

24-139



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA
ODONTOLOGIA

CONTROL Y RECUPERACION EN PACIENTES CON
TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

presentan:

JUAN ABIMAEI GARCIA CASTILLO
LETICIA CASTILLO JACOBO

San Juan Iztacala, México.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1.- ESTUDIO CLINICO DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

INTRODUCCION

- 1.- Admisión del paciente
- 2.- Mecanismos específicos de admisión
- 3.- Examen Preoperatorio por el Cirujano
 - A) Estudio del Laboratorio
 - B) Análisis de Orina
 - C) Valores Normales de laboratorio
 - D) Examen Radiológico
 - E) Técnicas Radiológicas para las lesiones
 - a) Importancia de la técnica
 - b) Técnica postero anterior (Calwell)
 - c) Técnica de Waters Erecta
 - d) Técnica de Waters Prona
 - e) Técnica Base
 - f) Técnica Erecta Lateral
 - g) Técnica Mandibular Postero-anterior
 - h) Técnica Mandibular Oblicua.
- 4.- Importancia de la Historia Clínica
- 5.- Valoración del paciente antes de la intervención.
 - A) Estados o Situaciones de Orden General
 - B) Estados Patológicos específicos de interés en la -

Cirugía bucal.

- C) Observación de Cara y Cuello
- D) La articulación temporo-mandibular
- E) Musculos de la mandibula
- F) Examen Dental

6.- Rutina en la sala de operaciones

7.- Preparación de las manos y brazos para la operación.

8.- Preparación del paciente

9.- Medidas de Urgencia en fracturas de los huesos maxilares y faciales

- A) Control de la hemorragia
- B) Mantenimiento de las vias aereas libres para la respiración.
- C) Control de Sock
- D) Estabilización de las partes.

TEMA II.

TRATAMIENTO EN LOS TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES

1.- Etiología de las fracturas

2.- Clasificación de las fracturas

A) Relación anatomopatológica

B) Trazos de fractura

3.- Diagnóstico de las fracturas

4.- Desplazamiento de las fracturas

- 5.- Plan de tratamiento para las fracturas
- 6.- Métodos de tratamiento para las fracturas
- 7.- Medios terapeuticos en el tratamiento de las fractu--
ras del maxilar inferior.
 - A) Procedimientos Endobucuales
 - a) Ligaduras
 - b) Arcos
 - c) Goteras Coladas
 - d) Ferulas Coladas
 - B) Procedimientos Exobucuales
 - a) Frondas mentonianas
 - b) Apoyos craneanos enyesados
 - c) Apoyo crane-facial de Darcissac
 - d) Casco prefabricado de Ginestet
- 8.- Procedimientos Ortopedicos de Reducción.
- 9.- Equipos quirurgico
- 10.- Instrumentos para Cirugía Bucal
- 11.- Ordenes Preoperatorias
- 12.- Tratamiento de las fracturas especificas
 - A) Fracturas de la región de Sinfisis
 - B) Fracturas de la región de el cuerpo
 - C) Fracturas de Angulo
 - D) Fracturas de la rama Ascendente
 - E) Fracturas del Proceso Condileo

- F) Fracturas del Proceso Coronoides
 - G) Fracturas mandibulares en los niños.
- 13.- Tratamiento de las fracturas en los pacientes edentulos.
- A) Técnica de la ligadura Circuncigomatica
 - B) Alambrado del reborde infra-orbitario
 - C) Alambrado del proceso Cigomático
- 14.- Fijación con agujas oseas
- 15.- Reducción abierta
- 16.- Fracturas maxilares
- A) Lefort I
 - B) Lefort II
 - C) Lefort III
 - D) Fracturas de laminas alveolares
- 17.- Tratamiento posoperatorio inmediato
- 18.- Higiene bucal
- 19.- Dieta para los pacientes fracturados
- 20.- Alimentación en los pacientes fracturados
- 21.- Tiempo de inmovilización y permanencia de los aparatos
- 22.- Complicaciones de las fracturas.
- A) Infecciones
 - B) Lesiones de los nervios y vasos sanguíneos
 - C) Mala unión

D) Falta de unión

TEMA III. FRECUENCIA DE LOS TRAUMATISMOS MAXILO/FACIALES ENCA-
MINADOS A MAXILAR Y MANDIBULA.

- 1.- Casos Clinicos
- 2.- Frecuencia de las fracturas maxilares.
- 3.- Etiología (Gráfica I)
- 4.- Sexo (gráfica II)
- 5.- Edad (gráfica III)
- 6.- Ocupación (gráfica IV)
- 7.- Tipo de fractura maxilofaciales (gráfica V)
- 8.- Operación (gráfica VI)
- 9.- Trtamiento (gráfica VII)

TEMA IV.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O

El esfuerzo principal de la Cirugía Maxilofacial es el de ayudar al individuo a mantener la integridad de su macizo facial para toda la vida. Es importante que cualquier traumatismo deba ser controlado y atendido debidamente, dentro de una disciplina ordenada y eficaz al reunir y evaluar los datos para el diagnóstico y tratamiento.

Ciertas condiciones y situaciones de anatomía y fisiología del mecanismo masticatorio, pueden ser corregidos por medios reconstructivos, al efectuar un cambio de una función anormal a normal.

El aparato estomatognático es un área del cuerpo extremadamente susceptible a sufrir fractura, llegándose a producir a cualquier nivel maxilofacial, cuyo desplazamiento de los fragmentos después de una fractura depende de la tracción de los músculos.

Es por eso que el Odontólogo, tiene la necesidad de emplear sus conocimientos Profesionales en relación a la reestructuración, reconstrucción y mantenimiento de uno de los principales aparatos, que es la boca. Teniendo la obligación de obtener un resultado fisiológico y estético lo máximo posible.

Las condiciones y situaciones en las cuales los pacien-

tes con traumatismo maxilofacial variados no son favorables, -
requieren de un control más específico para llegar a una to--
tal recuperación.

El objeto de ésta tesis es de estimar la frecuencia de
traumatismos maxilofaciales y, de éstos determinar el más co-
mún. Encaminando nuestro estudio principalmente a la cavidad
oral, así como manejo de estos pacientes, en los Hospitales -
de Traumatología.

Hospital de Traumatología

La Villa.

INTRODUCCION

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL -
DISTRITO FEDERAL. HOSPITAL EMERGENCIAS "VILLA" G. A. M.

Introducción; El hospital de urgencias Villa, está ubi-
cado en la calzada San Juan de Aragón y calle Anzar. Este ti-
po de hospital da servicio gratuito, a todos aquéllos pacien-
tes que lo soliciten, o sean traídos por ambulancia, recibi-
dos las 24 horas del día, donde se le efectúan los primeros -
auxilios, así como los tratamientos más complicados, todos --
con el objeto de restaurarle la salud.

Todo tipo de pacientes que son recibidos, deben pasar-
por la sala que amerita la urgencia, y dependiendo de su tra-
tamiento.

Un paciente traumatizado que requiere de los servicios
de emergencia se le realiza lo siguiente:

- 1.- Es recibido por el servicio de admisión, donde se le rea-
lizan y practican los primeros auxilios, ahí se establece
el prediagnóstico y en muchos casos su diagnóstico auxi-
liado por; RX, Historia Clínica, así como otros elementos
de diagnóstico.

Una vez recibido el paciente y practicados sus tratamien-
tos auxiliares es llevado a la sala correspondiente de Or-
topedia, de Vientre, etc. dependiendo del padecimiento, -

más urgente. Si el paciente no está en un estado en que-
peligre su vida si esto fuera así, es derivado a la sala-
de terapia intensiva:

a.- En la sala de admisión para llegar al pre ó diagnósti-
co hecho por los doctores de admisión se le hacen los
siguientes estudios radiológicos:

A.- Rx anteroposteriores de Cráneo

B.- Rx Posteroanteriores de Cráneo

C.- Rx Lateral Oblicua de Cráneo

D.- Towne y Waters

E.- Todo dependiendo del sitio y trazo de la fractura.

