

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-

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.

¿CUANDO DEBEN EXTRAERSE LOS DIENTES TEMPORALES?

por el
DR. LUIS S. GÓMEZ COMES

616.314.9-08

Las piezas dentarias que componen la primera dentición deben quitarse cuando están comprendidas dentro de los siguientes apartados:

- 1.º Cuando duelen.
- 2.º Cuando están infectados.
- 3.º Cuando estorban la erupción de los permanentes.

1.º *Cuando duelen.*—A gran cantidad de trastornos pueden conducir en el niño los dolores fuertes, y en ocasiones continuados, de cualquier localización, y más si radican en su boca; dolores que siempre se exacerban con la masticación y con la respiración si hay alguna pulpa expuesta, con lo cual no se alimentan debidamente, lo que puede llegar a acarrear multitud de fenómenos, incluso carenciales, sin olvidar los vicios masticatorios, que harán que esta tan importante función, iniciación de toda la del amplio aparato digestivo, se empiece ya con déficit, con lo que ni el funcionamiento general del citado aparato será normal, y la asimilación alimenticia estará dificultada y disminuída, y las consecuencias para el total del organismo son de fácil resolución: disminución de todas las funciones fisiológicas, escasez de defensas orgánicas y, por tanto, más facilidad para contraer enfermedades. Como el niño sufre, su sistema nervioso estará excitado, fácil al mal humor y al llanto; su descanso está también turbado, pues en la posición normal para dormir sus dolores aumentan, al ser mayor el aporte sanguíneo de la cabeza, con la congestión de todos los capilares, que da lugar al aumento del dolor. Localmente, en boca, la persistencia de la pieza que duele origina muchos trastornos que iremos exponiendo; pero queremos llamar la atención sobre uno que da lugar por los vicios de masticación del niño a que por instinto de defensa mastique siempre por el mismo lado, ocasionando una hipertrofia de los músculos y huesos del lado sano y una atrofia de los del que radica la pieza enferma; estéticamente ya tenemos el origen de una deformidad del rostro, que tiene gran importancia y funcionalmente una masticación defectuosa. Quedan muchas otras cosas que iremos viendo y que pueden ser de gran interés e importancia.

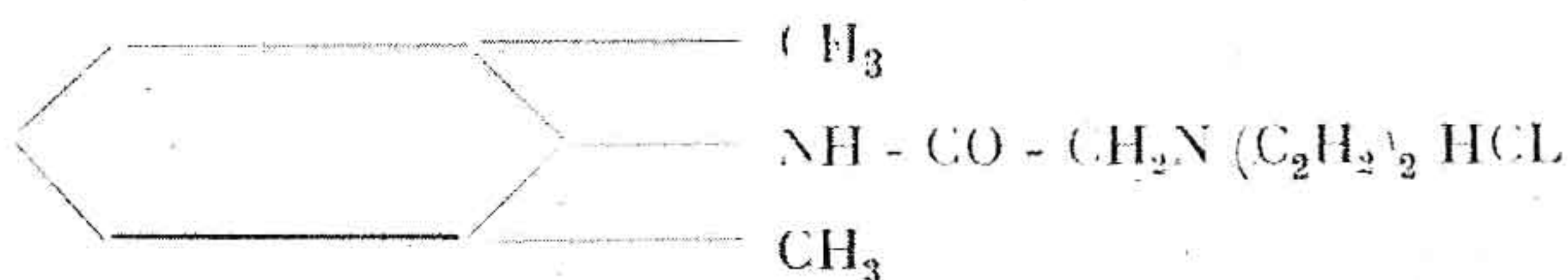
ENSAYOS CLINICOS CON UN NUEVO ANESTESICO LOCAL: LA XILOCAINA

por el

DR. LUIS S. GÓMEZ COMES

616.314 - 089.578.122

En el lógico deseo de superación que impera en el mundo científico, ha sido lanzado al uso de los médicos un nuevo producto, el anestésico local clorhidrato de dietilaminoacetato 2,6 xylicidina, cuya fórmula química es:



y que comercialmente responde al denominativo de *Xilocaina*.

