

FRACTURAS MAXILARES. APARATOLOGIA

por los

Dres. MARÍA DEL CLAUSTRO MONTAÑA RAMONET

Odontólogo

y MANUEL BARAJA CARCELLER

Médico-odontólogo titular

Durante más de doce años vamos asistiendo y tratando a los accidentados de la Caja Nacional de Seguros de Accidentes del Trabajo de sus lesiones mandibulares. Y lo decimos de esta manera porque, efectivamente, siempre habían sido fracturas de mandíbula y nunca de maxilares.

Pero en el período de dos meses hemos tenido tres casos, lo cual no deja de ser insólito. El no haber tratado nunca fracturas de maxilares y el hecho de presentarse en tan poco tiempo estos tres casos, es lo que nos mueve a publicar la aparatología que se nos ocurrió para reducir estas fracturas.

Una vez ante el enfermo se nos plantea qué es lo que debemos hacer para tratarlo. Por lo pronto, tomemos las impresiones con alginate y vayamos madurando qué férulas tendremos que hacer.

No habiendo tratado anteriormente ningún caso de fractura de maxilar y hacer años que se terminó la carrera, yo creo que a casi todos lo que se nos ocurre es ir a consultar los libros de estudio y tratar de encontrar una férula que nos sirva para tratar el caso clínico que tenemos entre manos. Consultemos el *Fomon*, Port-Euler, Böheler, Patel, Escuela odontológica alemana, etc., etc., y nos encontraremos que este capítulo es tocado de pasada, y si no es así, nos encontramos con unos tratamientos anticuados o con una aparatología tan complicada y por ello perfecta, que resulta que, si se hace, más bien parece el andamiaje metálico de un edificio en construcción.

Por este motivo hay que dejar a un lado todos estos textos, darles las gracias por los servicios prestados, si no los de ahora, sí los que te prestó de estudiante, y empezar a cavilar, imaginar y poner en práctica algún aparato que te sirva para el caso y de paso que sea lo más sencillo posible.

Historias

Primer accidentado.—Juan Cabrera Moreno, de 29 años, vecino de Coripe y de oficio electricista.

Es llamado a una finca del término de dicho pueblo para arreglar el tendido eléctrico de los motores, estropeado por un temporal; era el mes de octubre de 1960. Se sube a un poste de madera y, una vez arriba, el poste, podrido en su implantación en tierra por efecto de la humedad y los años, se rompe y nuestro hombre cae desde lo alto, dando con la barbilla en el suelo. Se produce una herida abierta en región mentoniana, borde inferior; fractura de la mandíbula a nivel de los incisivos central y lateral derechos, y esa hemimandíbula fracturada transmite el impulso al maxilar superior derecho, separándolo traumáticamente de su homólogo izquierdo hacia arriba y afuera.

Tratamos la herida, la fractura de la mandíbula (caso curioso, sin desviación de fragmentos) y hacemos construir para el maxilar superior derecho la siguiente férula. Le faltaba en el maxilar derecho el primer bicúspide y la línea de fractura corría por la eminencia canina, dejando al canino con una gran movilidad.

Se construyó una placa en resina con una corbata al tercer molar izquierdo, en acero de 0,8 mm., y dos corbatas al lado derecho, al tercer molar y al segundo bicúspide.

Estas dos corbatas se iban cerrando un poco cada día hasta conseguir llevar el maxilar a su sitio. Estas dos corbatas, según iba el maxilar a su posición, se hacían largas, al encurvarlas para que hicieran tracción, y con un disco se iba cortando lo que sobraba. Por otro lado, la placa en un principio no estaba adaptada a los cuellos, sino separada, para dar lugar a la movilidad buscada. En seis días se consiguió el fin propuesto.

Analicemos el segundo caso.—Isabel L. D., de 31 años, con residencia en La Algaba, deshuesadora de aceitunas.

Al salir del almacén de aceitunas y camino de su casa ve venir a un amigo en moto y éste le grita en broma que la va a atropellar; ella piensa que como tal broma hará como que la atropella, pero que al estar cerca hará un guiño con la moto y no pasará nada; y el de la moto piensa que ella se quitará del sitio en que está y que todo

quedará en broma. Total, que ella no se quita y la atropella de verdad, dándole con el manillar en la región malar, en su parte inferior, fracturándole el maxilar correspondiente y propulsándolo hacia adentro, hacia la línea media. Estaba fracturado desde el incisivo lateral hasta la articulación con el palatino; probablemente este hueso acompañaba al maxilar. Por otro lado, el maxilar estaba desarticulado del malar.