2.- En admisión se le toman al paciente sus estudios de:

a.- biometría hemática

b.- química sanguínea

Y de ahí es remitido a la sala que amerite el caso y de -
su urgencia.

En éste caso el paciente es llevado a la sala de ortope--
dia donde es visitado por los servicios de Ortopedia, Ci-
rugía reconstructiva, Médicos Internos, Médicos residen--
tes, trabajadoras Sociales y asistido diariamente por las
enfermeras, y en especial por el servicio de Cirugía Maxi-
lofacial.

3.- El doctor especialista en Maxilofacial establece el plan-

de tratamiento y si requiere operación consultorio u operación quirófono es programada por el mismo.

a.- Para programar toda operación se requieren los siguientes estudios:

A.- Historia Clínica completa

B.- Estudios Radiográficos

C.- Estudio de laboratorio

1) Biometría Hemática y Química Sanguínea

2) Valoración Cardio-respiratoria

3) General de orina. Y en personas de más de 40 años, el electrocardiograma.

4.- El paciente es citado o programado a operación con los debidos estudios clínicos elaborados y autorización del paciente y/o familiar próximo o responsable.

5.- Una vez efectuada la operación el paciente es remitido a su sala. Generalmente son llevados a la sala de terapia-intermedia, donde ven la evolución de la operación y de la anestesia.

6.- El paciente es derivado a la sala de Ortopedia una vez restablecido de su operación, donde es visitado por el Doc. de Cirugía para verificar su posoperatorio y estar al pendiente del mismo.

7.- El paciente es dado de alta por el servicio de Cirugía Ma

xilofacial en común acuerdo con los doctores que vieron -
el caso.

8.- El paciente es citado a revisiones periódicas por el Ser-
vicio de Cirugía.

1.- ADMISION DE LOS PACIENTES

A los pacientes que ingresan en el hospital para un tratamiento dental es preciso prestarles igual atención médica -- que a otros que ingresan a otros servicios. El paciente odontológico recibe, por lo tanto, atención doble, médica y dental, -- cada una de ellas con su responsabilidad bien determinada.

En algunos hospitales, la sección de cirugía bucal es -- una sección de la cirugía general, donde las admisiones las hace directamente el cirujano bucal o el odontólogo. En estos -- casos, la responsabilidad del enfermo depende exclusivamente -- del cirujano bucal o el dentista.

La comisión conjunta de acreditaciones hospitalarias -- exige que el médico haga la historia clínica del enfermo y el examen físico del paciente dental intermedio y solicite todas las consultas médicas necesarias. Sin embargo, aún cuando se hayan efectuado varias consultas con diferentes especialistas, el dentista debe reconocerse como responsable de el paciente -- si su nombre es el que figura en la historia clínica.

Como complemento de la historia clínica hay que realizar un examen físico. La sección bucal y facial de aquélla debe hacerla el dentista, y el resto, el médico.

2.- MECANISMOS ESPECIFICOS DE ADMISION.

La mayoría de los hospitales requieren que los pacientes quirúrgicos sean admitidos veinticuatro horas antes de la operación, o al menos pasen la noche del preoperatorio en el hospital. Ello permite que durante éste tiempo se pueda hacer el examen físico y de laboratorio del paciente, e indicar la analgesia pre-operatoria.

Una vez internado, es preciso que el dentista interviniente o el residente lo vean lo antes posible.

En la hoja de la historia y del examen físico debe figurar el examen bucal, aunque no se trate de un enfermo de la especialidad.

Es necesario escribir la nota y la orden de admisión - junto con el diagnóstico presuntivo en algún lugar de la historia clínica, lo cual depende de las costumbres de cada hospital.

3.- EXAMEN PREOPERATORIO POR EL CIRUJANO.

La mañana de la operación, el cirujano bucal examina - la ficha para asegurarse de que los exámenes físicos y del laboratorio son normales. Visita al paciente preferentemente antes de administrar la medicación preoperatoria.

Si los exámenes del laboratorio, la historia, y el examen físico no son normales, la operación debe suspenderse inmediatamente y hacer un tratamiento médico hasta que el esta-

do físico del paciente permita la cirugía con un mínimo de -- riesgos, si todo está normal, el operador se dirige a la sala de operaciones y controla el instrumental para asegurarse de -- que éste y el equipo restante, como luz frontal, aparato de - respiración y el resto, estén listos.

A) ESTUDIO DEL LABORATORIO.

Los estudios del laboratorio que se soliciten habitual -- mente tienen dos fines. Con su interpretación, el dentista -- puede ayudarse para llegar al diagnóstico clínico correcto y -- ser capaz de resolver situaciones delicadas, que puedan hacer -- dificultosa la operación.

El examen de sangre y orina se piden de rutina a todos -- los pacientes que se internan para ser operados. Con ellos se -- puede descubrir una enfermedad oculta general, la cual trans -- forma a un paciente de buen ritmo quirúrgico en otro en el -- cual aún una operación mínima pueda poner en peligro la vida.

Se pedirá también un recuento globular que nos dará -- aproximadamente la cifra de glóbulos rojos circulantes, y una -- fórmula leucocitaria.

La hemoglobina y el hematocrito demuestran la capaci -- dad de oxigenación de la sangre y son índice de volumen globy -- lar. El hematocrito expresa el porcentaje de globulos rojos - -- en relación con el plasma, después de haber centrifugado la -

sangre.

En el examen de orina se miden el volumen total, concentración densidad y presencia de elementos orgánicos e inorgánicos anormales. Entre los principales de ellos están las cantidades elevadas de glucosa y albúmina en orina con caracteres normales. Su presencia es índice de enfermedades generales preexistentes.

Las pruebas de laboratorio, son una ayuda para el diagnóstico. Son útiles solo si el clínico conoce que prueba ó pruebas ha de pedir y como intrerpretar los resultados.

Hay numerosos y exhaustivas obras sobre pruebas de laboratorio, algunas de las cuales se centran sobre todo en la importancia de la técnica, mientras otras resultan la interpretación de los resultados. El análisis de la orina puede proporcionar información valiosa sobre enfermedades renales y extrarenales. El color puede cambiar a marrón oscuro debido a la bilirrubina (Ictericia obstructiva ó hepatocelular grave). O de rojo a marrón debido a la presencia de sangre (Hematuria), Hemoglobina (hemoglobinuria), ó Porferinas (Porfiria).

B. - ANALISIS DE LA ORINA.

<u>DETERMINACION</u>		<u>VALOR NORMAL</u>
Acetona	0	0
Proteína de Bence Jones		0

<u>DETERMINACION</u>	<u>VALOR NORMAL</u>
Bilis	0
Calcio	150 mg ó menos por 24 Hrs.
Acido Diacético	0
Glucosa	0
17-Hidroxicorticosteroides	
Varón	2.6 mg/24 horas
Hembra	3-10 mg/24 horas
17 Cetosteroides	
Varón	7-20 mg/24 horas
Hembra 5-15 mg/24 horas	5-15 mg/24 horas
Proteinas	0-30 mg/24 horas
Riboflavina (vitamina 82)	0,5-0.8mg/24 horas
Densidad	1,005-1,030
Tiamina (vitamina 81)	50-500mg/24 horas
Urobilinógeno	1 mg/24 horas.

La orina puede ser turbia debido a la presencia de leucocitos (cistis, pielonefritis), moco ó cristales y materiales amorfos (fosfatos uratos).

La densidad de la orina depende del equilibrio hidrico-total y de la cantidad de solutos eliminados por el riñón.

Una densidad de 1,010 es aproximadamente Isotónica con-el Plasma.

