TRAUMATISMOS DE LA CARA (*)

por el

DR. FUSS

Subraya el autor la importancia actual de estas lesiones cuya frecuencia está muy aumentada por los accidentes de tráfico, así como por agresiones y atentados y, por no llevar la protección del vestido, también son frecuentes las quemaduras y lesiones por explosión. Sus estrechas relaciones con la cavidad buconasal, ojos, oídos y cráneos prestan un especial peligro a las eventuales complicaciones de estos traumatismos (infección, hemorragia). Finalmente, en ninguna parte tienen un papel tan importante como en la cara las consecuencias cosméticas de un traumatismo.

En el caso de lesiones exclusivas de las partes blandas, nuestra primordial tarea será la de restaurar la forma y función de las partes dañadas por medio de las suturas adecuadas, las que realizaremos cuando creamos haber evitado las complicaciones que amenazan (hemorragia, necrosis, infección), las que, por una parte, pueden hacer fracasar la cicatrización y, por otra, provocar una infección progresiva. La exigencia de una exacta restauración es aquí categórica, pues las deformidades de la cara no sólo tienen importancia por motivos estéticos, sino por sus posibles consecuencias profesionales. La evitación de complicaciones es de gran interés, puesto que ellas pueden hacer fracasar el éxito cosmético de la curación.

Hay que tener en cuenta que las infecciones aquí desarrolladas se extienden con facilidad, por un lado, al cuello y mediastino y, por otro, al encéfalo y meninges, debido a las anastomosis venosas. A pesar de estos peligros existe, en cambio, la circunstancia favorable de que las lesiones de la cara, a consecuencia de la rica vascularización de sus tejidos, tienen marcada tendencia a una pronta curación. Si las lesiones son exclusivamente cutáneas hay que procurar que la escisión de los bordes sea lo más reducida posible, pudiendo en general ser consideradas como heridas no infectadas; si hay zonas contusas, se limita la escisión a las partes en supuesta necrosis.

(*) «Dtsch. med. Wschr.»

Referente a las suturas, pueden conseguirse buenas cicatrices, haciéndolas intradérmicas en los casos en que sea posible. Para suturas corrientes deben usarse agujas atraumáticas y seda muy fina, que se quitará muy pronto para mejorar el éxito cosmético. Evitar cuidadosamente que las suturas queden tensas para evitar la sección de tejidos o una mala nutrición de la piel o necrosis.

Si las pérdidas de sustancia son muy extensas puede dejarse al descubierto la lesión y hacer luego una plastia secundaria, o bien hacer esta plastia de un modo primario. Si no hay comunicación con la cavidad bucal es preferible este último proceder (injertos de Thiers, colgajos obtenidos con dermatomo, desplazamiento de colgajos o colgajos tubulados), que evita la retracción secundaria por la cicatriz. Estos injertos prenden mucho mejor sobre la herida fresca que sobre las superficies en granulación. Si las lesiones asientan solamente sobre la mucosa bucal, vale para su tratamiento lo que hemos dicho de las heridas de piel, siendo necesario solamente dar unos puntos de sujeción. El lavado mecánico continuo que hace la saliva ejerce una acción que favorece la curación.

Cuando existen dudas sobre el éxito del tratamiento efectuado conviene hacer profilaxis de la infección, empleando las sulfamidas o antibióticos al interior, pues su empleo local es de escaso resultado. Si aparecen síntomas de infección, el combatir ésta en sus comienzos es imprescindible, combinando la abertura de las suturas con la administración de antibióticos y sulfamidas.

Como en todas las heridas casuales, existe aquí el peligro del tétanos, que se presenta entonces con el cuadro del tétanos cefálico (Rose). Por esto se hará siempre en estas heridas la profilaxis con suero.

Otras posibles complicaciones son las lesiones del facial y parótida. El facial puede estar seccionado total o parcialmente y también afectado por edema o hematoma de las partes vecinas. Si la continuidad del nervio persiste, la parálisis es reversible, aunque a veces se pasa hasta un año para su curación; estos casos se tratarán con galvanización, masaje, calor, etc. Si es evidente la sección completa, se hará sutura primaria del nervio. Las lesiones de la parótida pueden ocasionar posteriormente fístulas rebeldes. Si la lesión es del conducto excretor, debe intentarse la sutura primaria hecha sobre catéter ureteral o alambre. Si la lesión es del cuerpo glandular, la exacta sutura de la cápsula impide la fístula. La radioterapia puede conseguir también el cierre de las fístulas.

Dentro de los traumatismos de la cara, adquieren actualmente gran importancia las quemaduras, unas veces limitadas a esta zona y otras

junto con quemaduras extensas de otras superficies corporales. El tratamiento local de las quemaduras de la cara debe estar inspirado en la consecución de un buen resultado cosmético, así como en evitar el dolor y la infección. En sus primeras horas pueden considerarse como lesiones estériles. Nuestra primera tarea será eliminar las necrosis, absorción de los exudados y mantener su esterilidad.

