cuanto a los cuidados en las partes duras, diremos que no se debe dejar nunca ninguna raíz ni pieza sospechosa en una boca que se va a bloquear. Aunque se demore unos días la reducción e inmovilización de una fractura se harán todas las extracciones que sean necesarias, pues nos exponemos si no obramos de esta forma a tener que deshacer todo el trabajo que hayamos realizado e incluso a romper un callo ya en formación, por haberse activado la virulencia de los gérmenes habituales en boca, dando lugar a celulitis o complicaciones óseas con todo su cortejo de síntomas, cosa fácil de ocurrir por el estado deficiente de alimentación de estos pacientes y por sus lesiones bucales y como consecuencia con un déficit de defensas orgánicas.

Después de haber realizado todas estas intervenciones, esto es, después de haber dado fin a todas las operaciones y cuidados de urgencia que necesitase nuestro paciente, pasaremos a la inmovilización de urgencia de la fractura. Para mí, este punto no requiere la gran importancia y premura que le dan la mayoría de los autores. El reducir una fractura, pongamos por ejemplo, en la línea de fuego, no

es necesario ni útil a la larga, pues si luego y por no haber realizado las operaciones preliminares de limpieza y puesta a punto del herido nos encontramos con complicaciones locales y generales de una envergadura mayor sin duda que la fractura, habremos perdido un tiempo precioso y se habrá perjudicado la curación y recuperación del herido. Verbi gracia, pensad en un fracturado bloqueado con una osteomielitis por haber dejado una pieza dentaria o un trozo de maxilar en malas condiciones, una angina de LUDWING e incluso una septicemia o neumonía por aspiración. ¿Qué puede pasar por dejar unos días los fragmentos sueltos? Una pseudo-artrosis; de ninguna manera, pues ésta se formaría si hubiese una unión deficiente o insuficiente, pero no habiendo unión de los fragmentos no ocurre nada y no pensemos en la necesidad de avivar los bordes óseos por tener que esperar 10 o más días para inmovilizarlos, porque no es necesario.

De todas formas habrá ocasiones en las que antes de hacer la contención definitiva tengamos que usar un procedimiento de urgencia o mejor, provisional, mientras hacemos el que mantendremos en boca todo el tiempo de duración del tratamiento.

Los procedimientos variarán según el tipo de fractura teniendo como es natural que adaptarnos a ésta. Si es lineal y tenemos dientes a ambos lados de la fractura con una atadura de alambre corriente o del tipo empleado por Yvy y un vendaje exterior podremos pasar hasta que se confeccionen el permanente. Si queremos hacerlo algo más consistente podemos emplear un arco corriente con ligaduras en todas las piezas, como es el apósito de urgencia de SAUER. Para los vendajes externos hay algunos ya clásicos como el antiguo de OMBREDANNE, análogo a los capistrum simplex y duplex de los autores alemanes. Nosotros preferimos, sobre todo si la fractura radica en ángulo o rama ascendente los procedimientos de BRHUN o de nuestro compatriota SÁENZ DE LA CALZADA y también nuestra mentonera que nos da resultados excelentes para estas fracturas, no ya como apósito de urgencia, sino como úni-

co medio de contención para el total tratamiento de la fractura. En las fracturas dobles dependerá de las líneas de fractura, haciendo en ocasiones una combinación de ligadura y vendaje o mentonera y si hay pérdida de sustancia recurriremos a un artificio que nos mantenga en posición los fragmentos óseos, siendo fácil hacer unas férulas o coronas con una barra e incluso con dientes que rellenen la pérdida de hueso.

Como medios definitivos de contención figuran muchos en los tratados, y entre los más sencillos citaremos los de HAMMOND, que es un arco doble de una sola pieza, esto es, lingual o palatino y vestibular. Nosotros lo hemos empleado y dá buen resultado, tiene únicamente como inconveniente la dificultad mayor para pasar los hilos de ligadura. El Dr. HAUPTMEYER, tiene muchos procedimientos y dispositivos propios, algunos son tipo móvil, bases coladas con la huella de las piezas dentarias, otros con charnela e incluso con planos inclinados, pero donde queremos hacer más hincapié es en su procedimiento de ligadura continua en forma de 8 de guarismo en el que no son necesarios los arcos, ya que la misma ligadura actúa como tal soporte. Un compatriota nuestro, el doctor CAROL, lo ha perfeccionado; desde luego es útil, pero a nosotros no nos ha dado resultados concluyentes, pues en los primeros días de inmovilización, cuando aún los distintos grupos musculares mantienen su tono elevado, se suele aflojar bastante todo este artificio y aún con las asas que se confeccionan para el tensado, no es raro se rompa el hilo y tengamos que reconstruir, todo o la mayor parte del sistema.

Cuando tenemos que recurrir al bloqueo total empleamos corrientemente unos arcos sencillos con un par de bandas por arco más sus ligaduras corrientes, a veces dobles, con lo que obtenemos buenos resultados y además simplificamos las cosas. Generalmente estas bandas las cementamos, aunque en ocasiones las hemos usado partidas con tornillo y tuerca y con arco roscado alojado en su ca

nal correspondiente (igual al dispositivo ANGLE de ortodoncia).