Una densidad de menos de 1,010 se debe a un exceso de agua a la incapacidad del riñón para concentrar la orina (Diabetes insípida Hipercalcemia, Hipocaliemia); una densidad superior a 1,010 indica una retención acuosa (deshidratación) ó un acceso de solutos (por ejemplo. La Glucosuria en la Diabetes Mellitus).

Una densidad fija 1,010 es observable con frecuencia en insuficiencias renales avanzadas, pero puede ser una manifestación de enfermedades menos frecuentes, como la enfermedad de células falciformes.

La presencia de Proteína en la orina (sobre todo albumina) se observo en la presencia de insuficiencia renal, en la insuficiencia cardíaca congestiva, y en algunas personas sanas después de permanecer de pie en forma prolongada (Albuminuria Ortostática) ó de un ejercicio intenso.

La glucosa en la orina indica generalmente elevación de la concentración de la glucosa hemática (Diabetes Mellitus); raras veces se debe a una glucosuria renal, que es una anomalía benigna y hereditaria.

Ciertos farmacos (ácido salicílico) producen una reacción falsamente positiva en la reducción de la glucosa.

La acetona se haya en la orina de la diabetes incontrólada (cetoacidosis) y en caso de inanición.

El ácido diacético en la orina también indica una cetosis diabética (más grave). La bilis (bilirrubina conjugada) - se presenta en la orina en la ictericia biliar extrahepática- en la insuficiencia hepática grave y en la obstrucción biliar intrahepática.

El Urobilinógeno aparece en la orina en cantidades --- apreciables en la insuficiencia hepatocelular.

Exploración Microscopica del Sedimento Urinario.*

No pueden mostrar: Hematies (hematuria).- a causa de nefritis, calculos infección, tuberculosis ó tumores malignos.

Leucocitos.- (Piuria) debido a infecciones de las vías genitourinarias (Cistis, pielitis, pielonefritis, uretritis).

Celulas Epiteliales (Pielonefritis): cilindros hialinicos, granulosos, céreos.

C.- VALORES NORMALES DE LABORATORIO

Sangre

Volumen 7-9% del peso coroporal total

pH 7.35 - 7.45

Células

Eritrocitos (RBC) 4.500.000 - 5.000.000 / mm³

Leucositos (WBC) 5.000 - 10.000 / mm³

Polimorfonucleares Neutrofilos	66 - 70 %
Linfocitos	25 - 33 %
Monocitos	2 - 6 %
Eosinofilos	1 - 3 %
Basofilos	0.25 - 0.5 %
Plaquetas	200.000 - 400.000 / mm ³
Hemoglobina	14 - 16 g / 100 cc
Hematocrito hombres	47 % \pm 7 %
Hematocrito mujeres	42 % \pm 5 %
Tiempo de sangría	1 - 3 minutos
Tiempo de coagulación (tubo de vidreu capilar)	3-5 minutos
Tiempo de coagulación (Leg. White)	5-10 minutos
Tiempo de Protombina (método Quick)	10-15 seg.
Glucosa	80-120 mg / 100 cc
Nitrógeno no proteico	25-30 mg / 100 cc.
Nitrógeno urico en sangre	8-20 mg / 100 cc.

Pruebas Recomendadas para problemas hemorragicos sencillos Hemostasis.

- Tiempo de sangria () 1-6 minutos.
- Prueba de lazo (Rumpel-Leede), procedimiento en el consultorio menos de 10 petequias

Coagulación

- 1.- Tiempo de coagulación (tubo de plástico) 20-45 minutos.

2.- Tiempo de tromboplastina parcial activa Menos de 50 se--
lisis gundos.

Tiempo de Lisis del coágulo de euglobulina Más de 90 minu--
tos.

D.- EXAMEN RADIOLOGICO.- Este examen se considera como auxi--

Este examen se considera como auxiliar del examen físi
co propiamente dicho, por la única razón de que casi todas --
las radiografías de la articulación temporomandibular son, ne
cesariamente, una imagen distorsionada dimensional de sombras
estáticas de las estructuras óseas de la articulación de som
bras estáticas.

E.- TECNICAS RADIOGRAFICAS PARA LAS LESIONES FACIALES.

a)- IMPORTANCIA DE LA TECNICA.

(1).- Las lesiones faciales se exploran mediante el exa--
men físico y una detallada exploración radiográfica.
En las lesiones graves, especialmente en las que --
existen alteración o pérdida de la conciencia, se -
deberán practicar series radiográficas de cráneo y-
de otras zonas.

(2).- Aunque la mayor atención debe dedicarse a la por---
ción craneal de la parte examinada, también debemos
fijarnos en los detalles anatómicos de los huesos -
faciales y de la mandíbula.

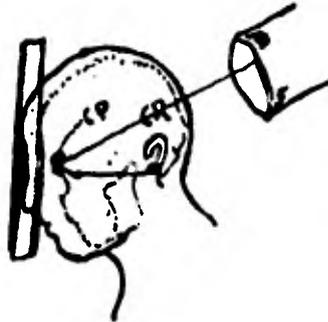
(3).- La mejor forma de dominar la técnica consiste en -- simplificar las cosas de modo que haya un mínimo de variaciones. Habrán de tenerse en cuenta los si---- guientes puntos:

- 1.- Cualquiera proyección que empleemos debe servir para un propósito definido.
- 2.- Para la proyección sea reproducible, hemos de - considerar al paciente según su cráneo y no se- según sus características faciales, cabello, etc.
- 3.- Se elegirán siempre como puntos de referencia - los puntos anatómicos mejor conocidos.
- 4.- Una vez elegida la posición, se coloca la placa en su sitio y se alinea el tubo en relación a - la placa.
- 5.- Se inserta dentro de este esquema el cráneo del paciente obteniendo de esta forma una posición- perfecta.
- 6.- Los factores de exposición apropiados se deter- minarán según la experiencia y según una valora- ción cuidadosa de las características esqueléti- cas del paciente.
- 7.- El registro de las diferentes exposiciones se - be adaptar a cada departamento y a cada máquina

que se emplee.

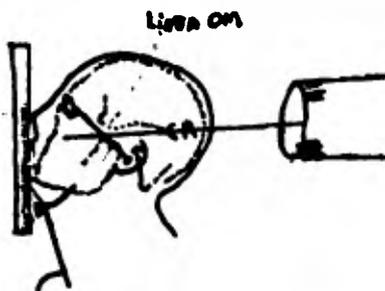
8.- Todas las técnicas para las radiografías de cráneo se realizarán sobre una mesa, empleando los procedimientos de pantalla.

b) - TECNICA POSTERO - ANTERIOR (CALWELL)



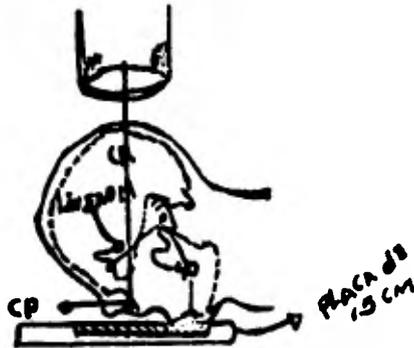
- (1).- PLACA.- Horizontal sobre un ángulo de 23 grados o perpendicular.
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- es prona o erecta.
- (3).- PUNTO CENTRAL.- es el nasion.
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- perpendicular a la -- placa "posición marinera"
- (5).- RAYO CENTRAL.- 27 grados hacia los pies desde la perpendicular.
- (6).- COMENTARIO.- ideal para la zona frontal, suelo de órbita, y seno etmoidal.
- (7).- PUNTOS CLAVE.- el suelo de la órbita justo por encima -- del reborde, no obscureciendo por los bordes petrosos.