Sus particularidades más salientes son: su gran estabilidad, pudiéndose tener gran tiempo expuesta a la acción del calor sin descomponerse, por lo que su estabilización y esterilización son perfectas.

Se prepara en dos tipos, con epinefrina (adrenalina) y sin ella. La forma primeramente citada contiene menos de un 50 por 100 de adrenalina que los anestésicos corrientes hoy en uso, es decir, que por cada 100 c. c. de solución anestésica, van 0,0012. Esta reducción tan grande de adrenalina es posible debido a que el poder analgésico de la xilocaina es mucho mayor que el de la novocaína, con lo cual, y en teoría, todos los fenómenos de hemorragias, lipotimias, etc, disminuyen grandemente.

Su ph. es igual o similar al del cuerpo humano, con lo que se excluyen las complicaciones a que da lugar el que un líquido inyectado no sea isotónico.

La rapidez de su acción, su duración y la amplia zona privada de sensibilidad son muy notables.

Hemos coincidido con Gruber y colaboradores y con Lloyd en todas sus apreciaciones; el primero, entre sus más importantes conclusiones, dice que la xilocaína posee doble poder anestésico que la novocaína, que el campo de acción es mucho mayor que en otro anestésico, que su rapidez de analgesia es también más breve, su duración es muy prolongada, raramente produce efectos secundarios y no tiene acción inhibitoria sobre las sulfamidas y antibióticos.

El citado Lloyd, jefe de los Servicios Dentales del Hospital de la Marina de los Estados Unidos, ha efectuado con sus colaboradores más de 900 anestесias, siendo lo más resaltable de su experiencia, que inyectaron xilocaína en un hemimaxilar y en el otro novocaína, obteniendo resultados en todo favorables a la primera en cuanto a rapidez, duración e intensidad de anestesia, excepto en dos casos.

Gordh, del Hospital Carolino de Estocolmo, ha realizado experiencias con la xilocaína en cirugía general, con anestесias subcutáneas, intradérmicas, por infiltración, tronculares, espinales y por superficie, así como terapéuticas para mitigar grandes dolores. Sus resultados en cuanto a anestesia, posología, estabilidad y duración fueron ampliamente satisfactorios, diciendo de los grandes resultados obtenidos, que la introducción de un nuevo analgésico sólo se justifica si éste reúne ventajas evidentes sobre los ya consagrados, terminando por recomendar el uso de la xilocaína, principalmente para las anestесias por infiltración y tronculares.

En nuestra estadística, de 132 anestесias realizadas con xilocaína, hemos logrado los siguientes resultados: desglosados en tiempo, alteraciones cardíacas, intervenciones, zona anestesiada, duración, complicaciones y fracasos.

Tiempo.—Comenzamos a intervenir a los enfermos desde pasados los breves segundos de dar a nuestro ayudante la jeringa y coger el fórceps o fresa, hasta dejar pasar tres minutos. La analgesia perfecta la logramos al minuto y minuto y medio. El tipo de anestesia ha sido variable en las de infiltración, intraligamentosas, intraóseas o mucosas simplemente. La rapidez ha sido siempre la regla. Realizamos tres anestесias tronculares o por conducción en maxilar inferior. Entre los seis y nueve minutos se logró la anestesia total, lle-

gando hasta el incisivo lateral del hemimaxilar intervenido. No hemos apreciado diferencias sensibles entre los tipos con y sin epinefrina, en cuanto a rapidez de acción.