Es posible que se piense que nos hemos dejado olvidado un punto de la mayor importancia. Fácilmente se comprenderá que se trata del dolor. Este es sin duda uno de los mayores cuidados que tenemos en los primeros momentos. Muchas veces ocurre que pasados los primeros instantes, pacientes con fracturas de maxilares superiores o inferiores, no aquejan casi molestias y llegan, con gran asombro de muchos, hasta masticar alimentos de consistencia bastante dura. No es extraño, pues si ha habido, en maxilar inferior por ejemplo, rotura íntegra del nervio dentario, hay una anestesia casi total de la porción distal del hueso en su totalidad y como por la desviación de los fragmentos óseos, éstos no se rozan, aunque se muevan no tienen porqué en realidad padecer grandes dolores. Ahora que ésto no es la regla; muchas veces el dolor es tan intenso que estos pacientes no descansan y no se alimentan por temor a meterse algo en la boca con el aumento consiguiente de sus sufrimientos.

Recurriremos siempre que haga falta a los calmantes del tipo necesario, no dudando en las aplicaciones de morfina o sucedáneos, administrando analgésicos más débiles a medida que disminuya la intensidad del dolor y para no crear habituación.

En nuestras intervenciones, aunque sean ligeras, practicaremos anestesias, tronculares o por infiltración, prefiriendo la primera por evitarse corrimiento de gérmenes con destrucción de barreras defensivas. Las anestesias generales largas no tienen fácil aplicación, por su técnica corriente de administración y las breves (cloruro de etilo) son de uso muy limitado, por su corto tiempo de narcosis. El doctor SÁNCHEZ GALINDO, entre los nuestros, usa la anestesia intratraqueal por medio del aparato del doctor MACCINTOS, modificado y perfeccionado por él con un aditamento ingeniosísimo, dándole resultados magníficos..

RESUMEN

Como resumen general de todo lo dicho condensaremos brevemente todos los cuidados a nuestros pacientes, por el orden que deben de ser aplicados:

1.º Atenderemos al estado general del herido, lipotimia, shock, conmoción, hemorragia, etc.

2.º Aplicación de sueros antitetánico y antigrangrenoso cuando se estimen necesarios o en caso de duda.

3.º Atención de las heridas de partes blandas, metralla, proyectiles o cuerpos extraños, que en ocasiones pueden ser propias piezas dentarias, sobre todo en línea de fractura, para evitar supuraciones posteriores.

4.º Extracción de raíces y piezas sospechosas existentes en toda la boca.

5.º Alimentación líquida del paciente, lo más abundante y rica en principios nutritivos posibles, y

6.º No tocar más de lo necesario la fractura, pues de una sencilla podemos hacer una complicada.

Estos apartados tienen comunes dos condiciones, hacer el menor daño posible y la mayor asepsia, asepsia que será grande en el instrumental empleado, en nuestras manos y en boca y heridas del paciente.

Con todos estos cuidados puestos al servicio de nuestra técnica, conseguiremos en pocos días que el estado general del herido sea bueno y que las lesiones cursen la generalidad de las veces bien, aunque por desgracia y a pesar de todos nuestros desvelos siempre no es así, contando para entonces, además de la terapéutica quirúrgica, con unos poderosos auxiliares como son los medicamentos sulfamídicos o sulfatiazólicos, tanto localmente como administrados peros o parenteralmente, aparte de tantos remedios empleados clásicamente. Vencidas estas dificultades, si es que se presentaran, haremos el medio de contención definitivo que creamos más indicado. En el porvenir tendremos que contar con los nuevos métodos emplea-

dos por americanos y alemanes para huesos largos y puestos en vigor ya en boca, tratando, cosa a veces no fácil de conseguir, el lograr una perfecta oclusión, en bien de la estética y sobre todo de la función masticatoria, pues aquí no podemos permitirnos la menor anomalía como ocurre en otras fracturas, en las que un acortamiento o desviación, no ya de milímetros, si no de centímetros, se considera como un éxito; en boca sería un fracaso, una impotencia funcional y quien sabe si un ser desgraciado por el aspecto anormal de su rostro.



• ANESTESIA TRONCULAR SIMULTANEA EN AMBOS LADOS(*)

por el

Prof. Dr. Fernando Orensanz

V

ESTE concepto no necesita que insistamos más en su definición; la técnica a emplear no necesita más complicación que la anestesia troncular en un solo lado.

Unicamente el hecho de que la cantidad de anestésico sea el doble puede ser tenido en consideración; a pesar de ello no sobrevienen trastornos al paciente.

Indicaciones.—Rara vez está indicada en la práctica corriente, porque casi nunca actuamos al mismo tiempo en ambos lados. Pero no porque no sea posible efectuarla.

En efecto, pocas veces será preciso hacer, por ejemplo,

(*) Véanse nuestros números de marzo, mayo, junio y julio.