Al abrir la boca, todo el grupo dentario estaba situado en la línea media bucal y se planteaba el llevar la arcada a su articulación normal con la mandíbula. Era un caso contrario al anterior.

Se tomaron las impresiones correspondientes y se hicieron coladas, en una sola pieza, tres coronas a los dos bicúspides y primer molar de la arcada derecha; se separó un poco y se cementaron. A estas coronas se soldó un alambre de acero en zig-zag, el cual a su terminación llevaba soldado otro alambre más grueso adaptado a los cuellos palatinos del maxilar fracturado. Este alambre en zig-zag se fué abriendo y su fuerza de expansión fué llevando al maxilar a su posición normal.

A pesar de lo aparatoso del caso, yo mismo me sorprendí de que en tres días se pudiera llevar el maxilar a su articulación anatómica.

Tanto en este caso como en el anterior eran en verdad aparatosos, de esos enfermos que «casi dan miedo» el verlos y tratarlos por su situación de *shock*, su aspecto aletargado, los enormes derrames en un tejido tan laxo como es la región facial, su cambio de color morado, amarillo vivo, amarillo pálido y su terminación al reabsorberse la sangre extravasada; pero hoy día, con los medios de que disponemos, a la semana o antes se encuentran fuera de la gravedad.

Hacemos resaltar esos síntomas graves porque la curación, llevando el hueso a su posición normal, o sea, reduciendo la fractura prontamente, es brillante, a veces casi milagrosa, y, claro está, a más gravedad y curación casi inmediata, la satisfacción de lo realizado es más brillante, por un lado, y el ánimo del operador sube de tono.

Y tercer caso.—Es el de José López Rodríguez, de 32 años, con residencia en Lora del Río, de oficio del campo.

Al salir de su trabajo e ir para su casa en bicicleta cogió una piedra grande y cayó de dicho vehículo, dándose un porrazo en los dientes anteriores y superiores.

Los cuatro incisivos, con sus correspondientes láminas óseas, habían sido propulsados hacia adentro y atrás.

Al cerrar la boca, los incisivos inferiores tocaban con la cara vestibular de los superiores y no se podía realizar la masticación, por lo que el médico inspector lo remitía para verificarle las avulsiones de los cuatro incisivos. Cuando lo vimos, en seguida se nos ocurrió que aquel caso se podía equiparar a uno de ortodoncia, de modo que se construyó una placa con dos aletas laterales para levantar la articulación, y los correspondientes alambres de muelle para llevar a su sitio a los cuatro incisivos. A los cuatro días se conseguía la articulación normal, se quitaban las dos aletas laterales y se dejaba puesta la placa hasta la consolidación de la fractura.

En estos casos no se ha descrito el tratamiento general del enfermo, curso, tiempo de evolución, etc., ya que lo que se pretendía era poner de manifiesto solamente la aparatología usada en cada caso.

REACCION DE LA PULPA HUMANA A LA PREPARACION DE CAVIDADES CON OCHO DIFERENTES TECNICAS

por

H. STANLEY y H. SWERDLOW

La finalidad del presente trabajo es determinar la técnica operatoria (velocidad-instrumento rotatorio-refrigeración-presión) con la que la preparación cavitaria tenga un mínimo de respuesta pulpar. Se han empleado velocidades de 6 a 200.000 r. p. m.; como instrumentos rotatorios, una fresa de carburo tungsteno y una piedra de diamante; como agente refrigerante se usó el aire a presión, agua en chorro y el *spray*; las presiones con que se ha trabajado variaban entre 1 y 10 onzas.

Se han tallado 450 cavidades de V clase, en dientes sanos, cavidades éstas que luego fueron obturados con óxido de zinc-eugenol, y extraídos con intervalos desde 1 hora hasta 132 días después de tallada la cavidad.

Se constató que velocidades de 50.000 r. p. m. en adelante, sea con diamante o carburo tungsteno, son menos traumáticas que las técnicas con 6 a 20.000 r. p. m. con iguales instrumentos.

El valor del agente refrigerante es más manifiesto a medida que aumenta la velocidad, y el trabajo intermitente no produce ningún beneficio apreciable, dado que el calor friccional debe ser controlado con el agente refrigerante, el cual debe ser o bien el *spray* o bien el agua a presión.

O. J. PINERY