Aparato circulatorio.—Hay que tener en cuenta que, muchas veces, la taquicardia o palpitaciones se producen por causa emotiva en proporción equivalente a las de la acción del anestésico. En nuestra estadística se nos ha presentado un ligero aumento en la frecuencia del pulso en nueve casos. En el resto permaneció normal. Esto es muy elocuente, sobre todo en los *cinco cardíacos* (núms. 15, 21, 82, 92 y 130), en los que no se produjo la más ligera anomalía de ritmo, lo mismo que en una epiléptica (núm. 25). No hemos tenido ninguna otra anomalía o alteración circulatoria, incluídas las lipotimias. Esto lo atribuimos a que, como hemos citado anteriormente, la adrenalina contenida es menos del 50 por 100 de la que normalmente va en los anestésicos que la engloban en su fórmula. Naturalmente que en la sin adrenalina tampoco hemos tenido la más ligera alteración.

Intervenciones.—El porcentaje mayor han sido las exodoncias, habiéndose efectuado un total de 148. Como más salientes tenemos los enfermos números 2, 11, 17, 28, 68, 76, 111 y 124, en alguno de los cuales se hicieron cuatro extracciones de una vez, con una o dos ampollas de anestesia. Las utilizadas contienen 1,5 c. c., lo cual da idea del poder analgésico de la sustancia. Esto es muy importante pues al inyectar menos cantidad de líquido se evitan alteraciones tisulares, al mismo tiempo que la cantidad de "tóxico" es menor. En periodontitis agudas, inyectando lentamente se lograron anestесias perfectas, lo mismo que en las crónicas. Hemos realizado desvitalizaciones, tallados para pilares de distintos tipos, etc., siempre con excelentes resultados.

Extensión.—En las anestесias de tipo corriente por infiltración hemos apreciado los resultados siguientes: con la simple la extensión ha sido mayor, hecho lógico por difundirse más y con mayor rapidez; pero con menos intensidad anestésica que la producida por la que contiene adrenalina. Como promedio, podemos decir que en las intraligamentosas llegó la acción a dos piezas más de las situadas mesialmente a la interesada, y en las mucosas o mixtas, hasta cuatro piezas. Naturalmente que son anestесias relativas, pues aunque hemos efectuado en varias ocasiones cuatro extracciones de una vez, actua-

NÚM.	TIPO ANES- TESIA	TIEMPO — <i>Minutos</i>	PULSO	OPERACIÓN	ZONA ANESTDA.		OBSERVACIONES	
					<i>Dient. al Dient.</i>		<i>Ampolls.</i>	<i>Resultado</i>
1	CE	2	l. a.	Ex. 18	18	14	1	Magnífica.
2	CE	1,30	n.	Ex. 22/23	23	21	1	"
3	CE	1,30	n.	Talld. 46	46	43	1	" (15 m. interv.).
4	CE	4	n.	Ex. 48	48	44	2	"
5	CE	4	n.	Ex. 47 P	47	44	1,5	Flemón bien.
6	CE	4	l. a.	Ex. 14	14	12	1	Magnífica.
7	CE	2	n.	Ex. 47 P	47	43	0,5	Bien.
8	CE	2	n.	Ex. 18	18	15	1	Magnífico.
9	CE	1	n.	Ex. 140	140	120	0,5	"
10	CE	2	n.	Ex. 410	310	410	0,5	"
11	CE	2	n.	Ex. 220/240	210	240	0,5	"
12	CE	4	n.	Ex. 37	37	34	2	"
13	CE	3	n.	Ex. 32/42	33	43	2	"
14	CE	3	l. a.	Ex. 34	34	31	1	"
15	SE	2	n.	Ex. 33	33	31	1	" (cardíaca).
16	CE	2	n.	Ex. 18	18	14	1	Magnífica.
17	CE	2	l. a.	Ex. 12/22				