El empleo de un vendaje aséptico sin más medicamentos nos permite llenar esta indicación, dejándonos libre la posibilidad de emplear cualquier terapéutica posterior. En la cara no tienen aplicación el método del cepillado ni el vendaje compresivo de Koch y Allen. Los tratamientos sin vendaje tienen aquí amplia aplicación, empleándose medicamentos secantes, como el polvo de aluminio, la gelatina estéril y otros; el tanino, que había sido rechazado, aquí, dada la escasa superficie a tratar y, por tanto, la falta de acción tóxica, es recomendable su empleo en forma de «spray» sin vendaje. El empleo local de sulfamidas y antibióticos no es fundamental, y la experiencia del autor es poco favorable a su empleo.

(R. Pozo. B. M. I., 12771.)

«JORNADA ODONTOLOGICA» EN VALENCIA

La «Revista Española de Estomatología», por su Delegación Científica en Valencia, ha organizado una Jornada Odontológica en colaboración con el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la II Región, y el Servicio de Estomatología del Hospital Provincial.

Participarán en esta Reunión: la Dirección, Redactores y Colaboradores de «Revista Española de Estomatología» en Barcelona; y las Redacciones, Colaboradores y Delegaciones Científicas de la Revista en Madrid, Zaragoza y Valencia. Y se celebrará el 28 de junio de 1958.

En el Servicio de Estomatología del Hospital provincial, de nueve a doce de la mañana, tendrán lugar las siguientes intervenciones y demostraciones sobre enfermos: «Demostración de la técnica para el tallado selectivo en las parodontopatías», por el doctor José Lobera Rubio (Zaragoza). «Intervención: gingivectomía en enfermo paradontósico», por el doctor José Boniquet Alfonso (Barcelona). «Nueva técnica sobre tratamiento en linfocelulitis maxilares», por el doctor Fermín Navarro Sánchez (Zaragoza). «Demostración de la técnica de preparación de corona jacket de porcelana», por el doctor Santiago Jané Ferrer (Barcelona). «Anestesia del maxilar superior por vía ptérigo-palatina», por el doctor Evaristo Martí Fabregat (Tortosa, Tarragona).

Y las mesas de demostración siguientes: «Toma de mordida constructiva para el activador», por el doctor Diego Costa del Río (Barce

lona). «Nueva técnica de inyección de plásticos mediante una prensa simplificada», por el doctor Fernando Ramón-Amat (Barcelona). «Placas ortodóncicas Carol», por el doctor Juan Carol Murillo (Barcelona). «Dentaduras con molares autóncmos de base elástica e intercambiables», por el doctor José Ferriols Vidal (Valencia). «Ligaduras auxiliares en ortodoncia y mantenedores de espacio», por el doctor Francisco Casas Romeu (Barcelona). «Implantes Formiggini», por el doctor Carlos Perrón Andrés (Alcira, Valencia). «Tracción occipital en ortodoncia», por el doctor Alberto Cervera Durán (Valencia).

En el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos, de cuatro a nueve de la tarde, la presentación de casos clínicos y lectura de comunicaciones: «Osteofibroma de maxilar», por el doctor Víctor de Sada Tejero (Madrid). «Osteosíntesis mandibular», por el doctor Luis Lafora García (Valencia). «Métodos quirúrgicos de extracción en casos poco corrientes», por el doctor Luis Carol Murillo (Barcelona). «Nuevo modelo de aguja para suturas del paladar», por el doctor Pedro Jovez Pérez (Madrid). «Neuralgias trigeminales», por los doctores Wladimiro Mundi Galianas y Fermín Navarro Sánchez (Zaragoza). «Piofagia», por el doctor Francisco Carmona Rodríguez (Valencia). «Aparatología móvil en ortodoncia», por el doctor Juan Carol Murillo (Barcelona). «Tratamiento ortodóncico de dientes retenidos», por el doctor Francisco Casas Romeu (Barcelona). «La voluntad, la afectividad y el inconsciente, en relación con la odontología», por el doctor Manuel Roig Tarín (Valencia). «Aspectos clínicos en la práctica odontológica infantil», por el doctor Carlos Antolín Paz (Zaragoza) «Consideraciones sobre el factor terreno en endodoncia», por el doctor Enrique García Martínez (Valencia). «Factores endocrinos en endodoncia», por el doctor Federico Carbonell Antolí (Valencia). «Regeneración de los tejidos del parodonto marginal», por el doctor Félix Gómez Jara (Madrid). «Parodontosis: exploración», por el doctor José Boniquet Anfonso (Barcelona). «Parodontosis: diagnóstico», por el doctor José Martínez Cano (Barcelona). «Parodontosis: tratamiento», por el doctor José L. Echeverría Muro (Barcelona).

A las diez de la noche, tendrá lugar una «Cena de Camaradería» entre los componentes que participan en esta «Jornada Odontológica».

Nos place registrar este formidable estímulo que significa «Revista Española de Estomatología», que con su incansable iniciativa ha sido capaz de promover a toda esa serie de competentes colegas y presentar, en un sitio y en otro, el digno fruto de sus actividades científicas y profesionales.

Vaya, pues, con este breve comentario nuestra sincera enhorabuena al cuerpo de redactores de nuestra colega en la prensa y a su director, el doctor Nadal-Valldaura.