

## TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LOS TRAUMATISMOS FACIALES

*Dr. GUILLERMO H. FOSSATI*

Es evidente que el tipo de enfermos que concurren a los Servicios de Urgencia ha cambiado fundamentalmente en los últimos años. Por un lado, han disminuido los pacientes que consultan por procesos infecciosos graves, debido al tratamiento precoz con antibióticos. Por otro lado, han aumentado considerablemente los traumatizados de diversa índole, debido al incremento de la mecanización en todas las esferas de actividad del hombre. El traumatizado por accidente de tránsito es un cliente obligado de todas las Guardias.

Es evidente también que existe un gran desconocimiento con relación a los problemas planteados por los traumatizados de la cara, aspecto al que dedicaremos este trabajo.

Pretendiendo ser esquemáticos, dividiremos nuestro estudio en cuatro capítulos fundamentales:

- 1) ¿Porqué mueren los traumatizados de la cara?
- 2) ¿Cuáles son las lesiones verdaderamente urgentes?
- 3) ¿Cuáles son las lesiones que pueden o deben esperar?
- 4) ¿Qué debe hacerse y qué debe no hacerse en la urgencia?

### 1) ¿PORQUE MUEREN LOS TRAUMATIZADOS DE LA CARA?

Cuatro pueden ser las causas de muerte de un traumatizado de la cara:

- a) Obstrucción de la vía de aire.
- b) Hemorragia.
- c) Shock.
- d) Lesiones concomitantes craneanas o de otras partes del cuerpo.

La *obstrucción de la vía de aire* puede deberse a diversas causas, pero dos son las más importantes a recordar: la caída de la lengua en las fracturas conminutas de la mandíbula y el edema agudo de la laringe que puede acompañar a las graves quemaduras, en general por fuego, vapores o gases, de la cara y el cuello (incluiremos las quemaduras graves de la cara en este estudio).

La aspiración de coágulos, vómito o secreciones puede asociarse al traumatismo.

La *hemorragia* puede producirse por la sección de algunos troncos vasculares gruesos de la cara o cuello.

El *shock* puede desencadenarse cuando al traumatismo se asocia la hemorragia, el dolor, el temor y a menudo la exposición al frío. Este tipo de shock no es raro en los pacientes que sufren accidentes en las carreteras, permaneciendo un cierto tiempo abandonados, sin socorro.

Las *lesiones asociadas*, ya sea craneanas, de columna, toraco-abdominales o de miembros, pueden revestir tal gravedad que lleven al paciente a la muerte. Por más llamativo e importante que aparezca el traumatismo de la cara, no debe llevar al error de olvidar otras lesiones asociadas. No es una excepción ver tratar un paciente de una herida de poca entidad de la cara, mientras se desarrolla una hemorragia interna por ruptura de bazo no diagnosticada.

## 2) ¿CUALES SON LAS LESIONES VERDADERAMENTE URGENTES?

Descartadas otras lesiones de mayor entidad o urgencia en el resto del organismo, o realizado ya el tratamiento de las mismas, se procederá a tratar las lesiones faciales.

Existen dos criterios para catalogar las lesiones de la cara desde el punto de vista de la urgencia:

- cuando el paciente se encuentra en un centro de asistencia que cuenta con un equipo especializado en este tipo lesiones; y
- cuando las lesiones deben ser tratadas por los técnicos de guardia, no especializados.

Pocas son, por otra parte, las circunstancias que obliguen a reunir un equipo especializado con extrema urgencia o en medio de las horas de la noche para tratar una lesión facial.

Cada día es más generalizado el concepto que establece la absoluta superioridad de un tratamiento secundario realizado en forma correcta a un tratamiento primario, en la urgencia realizado en condiciones inadecuadas.

Deben tratarse de urgencia:

a) Todas las lesiones que sangran, pero en el sentido de cohibir la hemorragia. El tratamiento de las hemorragias se hace asociando la hipotensión postural (posición semisentada), taponamiento y ligadura. Esta última es excepcional. Cuando el paciente ha sangrado mucho o si se asocia un traumatismo craneano, no es posible colocarlo en posición semisentada. Puede ser necesario reponer la sangre mediante una transfusión. El empleo de medicación coagulante puede ayudar aunque no debe ser considerado fundamental, excepto cuando existen trastornos de la coagulación. En el caso de las quemaduras de la cara asociadas a quemaduras del resto del cuerpo que superen el 20' del área total corporal, se debe hacer plasmoterapia.

b) En las lesiones que pueden determinar obstrucción de la vía de aire, el tratamiento debe ser de extrema urgencia. La fractura multifragmentaria de la mandíbula puede ocasionar, como ya dijimos, caída de la lengua y asfixia. El tratamiento consiste en la tracción de la lengua, el decúbito ventral y la aspiración. La tracción de la lengua se hará mediante pinzas apropiadas, los dedos, un punto de sutura o mediante el empleo simple de un alfiler de gancho.