c) - TECNICA DE WATERS ERECTA



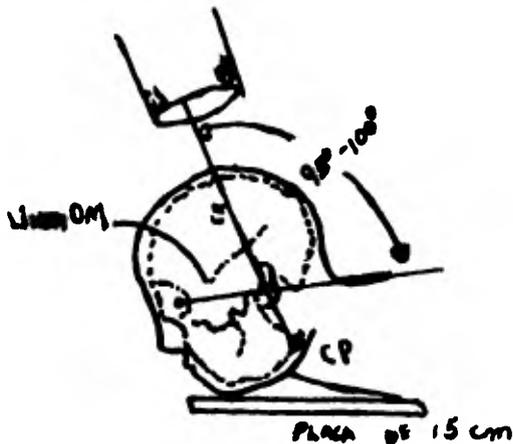
- (1).- PLACA.- perpendicular erecta.
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- erecta.
- (3).- PUNTO CENTRAL.- espina nasal inferior.
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- nariz levantada, línea OM en angulo de 45 grados con la placa.
- (5).- RAYO CENTRAL.- perpendicular a la placa.
- (6).- COMENTARIO.- ideal para fracturas faciales. Asegurarse - que el arco cigomático esté en el centro del campo esto evita proyecciones especiales.
- (7).- PUNTO CLAVE.- el arco cigomático debe estar en el centro del campo; si se ve la lámina dura de los incisivos inferiores, la exposición ha sido apropiada.

d) - TECNICA DE WATERS PRONA. -



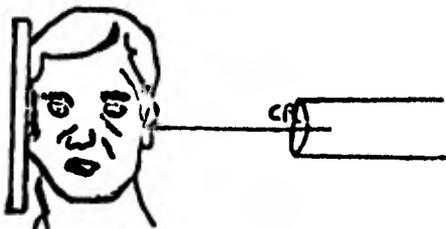
- (1).- PLACA.- horizontal
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- prona, abrir la boca después de haberse colocado en posición.
- (3).- PUNTO CENTRAL.- espina nasal inferior.
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- línea OM cercana a -- los cuarenta grados.
- (5).- RAYO CENTRAL.- perpendicular a la placa.
- (6).- COMENTARIO.- con la Waters erecta se puede conseguir -- efecto estereo. Empleo en los desplazamientos de hueso - nasal.
- (7).- PUNTOS CLAVE.- el suelo de la órbita no se ve tan bién.

e) - TECNICA BASE.



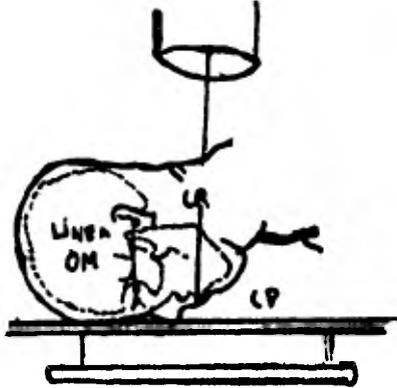
- (1).- PLACA.- horizontal
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- prona
- (3).- PUNTO CENTRAL.- ángulo de mandíbula.
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- tan cerca como sea posible de la horizontal.
- (5).- RAYO CENTRAL.- perpendicular a línea OM, luego se angula de cinco a quince grados hacia los pies.
- (6).- COMENTARIO.- 1) ideal para el retro desplazamiento del cigoma. 2) ideal para verse bien los arcos cigomáticos.
- (7).- PUNTOS CLAVE.- centro de forma que la pared anterior del cigoma quede junto al margen anterior del campo.

f) - TECNICA ERECTA LATERAL.



- (1).- PLACA.- vertical, sin pantalla
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- nariz girada hacia cinco grados al mismo lado; erecta, encima la ceja.
- (3).- PUNTO CENTRAL.- a medio camino de la línea OM.
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- inclinada ligeramente hacia arriba "posición marinera"
- (5).- RAYO CENTRAL. en punto central.
- (6).- COMENTARIO. 1) da valores de delante atrás, como en -- las laterales del tórax. 2) emplear técnica de tejidos blandos para los huesos nasales.
- (7).- PUNTOS CLAVE.- recuerdese rotar la nariz cinco grados hacia el lado contra la placa para una vista lateral perfecta.

g) - TECNICA MANDIBULAR POSTEROANTERIOR.-

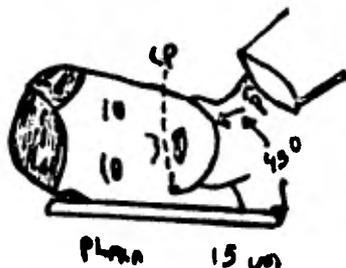


- (1).- PLACA.- horizontal, diafragma Bucky
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- prona
- (3).- PUNTO CENTRAL.- labios
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- perpendicular a la --
placa.
- (5).- RAYO CENTRAL.- perpendicular a la placa.
- (6).- COMENTARIO.- vista en "herradura"
- (7).- PUNTO CLAVE.- buena para la simetría.

h) - TECNICA MANDIBULAR OBLICUA.-

- (1).- PLACA.- horizontal.
- (2).- POSICION DEL PACIENTE.- supina, doblar la cabeza hacia -
un lado.
- (3).- PUNTO CENTRAL.- ángulo de la mandíbula.
- (4).- LINEA ORBITOMEATAL O CANTOMEATAL.- paralelo a la placa.

- (5).- RAYO CENTRAL.- 45 grados hacia la cabeza, apuntando entre los ángulos.
- (6).- COMENTARIO.- se observa muy bién la ascendente y el cuello.
- (7).- PUNTO CLAVE.- La posición puede obtenerse en varios modos, pero lo esencial es que esté en 45 grados la relación del RC con el plano sagital.



4.- IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLINICA

El propósito de hacer la historia del paciente a quien se va a operar es descubrir, por examen sistemático de sus antecedentes, cualquier contraindicación de la cirugía, anestesia o drogas. La historia no debe hacerse casualmente, sino -- que debe seguir un plan, a fin de indagar toda la información posible del paciente y llegar, sobre la base de ésta, a conclusiones a la presencia o ausencia de la patología ignorada por el paciente.

Hay que aclarar que al hacer la historia no debe confun

dirse con el examen físico del paciente. La historia no debe incluir observaciones del examinador que sean registradas en el examen físico. Es inútil preguntar al paciente común si ha tenido hemoptisis, pues los términos técnicos como éste hay que trasladárselos al lenguaje común para que los entienda.

La historia clínica se divide en 7 partes, que son:

- (1) Síntomas Principales.
- (2) Historia de la enfermedad actual.
- (3) Historia médica anterior.
- (4) Revisión Sistémica.
- (5) Historia Familiar.
- (6) Hábitos Sociales.
- (7) Sumario e impresiones.- Estas impresiones pueden ser confirmadas por el examen físico y del laboratorio o no, pero las pistas que aparecen en la historia deben seguirse, ordenando las pruebas del laboratorio necesarias e informando al médico consultor sobre cualquier punto significativo que se haya registrado.

Examen Físico.-

El dentista llena la parte del examen bucal y da sus conclusiones, y el médico consultor sigue con el examen físico y sus conclusiones.

El examen bucal debe incluir lo siguiente:

- (1) Dientes.
- (2) Mucosa y encía.
- (3) Paladar, faringe, labios, mejillas, piso de la boca, teji
dos sublinguales.
- (4) Lengua.
- (5) Aliento e Higiene bucal.
- (6) Nódulos linfáticos.
- (7) Articulación Temporomandibular.
- (8) Cara.

5.- VALORACION DEL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCION.

En el ejercicio de la cirugía oral debe recordarse de una forma constante el viejo adagio, que dice "detrás de cada diente hay un paciente. El gran descubrimiento de nuestros colegas médicos en otros campos de la medicina, nos han permitido tratar padecimientos que anteriormente no se trataban. Es necesario pues, en los cirujanos orales un profundo conocimiento de los procesos patológicos básicos y saber valorar los resultados que sus tratamientos pueden tener sobre el paciente y su enfermedad.

El instrumento diagnóstico más útil para el cirujano es también el más sencillo; una buena historia clínica.