NÚM.	TIPO ANES- TESIA	TIEMPO — <i>Minutos</i>	PULSO	OPERACIÓN	ZONA ANESTDA.		O B S E R V A C I O N E S		
					<i>Dient. al Dient.</i>		<i>Ampolls.</i>	<i>Resultado</i>	
34	SE	2,30	n.	Ex. 37 G	37	34	1,5	Magnífica.	
35	CE	2	n.	Ex. 15	15	13	0,5	"	
36	CE	2	n.	Ex. 14 R	14	12	1	"	
37	CE	1,30	n.	Ex. 33	33	31	1	"	
38	CE	1,30	n.	Ex. 27	27	25	1	"	
39	CE	2	n.	Ex. 16	16	13	1,5	"	
40	SE	2	n.	Ex. 48	48	46	1	"	
41	CE	2	n.	Ex. 17 RG	17	16	0,5	"	
42	SE	1,30	n.	Desvt. 15	15	13	1	"	
43	CE	2	n.	Ex. 18	18	16	1	"	
44	CE	2	l. a.	Ex. 27 G	27	25	1,5	Bien.	
45	CE	2	n.	Ex. 15/14	15	13	1	Magnífica.	
46	SE	1	n.	Ex. 110 R	110	210	0,5	"	
47	SE	2	n.	Ex. 24 G	24	22	2	"	
48	CE	1,30</							

NÚM.	TIPO ANES- TESIA	TIEMPO — <i>Minutos</i>	PULSO	OPERACIÓN	ZONA ANESTDA.		O B S E R V A C I O N E S	
					<i>Dient. al Dient.</i>		<i>Ampolls.</i>	<i>Resultado</i>
67	CE	2	n.	Ex. 44 P	44	41	1.5	Magnífica.
68	CE	3	n.	Ex. 24/25	25	22	1.5	"
69	CE	3	n.	Ex. 37 G	37	35	1	"
70	CE	3	n.	Ex. 16 G	17	15	1.5	" flemón.
71	CE	2	n.	Ex. 45	45	43	1	"
72	CE	1,30	n.	Ex. 110/120	130	230	0,5	"
73	SE	2	n.	Ex. 44	44	42	1	Bien.
74	CE	3	n.	Ex. 48 P	48	45	1,5	Magnífica.
75	CE	2	l. a.	Ex. 140	140	120	1	"
76	CE	2	l. a.	Ex. 31/41	33	43	1	"
77	CE	2	n.	Talld. 15	15	13	1	Magnífica.
78	CE	2	n.	Ex. 16	16	13	1	" (20 m. interv.).
79	CE	3	n.	Ex. 46 P	46	43	1,5	"
80	CE	2	n.	Ex. 27 P	27	24	1,5	"
81	CE	2	n.	Ex. 15/14 R	15	12	1,5	"
82	CE	1,30	n.	Ex. 16	16	14	0.75	" (cardíaca).
83	CE	1,30	n.	Ex. 12	12	11	0.5	"
84	CE	2	n.	Ex. 12 R	13	11	0,75	"

100	CE	1,30	n.	Talld.	33	33	31	1	"
101	CE	1,30	n.	Ex.	230/240	240	210	1	"
102	CE	2	n.	Ex.	34	34	32	1	"
103	SE	1,30	n.	Ex.	36	36	34	1	"
104	CE	1,30	n.	Ex.	47 P	47	45	1	"
105	CE	6	n.	Ex.	38	38	32	1	" (trunc. e incluído).
106	CE	1,30	n.	Ex.	16 R	16	14	1	"
107	CE	2	n.	Ex.	14 R	14	12	1	"
108	CE	2	n.	Ex.	16	16	13	1	"
109	CE	2	n.	Ex.	13	13	21	1	" (s. incluído).
110	CE	2	n.	Ex.	25 R	25	22	1	"
111	SE	2	n.	Ex.	25	25	23	1,5	" (celulitis).
112	CE	2	l. a.	Ex.	13 R	13	11	1	"
113	SE	2	n.	Ex.	36 R	36	34	1	"
114	SE	2	n.	Ex.	27	27	24	1,5	"
115	SE	2	n.	Ex.	48 P	48	45	1,5	"
116	SE	2	n.	Ex.	46/47	47	45	1,5	"
117	SE	2	n.	Ex.	240	240	230	0,5	"
118	SE	1,30	n.	Ex.	26 R	26	24	1	"
119	CE	2	n.	Ex.	26	26	24	1	"
120	SE	2	n.	Ex					

mos con más de un pinchazo. En las tronculares en espina de Spix se apèrcibía una anestesia prácticamente hasta la línea media mandibular.