En los quemados de la cara y cuello puede desencadenarse un edema de la laringe, en especial de la región subglótica, con la correspondiente asfixia. La quemadura de los labios, la palidez del paladar y pared faríngea, así como el gran edema del cuello, son signos que anuncian dicho peligro. La traqueotomía de urgencia se torna entonces una medida salvavidas. La técnica de la traqueotomía debe ser conocida y practicada por todos los médicos y cirujanos. Sólo la traqueotomía de elección puede esperar la llegada de un especialista. La traqueotomía es una medida que no debe demorarse, ante la duda en general hay que inclinarse por practicarla. Cuanto menos especializado es el personal que cuida del paciente, más debe prodigarse la traqueotomía.

c) Las fracturas del malar con gran desplazamiento de los fragmentos, donde existe un descenso marcado del globo ocular y diplopía, así como las que producen un trismus irreductible por inmovilización de la apófisis coronoides de la mandíbula, deben ser vistas de urgencia por el especialista, y aun tratadas, antes que aparezca el complejo secundario que enmascarará el cuadro, al menos temporariamente.

d) La protección del globo ocular está garantizada por el normal funcionamiento de los párpados superiores. Toda lesión desgarrante de los mismos, o su quemadura profunda, puede interferir con la protección ocular, permitiendo la desecación de la córnea, su ulceración y posterior infección. En estos casos

el tratamiento debe ser urgente y la protección del ojo inmediata. El empleo de colirios adecuados y ungüentos oftálmicos, evitará la desecación. En el caso de los graves quemados, donde la retracción de los párpados se producirá precozmente, puede estar indicada la tarsorrafia de urgencia.

### 3) ¿CUALES SON LAS LESIONES QUE PUEDEN O DEBEN ESPERAR?

a) Las heridas de la cara, con excepción de los grandes escalpes, pueden esperar sin inconveniente un corto número de horas, permitiendo formar un equipo de técnicos para tratarla. Durante el periodo de espera se cubrirá la herida con apósitos estériles, manteniendo al paciente en reposo, sedado. En ese momento se hará la profilaxis del tétanos. Hay que evitar crear en el paciente la sensación de extrema urgencia que los torna innecesariamente inquietos durante la espera.

b) Las fracturas nasales no requieren tratamiento reductor inmediato. Puede esperar, convenientemente taponado y sedado, un tratamiento demorado y aun secundario, luego de varios días, si las circunstancias lo exigen. No es conveniente proceder a maniobras de reducción externas que nunca corrigen enteramente el defecto, pero dan una falsa sensación de reducción.

c) Las fracturas del malar pueden ser reducidas en forma secundaria, ya sea por la vía temporal, vestibular o directa, según el tipo de fractura. No es conveniente proceder a la reducción en presencia de un gran componente secundario (edema, hematoma, sufusión). No hay que olvidar las fracturas del malar sin compromiso del reborde orbitario, con ruptura exclusiva del piso de la órbita. Son fracturas explosivas al aumentar bruscamente la presión dentro de la cavidad orbitaria. Su diagnóstico se basa en el enoftalmos, la sufusión sanguínea subconjuntival que se pierde en el fondo de saco, y la diplopía. Existe dificultad para elevar la mirada por caída del contenido orbitario en el seno (hernia orbitaria en el seno maxilar, visible en la radiografía, especialmente la tomografía). Su tratamiento es la reconstrucción del piso de la órbita. Esta lesión no se trata generalmente en la extrema urgencia, pero es muy conveniente el tratamiento precoz, antes que el tejido herniado se fije por cicatriz al piso de órbita y seno maxilar. En estos casos existe una fijación del músculo recto inferior, imposible de movilizar aun traccionándolo con una pinza. El tratamiento secundario de las lesiones explosivas del piso de la órbita, exige generalmente la reconstrucción del piso de órbita mediante la aplicación de un fino injerto óseo o una lámina de material haloplástico como el silicón. Lo que tiene real urgencia en los

graves traumatismos de la región orbitaria es la exploración del globo ocular, en el sentido de diagnosticar derrames oculares, lesiones del nervio óptico o desprendimientos traumáticos de la retina. La consulta con el oftalmólogo es de rigor.