El paciente debe sentir que las preguntas a las que se somete de una forma forzada, nos revela que ha tenido un re---

ciente infarto del miocardio, debido al cual está tomando medicamentos de acción sanguínea hay que evitar ésta tendencia a ocultar enfermedades insistiendo sobre el paciente en la importancia que tiene su estado general de salud para las técnicas de cirugía y anestesia.

Hay 6 preguntas de orden general, que nunca deben omitirse.

- 1.- Se encuentra el enfermo actualmente bajo el cuidado de algún médico.
- 2.- ¿Toma actualmente un farmaco ó lo ha tomado con anterioridad?
- 3.- ¿Ha padecido alguna enfermedad grave o ha sufrido alguna intervención?
- 4.- ¿Ha recibido alguna vez reacciones desagradables con los medicamentos que se le han administrado?.
- 5.- ¿Conserva algún mal recuerdo de intervenciones quirúrgicas anteriormente?.
- 6.- ¿Ha padecido recientemente o con anterioridad algún proceso hemorrágico de importancia, particularmente durante las intervenciones?.

A.- ESTADOS O SITUACIONES DE ORDEN GENERAL.-

(a) EMBARAZO.-

Existe temor a realizar intervenciones quirúrgicas en la mujer embarazada, el problema que a menudo se presenta es

el de los rayos X. Pero al tomarse una serie periapical - es muy poca la exposición de los rayos X, por lo tanto de bemos poner un mandil de plomo como protección. Respecto al anestésico la manera más aceptada para aplicar anestésico general es en el segundo trimestre por poder mantener un aporte de oxígeno adecuado.

(b) OBESIDAD. -

Esta eventualidad es la que se presenta con mayor frecuencia, debemos considerar la obesidad un tanto peligrosa, - para las intervenciones quirúrgicas, puesto que los individuos obesos presentan problemas en el tratamiento. En éstos pacientes existe la posibilidad de encontrar una enfermedad cardiovascular o metabólica como es la diabetes. La anestesia local es siempre recomendada en éstos tipos de pacientes y una completa revisión y examen previo realizado por el anestesista, así como una profunda exploración antes de su intervención.

(c) EDAD. -

En primer lugar, el concepto de vejez es muy susceptible dentro de cada individuo, es más posible que en edades -- avanzadas exista un número mayor de enfermedades, además como el metabolismo corporal disminuye con la edad, las -

necesidades de nutrición del individuo también disminuye, y ello trae como resultado efectos deficitarios que varían desde la escasez o carencia aislada de alguna vitamina hasta los estados de desnutrición con carencia proteica.

Debido a su edad de éstos pacientes debemos tener cuidado toda manipulación ó traumatismos de los tejidos del individuo, debido a que éstos traen como consecuencia la formación de extensos hematomas.

En los estados de edad avanzada en los que exista un padecimiento de salud deficiente, el tratamiento deberá tener en cuenta principalmente dos aspectos.

En el caso de enfermedades por deficiencia, el principal factor que ha de considerarse será el empezar éstas deficiencias.

B.- ESTADOS PATOLOGICOS ESPECIFICOS DE INTERES EN CIRUGIA ORAL.

(a) ANGINA DE PECHO.-

Esta enfermedad se produce por un estrechamiento de las arterias coronarias y se caracteriza por un dolor retroesternal en los estados físicos ó emocionales, que se ve aliviada por el descanso y la administración de vasodilatadores coronarios.

A un paciente con ésta molestia no se le debe permitir nin

gún tipo de excitación.

La administración profiláctica de algún vasodilatador coronario, puede estar indicada, pero siempre bajo vigilancia del internista, se recomienda la anestesia local en la mayoría de los casos, acompañada de una premedicación, sea muy aprensivo se debe tener especial cuidado de evitar la inyección intravascular a causa de las soluciones de adrenalina contenida en las soluciones anestésicas.

La inyección de adrenalina que es un vasoconstrictor, puede ser deseable por el organismo, en cambio el anestésico sin vasoconstrictor se difunde de manera más rápida en el torrente sanguíneo pudiendo desencadenar una manifestación de dolor en el paciente, y ésto liberar la adrenalina exógena.

(b) INFARTO DEL MIOCARDIO.-

Mucho de lo dicho en relación con Angina de Pecho, se podría aplicar a los pacientes con una buena Historia de Infarto del Miocardio, aquí hay que tomar en cuenta dos factores: 1.- Tiempo, 2.- Coagulación.

Operar al paciente cuando haya normalidad de la protombina 1.5-2.5, si un paciente con infarto de miocardio le ha dado la enfermedad en seis meses, es muy factible que no presente problemas en esos seis meses que restan, pueden-

presentarse quedando su estado a una atenta consideración de parte del internista. También debemos tener cuidado -- con el empleo de anticoagulantes, estos pacientes suelen estar tomando anticoagulantes para algunos disturbios vasculares como es embolia pulmonar ó accidentes cerebrovasculares, si a éstos pacientes les suspendemos la aplicación de anticoagulantes podemos provocarles un estado de trombosis.

Nunca debemos aplicar un coagulante como es la vitamina - K, porque podemos provocarle un estado de hipercoagulabilidad de la sangre, en éste estado de hipercoagulabilidad el paciente está más propenso a sufrir episodios trombóticos.

(c) FIEBRE REUMÁTICA. -

La fiebre reumática es una infección general no supurada, producida por estreptococo Beta hemolítico del grupo A, - que suele lesionar el corazón dando como resultado una enfermedad cardiaca reumática. La zona principal de afectación cardiaca es el endocardio de las valvulas, una vez - lesionadas las valvulas, es particularmente significativa las tendencias que tienen las bacterias a implantarse en las paredes del endocardio, dando lugar a una endocardi--tis bacteriana.

Una manipulación de una herida bucal ó una extracción pue

de provocar una bacteremia, y ésta a su vez, provocar una endocarditis bacteriana, cuyo antibiótico de elección será la penicilina antes y después de la operación, si es alérgico a la penicilina aplicaremos eritromicina.

(d) ANOMALIAS CONGENITAS VASCULARES.-

El aspecto más importante de las anomalias cardiovasculares que conciernen al cirujano oral, es la posibilidad de producir endocarditis bacteriana sub-agudas, por lo tanto para prevenir la bacteremia es necesaria una terapéutica profiláctica, que se realiza de una forma del todo similar a la descrita en las enfermedades cardíacas reumáticas.

(e) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.-

Es cuando la producción del corazón no están de acuerdo con las demandas que de él exigen, tanto la circulación general como la pulmonar. El cirujano debe investigar cuidadosamente el estado de compensación del paciente, indagando la administración de preparados digitálicos, y con una dieta pobre en sodio. También se emplean con bastante frecuencia el uso de diuréticos.

El grado de compensación ó descompensación cardíaca se puede establecer dirigiendo nuestro interrogatorio hacia-

la existencia de una disnea de esfuerzo, disnea nocturana paroxística y serán signos indicativos de que existe descompensación cardiaca cuando se presenta disnea al subir cierto número de esc, la imposibilidad de dormir sin varias almohadas y la respiración entrecortada a mitad de la noche, en ésta situación se debe posponer todo acto quirúrgico y establecer contacto con el medio internista.

(f) ENFERMEDADES HEPATICAS.-

Otro problema que presenta es en las enfermedades hepáticas como es la cirrosis hepática, en la cual hay un metabolismo muy rápido del hígado para eliminar los barbitúricos, y por lo tanto no se logra una correcta inducción de la anestesia, obligando aplicar una cantidad mayor del anestésico, lo cual es peligroso en un paciente cirrótico al querer aplicar anestésico general.