Duración.—Aunque es difícil dar tiempos exactos, por la dificultad de controlar a los enfermos una vez han abandonado nuestras clínicas, hemos podido constatarlo en muchos de ellos, que nos han dado cifras muy variables, pero de duración aproximada y de promedio de una hora. En lo referente a la duración verdadera en el momento de la intervención, hemos tenido operaciones como la de los enfermos números 3, 50, 51 y 78, con más de veinte minutos y con una sola ampolla de 1,5 c. c. en un caso y ampolla y media en los otros. Se trató de extracciones que hicieron precisa la fresa y que exigían el actuar lentamente. Gordh cita duraciones de seis a siete horas en inyecciones terapéuticas (cálculos renales, ciáticas, etc).

Complicaciones.—Prácticamente, ninguna. No se nos han presentado lipotimias ni otras alteraciones circulatorias, como tampoco en sistema nervioso. Unicamente en las 132 anestésias practicadas hemos tenido una hemorragia tardía (enfermo núm. 96), producida a las veinticuatro horas de intervenida, no imputable al anestésico y que cedió con un simple taponamiento de algodón realizado por la propia enferma (nos consultó telefónicamente). A esta misma paciente, a los cinco días, le realizamos otra exodoncia sin tomar precaución alguna, y no ocurrió nada anormal.

Fracasos.—Nos atrevemos a decir que no ha habido ningún caso que podamos catalogar como tal, pero hemos tenido un enfermo, el correspondiente a los números 58, 60, 65 y 73, al que le fueron practicadas siete extracciones en cuatro sesiones, y nos dijo que excepto en la primera intervención, en que la anestesia fué magnífica, en las otras, sin llegar a doler, había notado algo. Se empleó el tipo de xilocaína simple, y nos extrañó, pues creemos que no hubo defecto de técnica, pero la idiosincrasia ante el medicamento o variadas razones particulares pudieran aclarar el hecho.

Tenemos que resaltar que en los niños intervenidos con la xilocaína siempre se obtuvieron anestésias sorprendentes con media ampolla, exclusivamente.

Vistos los resultados obtenidos, fué intervenida una hija nuestra, de doce años de edad, de extirpación de amígdalas por el doctor Mo-

lina Colomer (17 noviembre último), y, a petición mía, fué anestesiada con xilocaína, empleando dos ampollas mezcladas (con y sin epinefrina), lográndose una magnífica y total anestesia.

En nuestra estadística figuran médicos intervenidos (núms. 32 y 59), los cuales han sido testigos de excepcional interés que pueden confirmar nuestras magníficas impresiones (doctores García-Santa-cruz y Martín Sánchez), ratificadas por la "American Dental Association", la que ha hecho pública en el "Journal of the American Association" del mes de octubre próximo pasado, la decisión de aconsejar el empleo de la xilocaína en los Estados Unidos; téngase en cuenta que la xilocaína original es sueca, de la Casa Astra Pharmaceutical, dados los resultados obtenidos y por la bondad de su fórmula, con concentraciones menos elevadas que la novocaína, y como creemos que la estadística es más elocuente que los objetivos que pudiéramos emplear, la publicamos íntegra, con la seguridad para el lector de que le ampliaremos y aclararemos todos los extremos que juzgue oportunos.

R E S U M E N

Las ventajas del empleo de la xilocaína en la línea odontológica podemos resumirlas como sigue:

- 1.º Falta de complicaciones: cardíacas, renales, nerviosas y tisulares.
- 2.º Rapidez de la anestesia.
- 3.º Anestesia de amplia zona.
- 4.º Anestesia profunda.
- 5.º Gran duración de la anestesia, la cual es sobrada para nuestras intervenciones.

Agradecemos a Rovi, S. A., el habernos facilitado todo el material, tanto anestésico como citas para nuestro trabajo.

Madrid, diciembre 1951.

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.

