

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO LATERAL DE LA CARA

Dr. HECTOR A. ARDAO

En esencia comprende a las lesiones del complejo malar maxilar.

El concepto regional en las fracturas de los huesos de la cara (Mac Indoe, 1942) más concorde con la realidad de las lesiones en los traumatismos de la cara, ha sustituido al anatómico puro del estudio de las fracturas por hueso aislado. El tercio medio de la cara está comprendido entre dos líneas horizontales que pasan, una por el borde superior de las órbitas y, la otra, por la hendidura interdientaria de los maxilares. El esqueleto del tercio medio lateral comprende los siguientes huesos: malar, maxilar superior, unguis, palatino, arco zigomático del temporal, apófisis orbitaria externa del frontal, ala del esfenoides y coronoides del maxilar inferior.

Anatómicamente, los huesos de la cara ocupan la región anterior e inferior de la cabeza, siendo constituidos por láminas compactas durísimas dispuestas para resistir las violencias traumáticas, cuyas fuerzas reparten en forma de arcos unidos a través de numerosas suturas engranadas. Constituyen un sistema de protección muy eficaz, no sólo para el contenido de la cavidad craneana sino, también, para órganos de funciones muy importantes contenidos en cavidades que estos huesos contribuyen a formar (órbita, fosas nasales, boca, oído, senos de la base, etcétera).

Huesos laminares delgados de apariencia frágil, pero muy resistentes, es la característica general, especialmente en el tercio medio.

Del punto de vista de la patología, ciertos caracteres comunes se pueden señalar:

- a) Trauma de dirección variable ánteroposterior, que se aplica sobre la esfera compacta del malar.
- b) Fracturas con disyunción articular.
- c) Fracturas con colapso. El hundimiento del malar sano o fragmentado, según la dirección del trauma, se hace en el seno maxilar, órbita, fosas nasales, fosa pterigomaxilar, etc.
- d) Fracturas con hemorragia externa al foco de fractura. Abiertas indirectamente al exterior a través del seno maxilar y la fosa nasal correspondiente, por donde puede drenarse el hematoma e infectarse secundariamente.
- E) Organización fibrosa del hematoma y callo perióstico precoz que vuelve irreductible al malar hundido, a los 25 ó 30 días.

DIAGNOSTICO

Hay grados variables de gravedad en estas fracturas. Hay casos sin importancia, sin desplazamiento o pequeño, que no requieren tratamiento. Los hay graves, que necesitan un diagnóstico exacto y tratamiento precoz.

Puede ser éste el lugar para destacar la frecuencia con que pasan desapercibidas y sin diagnóstico las fracturas de los huesos de la cara. El falso concepto de su benignidad y de carencia de tratamiento, explica que no sean reconocidas las fracturas del tercio medio de la cara. La falta de examen y en la técnica semiológica, se encuentra aun entre los médicos habituados a tratar lesiones traumáticas. También concurren otros factores:

- a) Enfermos politraumatizados. La atención se dirige a otros sectores (cráneo, tórax, abdomen, miembros).
- b) El shock y su tratamiento.
- c) Lo inaparente de la lesión. A las dos o tres horas la tumefacción por edema y hematoma ocultan un grosero hundimiento del malar, que se vuelve visible recién a las dos o tres semanas.

- d) La proteiforme sintomatología que se reconoce tardíamente, en cuyo momento se acude al especialista (oftalmólogo, neurólogo, odontólogo, otorrinolaringólogo, cirujano plástico, etc.).
- e) La falta de un buen examen clínico corre pareja con la de un buen examen radiográfico. El estudio de la patología de los huesos y senos de la cara, comprendiendo en este caso las lesiones traumáticas, no puede ser hecho debidamente sin un dispositivo para el examen estereoscópico.

CLASIFICACION TERAPEUTICA

- 1) Fractura. Dislocación simple del malar.
- 2) Fractura compleja (conminuta asociada).
- 3) Fractura envejecida.
- 4) Fractura antigua.

TRATAMIENTO

1º) FRACTURA, DISLOCACION

El desplazamiento del malar, siempre hacia abajo y atrás, puede ser hacia afuera o hacia adentro, según la posición de la cara frente al agente traumático. El trauma de frente desplaza el malar afuera, abajo y atrás; el lateral adentro, abajo y atrás.

La reducción se logra fácilmente durante la primera semana levantando el malar por medio de una palanca introducida por vía temporal (Gillies, Kilner y Stokes, 1927). Generalmente, no es necesario mantener la reducción, la cual se logra mediante el nuevo engranamiento de la sutura malar —maxilar y frontomalar—.

Si el malar reducido permanece móvil, esto no basta. La fijación puede hacerse por sutura, con hilo de acero de la articulación frontomalar, o bien por medio de un clavo que, a través de la mejilla se implanta en el malar y su otro extremo externo se fija por medio de un dispositivo en un casquete de yeso.

29) FRACTURA COMPLEJA

Puede serlo por:

- a) Hundimiento del piso de la órbita y colapso del malar.
- b) Conminutiva del malar.
- c) Asociación con otras fracturas (huesos de la nariz, coronoides, condilo, etc.).
- d) Heridas de la cara, estallido del ojo, etc.

El hundimiento del malar en el seno maxilar trae consigo la destrucción del piso de la órbita. Esto acarrea, comúnmente, el descenso del globo ocular y hernia del tejido grasoso de la órbita en el seno maxilar. La diplopía suele producirse en las fracturas de la órbita, pero, no depende del descenso del globo ocular.

Estas fracturas, como las anteriores, se reducen fácilmente durante los primeros días, levantando el malar por la vía del vestíbulo de la boca y a través del seno maxilar. El mantenimiento se logra rellenando el seno con mecha.

La asociación a otras fracturas requiere el agregado de su tratamiento.

39) FRACTURA ENVEJECIDA

Los intentos de reducción después de la tercera o cuarta semana de un hundimiento del malar, pueden fracasar, o si se insiste en maniobras de fuerza pueden agravarse las lesiones por nuevas fracturas o arrancamiento.

La reducción se logra empleando ambas vías, temporal y bucal, para seccionar a escoplo las fuertes uniones fibroóseas en los sitios de fractura. El escoplo corta la cápsula perióstica de neoformación que aprisiona el malar y corta, también, los huesos en los sitios que corresponden a las suturas (frontomalar, malar-maxilar y témporomalar), si es necesario. Queda un malar flotante. El mantenimiento de la reducción es ineludible. Se logra ya sea por un punto de hilo de acero en las apófisis orbitarias externas del malar y del frontal, o bien con un clavo que levanta el malar y se fija a un casquete de yeso.

4º) FRACTURA ANTIGUA

Son las que tienen más de tres meses. Las lesiones han sufrido una cicatrización ósteofibrosa y están consolidadas.

Pueden justificarse intervenciones de orden estético. El relleno del piso de la órbita con láminas de hueso esponjoso (cresta iliaca) colocadas una encima de las otras por vía subperióstica a fin de elevar el globo ocular. Igualmente, puede eliminarse el defecto que crea el malar hundido, rellenando el pómulo con una lámina de hueso o de acrílico, introducida por vía temporal.