(g) ULCERA PEPTICA.-

El aspecto más importante que presentan los enfermos ulcerosos en relación a la cirugía oral es la absoluta contraindicación del empleo de los corticoesteroides que se emplean de ordinario para disminuir el edema postoperatorio. Estos medicamentos empleados a un paciente con úlcera péptica pueden producirle una perforación de la úlcera e in-

cluso una peritonitis.

(h) DIABETES. -

Enfermedad hereditaria o adquirida en la que existe una - alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, - secundaria a una deficiencia absoluta o relativa de insu- lina, y presenta una serie de problemas de interés para - el cirujano oral, cuyo primer problema se enfoca al mantenimiento de los niveles sanguíneos de glucosa, mientras - se esta realizando la intervención oral. Esto es importante sobre todo, en el caso de que se emplee anestesia general.

Nos puede servir como indicativo de la enfermedad el averiguar qué clase y qué cantidad de agente hipoglucémico - está tomando el enfermo para mantener unos valores relativamente normales. Este es un dato que ha de obtenerse - - siempre de un paciente diabético.

La eliminación de la insulina que se administra por la mañana o del agente hipoglucémico de que se trate, no acostumbra a producir efectos nocivos. Si hay que emplear - - anestesia general, procurará realizarse la intervención - en una hora temprana de la mañana. Si el enfermo se encuentra en un hospital o se trata de intervenciones de importancia que no hacen factible el que pueda alimentarse-

en la mañana, se suspenderá la medicación durante ese día, sin que haya que temer consecuencias desagradables.

La sobrecarga que supone la intervención quirúrgica o la anestesia general puede ser causa de que agrave la diabetes y se aumenten las necesidades de insulina por parte del enfermo. Las necesidades de insulina son variables y solo pueden establecerse siguiendo una observación rigurosa mediante la prueba de insulina.

El cirujano debe disponer en su gabinete de todos los medios necesarios para hacer la determinación del estado de la enfermedad en el mismo momento en que se vaya a realizar la intervención.

(i) ENFERMEDAD DE ADDISON.-

EN ALGUNOS ENFERMOS que padecen insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison), o que han estado tomando de una forma sistemática corticoesteroides en el tratamiento de enfermedades crónicas como asma, lupus eritomatoso, o dermatosis crónicas, es aconsejable administrarles una dosis de compensación mayor de la habitual antes de practicarles una intervención quirúrgica o una anestesia.

(j) HIPERTIROIDISMO.-

El enfermo hipertiroideo puede ser reconocido por algunos

signos, tales como nerviosismo, fino temblor de los dedos al realizar movimientos de extensión y recientes pérdidas de peso, conservando un buen apetito.

En algunos pacientes aparece exoftalmos. La cirugía y la anestesia deben practicarse con sumo cuidado en los hipertiroideos, por la posibilidad de que presenten un derrumbamiento tiroideo.

Como estos pacientes son también muy sensibles a la adrenalina, está contraindicado su empleo. También está contraindicada la atropina, puesto que por sus propiedades -vagalíticas, produce taquicardia, que por si sola es capaz de desencadenar el fallo tiroideo.

(k) EPILEPSIA.-

La epilepsia es una alteración paroxística crónica de la función cerebral caracterizada por la presentación de ataques recurrentes que producen cambios en el estado de la conciencia y que pueden o no ir acompañados de convulsiones. Su presentación es tan frecuente en cualquier consultorio dental. El paciente que está bien historiado y bajo un tratamiento adecuado suele presentar pocos problemas. Muchos epilépticos responden bien a los medicamentos como son: difenilhidantoina (DILANTINA) y FENOBARBITAL y tienen una historia con períodos de relativa calma mientras-

están bajo esta medicación. No obstante éstos pacientes - son susceptibles de presentar un ataque de gran mal mientras están sentados en la sala de espera o en la silla dental.

(l) APOPLEJIA. -

El profesional deberá fijarse en los síntomas más claros, tales como parestias, parestesias, e hiperestusias de las extremidades superiores, dificultad en hablar y anomalías de los nervios craneales.

(m) MIASTENIA GRAVE. -

Esta es una enfermedad caracterizada por una fatigabilidad progresiva y debilidad de los músculos por una dificultad en la conducción nerviosa en las uniones mioneurales. La enfermedad responde tan bien a la terapéutica que los pacientes con miastenia bien tratada presentan muy pocas diferencias con los otros pacientes normales. Esto comporta, por otra parte, una serie de dificultades, puesto que supone la administración, varias veces al día de - farmacos del tipo de la neostigmina o de la piridostigmina. Si no se administran éstos preparados, se produce una debilidad general que predispone al paciente a alteraciones respiratorias y a posibles infecciones. Esto tiene --

una importancia especial para los casos que deben ser sometidos a anestesia general y en los cuales no hay síntomas subjetivos de debilidad muscular.

Es importante que el enfermo reciba la medicación en un espacio de tiempo lo más cercano posible a la intervención. Si se prevee que el tratamiento ha de ser de alguna duración y el enfermo está bajo los efectos de una medicación de acción corta, lo más aconsejable será hospitalizarlo.

C.- OBSERVACION DE LA CARA Y CUELLO.

- a) De frente, se notarán asimetrías que se deben a varias causas. Algunas de ellas son hiperplasias o hipoplasias, fracturas condíleas, enfermedades de la parotida e hipertrofia de los músculos masetero o temporal.
- b) Observación de perfil revela micrognacia o macrognacias.
- c) Se observarán todos los movimientos mandibulares: apertura, cierre, de lateralidad y protrusión. Se tendrá en cuenta el grado la coordinación y la presencia o ausencia de desviación durante los movimientos de apertura y de protrusión.

D.- LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. La palpación revela la presencia o ausencia de movimiento condíleo. En pacientes-

delgados este movimiento también se visualiza. La vía de acceso es lateral sobre la zona de articulación temporomandibular, a través del meato auditivo. Si se coloca un estetoscopio sobre la zona de la articulación temporomandibular durante el movimiento de los cóndilos, se escucharán sonidos de chasquido y crepitación.

E.- MUSCULOS DE LA MANDIBULA. MUSCULOS ASOCIADOS DEL CUELLO Y HOMBROS. Como ya se dijo, los músculos hipertroficados se ven como un agrandamiento, pero hay mayor seguridad al palpar. Los dedos de un clínico le dicen mucho respecto del tamaño, estado y presencia o ausencia de zonas dolorosas dentro de la musculatura.

Los sectores más comunes en que se presentan zonas sensibles son: partes de la inserción anterior del músculo temporal, inserción anterior del músculo masetero e inserción interna del pterigoideo. Los dos primeros son accesibles desde la parte externa de la cara; el último se alcanza por vía intrabucal.

F.- EXAMEN DENTAL.- Este es el más familiar, y también el más difícil.

Una razón es la variación que existe sobre la comprensión de lo que en realidad comprende una desarmonía oclusal y-

su relación con los signos y síntomas que presenta en forma individual cada paciente. Nos parece apropiada la definición de Posselt de una alteración funcional. Define como alteración funcional la que no se compensa por adaptación. Nos parece una guía útil pensar en términos de oclusiones bien compensadas u oclusiones mal compensadas, y no es lo que encajan en algún concepto particular de normas mecánicas o morfológicas. Durante el examen de los dientes hay que detectar las pruebas de actividad motora-bucal por tensión subconciente, denominada en forma común "bruxismo" o bricomafia". Son signos importantes las facetas en los dientes y el mordisqueo de la mucosa bucal o a lo largo de la línea del plano oclusal. No se dejará de lado la posibilidad de una enfermedad dental como causa de dolor facial y alteración mandibular. Son ejemplos de ello las otalgias asociadas con pulpitis de dientes inferiores, o trismo cuando hay infecciones pericoronarias.

6.- RUTINA EN LA SALA DE OPERACIONES

El cirujano dental debe prepararse para la operación de la misma forma como lo hace el cirujano general para su trabajo. Aunque es imposible esterilizar la cavidad bucal que circunda el campo operatorio, el ritual de la técnica de esterilización es de gran valor al eliminar la posibilidad de in-

roducir organismos patógenos en la herida.