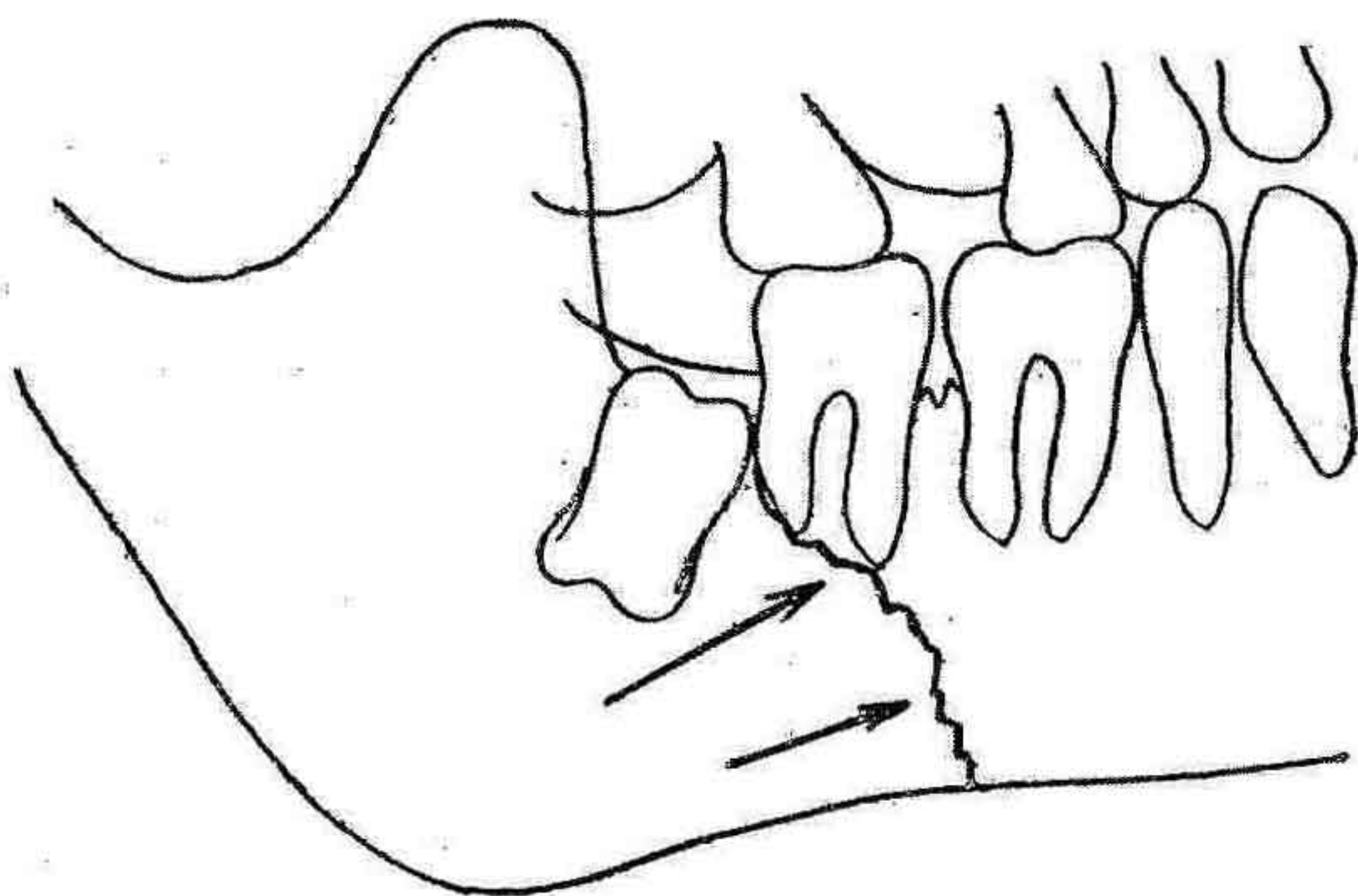
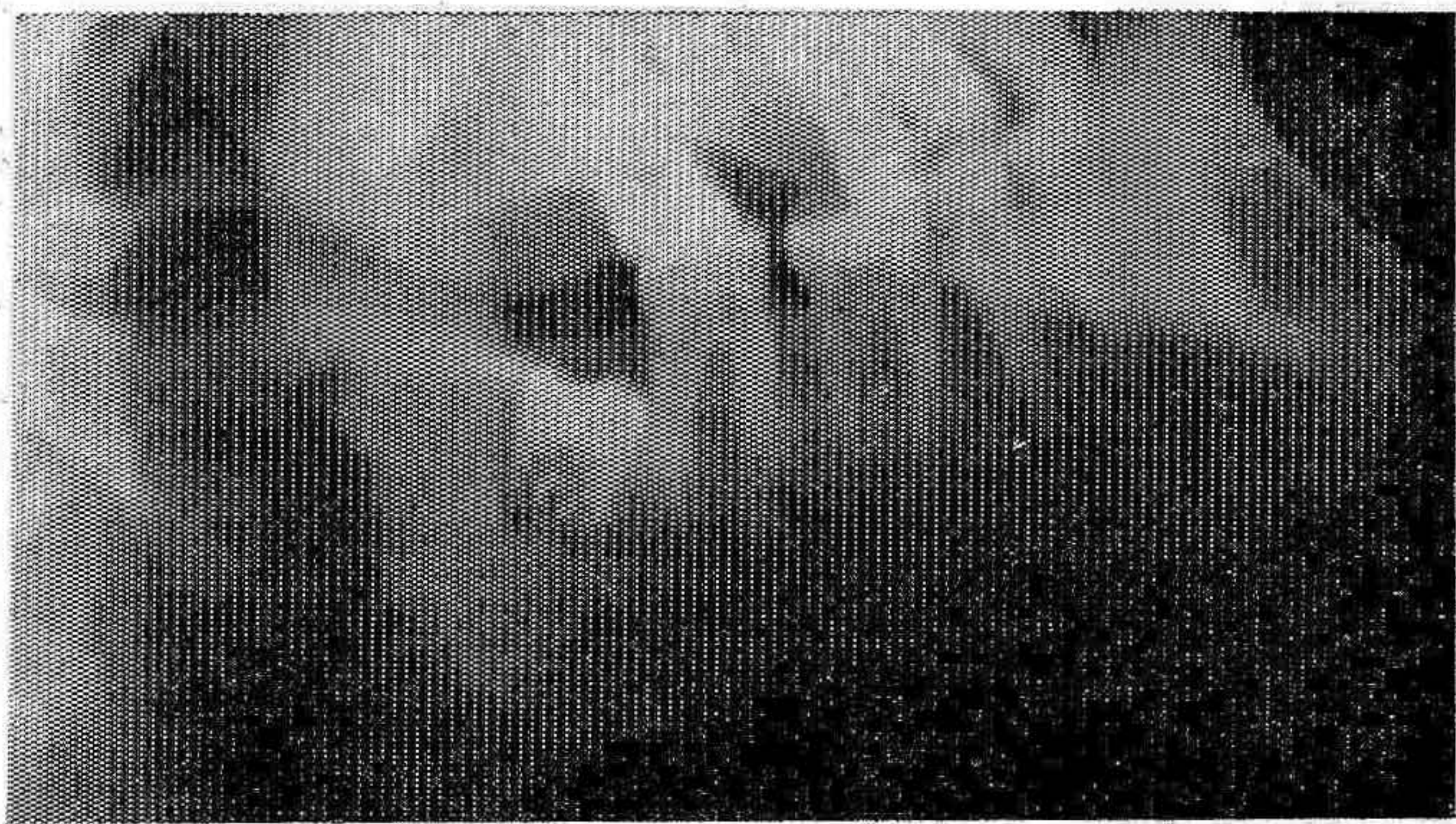


Fig. 4.—Las flechas indican la línea de fractura de la radiografía superior.

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