d) Las fracturas del maxilar superior son de la competencia, en equipo, del cirujano plástico y del odontólogo. Su tratamiento no es de urgencia.

e) El tratamiento de las fracturas de la mandíbula puede ser de extrema urgencia, como ya vimos. Sin embargo, las fracturas habituales de la mandíbula se tratarán mediante inmovilización por vendaje externo (mentonera), analgésicos y antibióticos. La correcta reducción e inmovilización, plantea un problema diferente de acuerdo a la edad del paciente, presencia o ausencia de dientes en la vecindad del foco de fractura, número de fragmentos, etc. El tratamiento definitivo se realizará en un servicio especializado, variando entre la inmovilización interdentaria, la fijación externa y la osteosíntesis.

f) Las heridas de la región frontal que pueden acompañarse de hundimiento de los huesos craneanos, deben ser exploradas de urgencia, en sala de operaciones, para descartar lesiones óseas o cerebromeningeas.

g) Las heridas desgarrantes del pabellón de la oreja o de la nariz, con exposición de cartilagos, pueden esperar algunas horas, pero plantean un problema relativamente más urgente que otras heridas, por la necesidad de realizar una correcta limpieza quirúrgica para alejar el peligro de una condritis.

h) Las quemaduras de la cara deben dejarse al descubierto, sin apósitos ni vendajes. Los restos de flictenas se retirarán aplicando compresas de suero. Se formará así una fina costra fibrinosa que protegerá la quemadura. Lo grave y urgente en quemadura de cara son las lesiones oculopalpebrales y bucales. Las primeras por los peligros que representa al globo ocular y las segundas por el peligro de edema laríngeo, como ya se dijo. Desde el primer momento el quemado debe ser aislado (pieza individual) y atendido por un solo acompañante vestido con túnica, gorro, tapabocas y zapatones.

#### 4) ¿QUE DEBE HACERSE Y QUE DEBE NO HACERSE EN LA URGENCIA?

En la urgencia *debe* hacerse:

- 1) Calmar al enfermo.
- 2) Cuidar la vía de aire: a) vigilancia y aun traqueotomía en las quemaduras con edema de laringe;

- b) tracción de la lengua en las fracturas conminutas de la mandíbula, con caída de la lengua y asfixia.
- 3) Descartar lesiones asociadas. Los traumatismos graves de la cara deben ser considerados traumatismos craneofaciales.
  - 4) Hemostasis de las heridas y protección con apósitos estériles hasta el momento de la sutura.
  - 5) Taponamiento nasal si hay epistaxis.
  - 6) Protección del globo ocular en las quemaduras profundas y en los grandes desgarros de los párpados.
  - 7) Posición semisentada, siempre que sea posible.
  - 8) Inmovilización de la mandíbula cuando existe fractura (mentonera). la movilización del foco de fractura aumenta el dolor y el complejo secundario.
  - 9) Prevención del tétanos
  - 10) Antibioterapia.

En la urgencia *no debe* hacerse:

- 1) Crear ambiente de alarma.
- 2) Descuidar la posibilidad de un problema obstructivo de la vía de aire.
- 3) Despreciar la hemorragia previa al ingreso que puede llevarlo al shock.
- 4) Olvidar la posibilidad de lesiones graves asociadas, frente a lo dramático de las lesiones faciales.
- 5) Omitir un examen prolijo del paciente, confiando en la venida del especialista. El breve plazo de una hora puede desencadenar un complejo secundario tan importante que se enmascaren signos fundamentales para el diagnóstico.
- 6) No esperar para diagnosticar las fracturas de la cara, el resultado de estudios radiológicos. Un examen clínico completo puede, sin provocar dolor, diagnosticar todas las lesiones faciales. El estudio radiológico confirmará el diagnóstico, aportará datos sobre la magnitud de la lesión y dejará una documentación importante para la historia y de valor medicolegal.
- 7) Suturar las heridas sin explorarlas y limpiarlas cuidadosamente.
- 8) Suturar heridas con instrumental y materiales inapropiados, aumentando la fibrosis y la cicatriz.
- 9) Intentar reducir las fracturas nasales por maniobras externas.
- 10) Cubrir las quemaduras de la cara con ungüentos, tinturas o vendajes.