Además muchos de los caracteres de la técnica sirven pa
proveer la comodidad y protección al cirujano bucal.

La asepsia de la técnica quirúrgica consiste en lo si--
guiente:

(A) Sala de Operaciones.-

Esterilización completa de los -
instrumentos, compresas, gasas, guantes
y suturas y cualquier cosa que se pueda
poner en contacto con el campo operato-
rio directa e indirectamente, por ejem-
plo, las compresas que cubren la mesa -
sobre la que se colocan los instrumen--
tos; colóquense mesas y cubetas para --
instrumentos estériles.

(B) Operador y Ayudante.-

Vestido.- El operador y cada ayu
dante, después de quitarse los trajes -
de calle, se ponen trajes blancos de al
godón limpios.

El operador después se coloca un
par de zapatos o un equipo de botas con
ductivas. Después se colocan gorros y -

cubrebocas, el Cirujano lleva la luz -
frontal y ajusta adecuadamente el rayo
de luz.

7.- PREPARACION DE LAS MANOS Y BRAZOS PARA LA OPERACION.

Ajuste el gorro de modo que cubra todo el cabello, el cubrebocas debe cubrir toda la boca y la nariz. Se arrollan las mangas por encima de los codos y se quitan todas las alhajas. Las uñas deben ser cortas y lisas.

Procedimiento.- regulese el agua en la pileta de lavado a una temperatura agradable. Lávense las manos y antebrazos completamente y limpiese las uñas con cepillo de madera.- Con una pinza estéril sáquese un cepillo esterilizado de la cubeta. Enjuaguese con agua corriente, agreguese jabón líquido con hexaclorofeno y Phisoderm.

Empiecese frotando las palmas de las manos con golpes paralelos y en tres secciones: desde el meñique hasta el pulgar frótense las cuatro superficies de cada dedo, después ciérrense las manos y frótense los nudillos, acto seguido frótense los brazos hasta el codo mediante golpes longitudinales y frotando en cinco secciones.

Hay que asegurarse que se frotan los espacios interdigitales al frotarse las manos: cuando se frota el dorso de la mano, hagáse, y de cada dedo hagáse desde la mano hasta la muñeca mediante golpes longitudinales. Después de frotar una mano y el brazo repitase el procedimiento con la otra. A conti-

ñeca mediante golpes longitudinales. Después de frotar una mano y el brazo repitase el procedimiento con la otra. A continuación enjuague la mano hasta el codo. Lavese el cepillo.-
6 Cierrese la canilla con el cepillo y abandonecelo después.-
Dirijase hacia la sala de operación con la mano en alto mientras la enfermera ofrece una toalla esterilizada.

Las manos se secan con una compresa esterilizada, y -- los integrantes del grupo se colocarán en un delantal esterilizado.

8.- PREPARACION DEL PACIENTE.

El paciente es primero anestesiado.

La técnica utilizada para la preparación de la cara y cuello del paciente depende de que el conocimiento de un procedimiento sea intrabucal o extrabucal.

A.- EXTRABUCAL.

El trabajo se hará desde una mesa esterilizada que contenga el instrumental necesario para la preparación del paciente. Consiste en:

- (1) Solución limpiadora para eliminar el aceite y polvos de la superficie cutanea. Las soluciones son: tintura de jabón verde; seguida de agua esterilizada, éter y alcohol.
- (2) Una solución antiséptica o germicida como es tintura de -

zefirán mertiolate o yodo, contenidas en tazones de porcelana o acero.

(3) Gasas esterilizadas de solución limpiadora.

(4) Pinzas para gasas.

Las gasas se doblan en cuadros de cuatro centímetros - de lado y se toman con pinzas para gasa. Se aplica la solu---ción limpiadora primero en la zona operatoria, de tal modo -- que la extensión del área limpiadora sea bastante grande bajo las compresas, después la zona se pincela con uno de los agentes antisépticos.

La mesa su equipo, y los guantes se consideran contaminados por lo cual se descartan.

B.- INTRABUCAL.-

Por medio de gasas dobladas de cuatro centímetros se - aplica una solución antiséptica teñida, sobre la zona situada al derredor de la boca, extendiéndose por debajo de el mentón hasta el cuello y nariz, e incluyendo ambas mejillas. Una vez que el paciente ha sido cubierto, está ya listo para la anestesia endotraqueal.

A veces es necesario la tracción de la lengua por me--dio de una sutura, la cual se llevará a través de O hasta obtener un largo doble de 15 a 18 cents. La sutura se corta, y- sus extremos dobles se anudan, asegurándose la sutura a las -

compresas y manteniendo así una suave tracción de la lengua.

Este procedimiento de colocar una sutura en la lengua se utilizará cuando no se utilice la anestesia endotraqueal, para mantener libre la vía aérea.

En otros casos colocaremos gasas de diez por diez centímetros en la parte posterior de la boca para evitar la aspiración o deglución de sangre o saliva.

9.- MEDIDAS DE URGENCIA EN FRACTURAS DE LOS HUESOS MAXILARES Y FACIALES.

Las cuatro medidas más importantes que tomar para el tratamiento de urgencias de los traumatismos de cara y maxilares son:

(A).- CONTROL DE LA HEMORRAGIA.- Con el objeto de salvar la vida, habrá que hacer un examen rápido, recordando que los accidentes dan a menudo por resultado heridas múltiples y la hemorragia deberá ser controlada con urgencias. Considerando la hemorragia arterial como la más seria, deberá ser cohibida rápidamente mediante presión digital, si es posible, antes que se puedan aplicar otros métodos más efectivos. Las hemorragias graves en las extremidades serán controladas mediante el uso de torniquetes, pero la herida de la cara y cuello requiere otros procedimientos. Debemos estar familiarizados con los puntos más efec

tivos para aplicar presión en la cabeza y cuello, para -- controlar la hemorragia.

Con gasas y vendas se podrá hacer sobre ésta área, y se - controlará la salida de sangre hasta que se coloquen un - clamp o una ligadura en los vasos lesionados. La hemorra- gia de la arteria carótida externa y sus ramas puede ser- controlada temporalmente por presión digital sobre el borde anterior del externo cleido mastoideo, a la altura del hueso hioides.

Se deberá localizar el pulso y se aplicará suficiente presión hacia el interior comprimiendo suavemente la luz del vaso, llevando al mínimo la pérdida de sangre hasta que - los vasos terminales sean controlados. La hemorragia de - cualquier rama de la arteria maxilar externa puede ser reducida comprimiendo el vaso cuando este cruza en la esco- tadura facial por delante de el gonion. El punto más efectivo para comprimir la arteria temporal superficial es -- donde ésta arteria cruza la apofisis cigomática del hueso temporal por delante de el pabellón auditivo.

La arteria lingual puede ser comprimida por algunos puntos por medio de una profunda presión por debajo de el ángulo de la mandíbula o en casos severos por compresión de la carótida externa. Lleva la lengua hacia afuera, sobre-

los dientes, puede ser efectivo, y en caso de pérdida de la porción de la mandíbula, se comprimirá el dorso de la lengua con los dedos.

La hemorragia de los tejidos blandos deberá ser cohibida con suturas cuando sea posible, y la hemorragia osea excesiva se controlará con gasa que se mantendrá en el lugar mediante presión moderada.

Nuestro primer objetivo será conservar el suministro de sangre del individuo, prevenir el shock y, mejor aún, preparar a estos pacientes graves para que puedan ser transportados al hospital, donde se le proporcionará cuidados más adecuados para salvarle la vida.

B. - MANTENIMIENTO DE LAS VIAS AEREAS LIBRES PARA LA RESPIRACION.- Heridas graves en la cara y mejillas interfieren frecuentemente en la respiración. El establecimiento de una correcta vía aérea deberá ser la primera consideración del tratamiento. Fragmentos óseos, dientes fracturados, obturaciones, prótesis rotas, partículas de ropa y otros materiales extraños, así como tejidos blandos y sangre, caen a menudo en la parte superior de la boca y garganta. Muy a menudo estos cuerpos extraños son aspirados. El paciente está confundido, atemorizado, shockado o inconciente, y sus reflejos y reacciones están peligrosamente-

alterados.

Los huesos fracturados o los tejidos que esten en desorden deberán ser acomodados para asegurar una correcta vía aérea. Después que se han eliminado todos los cuerpos extraños de la boca y se haya traccionado la lengua hacia adelante manteniendola en esa posición, habrá que prestar atención al control inmediato de los fragmentos óseos y tejidos blandos que podrían caer hacia atrás en la garganta. Los huesos maxilares superiores fracturados deberán ser mantenidos hacia adelante para evitar el bloqueo de la vía aérea nasal y bucal por un desplazamiento hacia atrás; como se mencionó, la caída de la lengua hacia atrás, la pérdida de sus inserciones mandibulares, podría bloquear la vía aérea. Una sutura a través de la punta de la lengua puede ser necesaria para controlar este hecho. La ligadura puede ser controlada por el paciente o sujeta a la ropa o al atavio facial para la tracción extra-bucal. Cuando sea posible, habrá que transportar a los pacientes con heridas en la cara o maxilares sin tenderlos, pues estarán mucho mejor sentados, ya que así la respiración se restringe menos. Si hay que llevarlos en ambulancia o camilla en posición reclinada no deberían estar boca arriba, puesto que dicha posición favorece al colapso de los teji

dos, sino ubicados boca abajo en posición inclinada o en decúbito lateral.

Esto ayudará a mantener libre el pasaje de aire y permitirá que la sangre y mucus que se coleccionen en la garganta sean expedidos.

Traqueostomía o traqueotomía.- el propósito de la traqueotomía es prevenir la asfixia haciendo un orificio en la -- traquea para asegurar la respiración por debajo de la obstrucción en la laringe o la faringe.

Los síntomas y signos de disnea obstructiva laringea que indican traqueostomía son: agitación, facies de ansiedad, cianosis respiración rápida y superficial.

En pacientes internados de urgencia con serias fracturas faciales y compromiso respiratorio, si la traqueotomía no se pudiera efectuar bajo anestesia local será prudente con siderar la inserción del tubo endotraqueal en el paciente conciente.

C.- CONTROL DEL SCHOCK.- El shock en las heridas faciales es poco común, ecepto cuando sigue la hemorragia grave o está asociado a las lesiones producidas. En caso de producirse el shock debe ser tratado de manera inmediata y adecuada.

D.- ESTABILIZACION DE LAS PARTES.- Después de asegurar tempora riamente el control de estos tres primeros y peligrosos --

problemas en la conservación de la vida del paciente, hay que considerar la estabilización de los fragmentos óseos y el desplazamiento de los tejidos blandos. La conservación de los tejidos es de enorme importancia. Los fragmentos óseos que tengan alguna posible unión periosteal deberán ser conservados, porque podrán vivir y formar un núcleo del nuevo conocimiento óseo. De la misma manera, toda la membrana mucosa y la piel que pueda ser salvada será extremadamente útil para suturar sobre los cabos de --fractura después de un cuidadoso debridamiento. Cualquiera que sea el método de fijación que se emplee como primera medida es importante y ayudará a prevenir una hemorragia recurrente y mantener libres las vías respiratorias.- Esta estabilización de las partes es además de extrema importancia para el paciente, por la reducción del dolor y la incomodidad.

II TRATAMIENTO EN TRAUMATISMOS MAXILO-FACIALES.

1.- ETIOLOGIA DE LAS FRACTURAS.

Las fracturas de los maxilares pueden ser causadas por traumatismos o ser patológicas (W. Harry Archer) y (Guralnick-C. Walter).

A.- FRACTURAS TRAUMATICAS.- Pueden ser causadas por violencia externa o un puñetazo, accidentes de automóviles o industriales, caídas, balas o durante la extracción de dientes, especialmente cuando se usan elevadores para la remoción de dientes retenidos. Las fracturas del proceso alveolar o de la tuberosidad del maxilar superior ocurren más a menudo que las fracturas de mandíbula.

B.- FRACTURAS PATOLOGICAS.- Pueden ser ocasionadas por quistes, tumores óseos benignos o malignos, osteogénisis imperfecta, osteomielitis, osteomalacia, atrofia ósea generalizada u osteoporosis o necrosis. A causa de grandes destrucciones del cuerpo mandibular por procesos patológicos, se pueden producir fracturas espontáneas al hablar, bostezar o comer.

2.- CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS

Las fracturas de la mandíbula, maxilar superior y hueso cigomático pueden ser:

A.- FRACTURAS UNICAS.- En este caso el hueso se fractura en un solo lugar y son unilaterales. Son poco comunes en la mandíbula, pero pueden localizarse en el ángulo entre las ramas horizontal y vertical, especialmente si hay un tercer molar retenido, al nivel del agujero mentoniano y al nivel del cuello del cóndilo. En el maxilar superior se observan en la tuberosidad y en la cresta alveolar anterior.

B.- FRACTURAS MULTIPLES.- En estas, el hueso se fractura en dos o más partes y en general son bilaterales. Este es el tipo que se ve con mayor frecuencia, y ocurre en ambos maxilares. Si se produce una fractura al nivel del cuello del cóndilo en un lado, generalmente se fractura al nivel del agujero mentoniano en el otro lado.

C.- FRACTURAS SIMPLES.- Son fracturas que no están en contacto con las secreciones de la cavidad bucal o que no comunican con la parte externa o interna, por desgarramiento de los tejidos. Se encuentra más a menudo

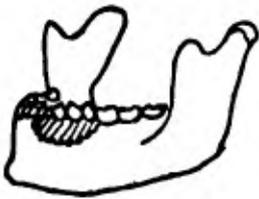
en la rama ascendente de la mandíbula y-
ocurren en cualquier parte de la rama en
tre el cóndilo y el ángulo formado por -
la rama, entre el cóndilo y el ángulo --
formado por la rama y cuerpo de la mandí-
bula.

D.- FRACTURAS COMPUESTAS.- Son las fracturas que se comunican
con la cavidad bucal o con la superficie
externa de la cara, por desgarramiento -
de la piel o de mucosa bucal. Se produ--
cen generalmente en la misma horizontal-
de la mandíbula, por delante del ángulo.

E.- FRACTURAS COMPLEJAS.- Son los casos de fracturas en ambos
maxilares o que en uno de ellos es des--
dentado. Un desplazamiento grande de los
fragmentos óseos de cualquiera de los --
dos maxilares o con gran traumatismo de-
los tejidos interesados y blandos, pre--
senta siempre muchos problemas. Hay ca--
sos de fracturas con lesiones en la cabe-
za, como la fractura del cráneo que pre-
senta grandes complicaciones.
En todos los casos de fractura maxilares

número de tipos precisos: fracturas parciales o totales.

1) **FRACTURAS PARCIALES.**- Son aquéllas que se producen en - el reborde alveolar, en el reborde basilar, en la apofⁱsis coronoides así como la fractura condileo y la perfo^ración.



fract. del reborde alveolar



fract. en el reborde basilar



fract. en la apofisis coronoides.



fract. de un fragmento condileo



fract. de perforación

2) **FRACTURAS TOTALES.**- Son las que rompen la continuidad - del hueso.

LOS TRAZOS DE FRACTURA.-

Los trazos de fractura pueden interesar la parte bucal dentada, o la parte retrodentada.

es necesario asegurarse de que no hay --
fractura de cráneo asociadas, antes de --
emprender el tratamiento.

Las fracturas complejas del tercio medio
de la cara, maxilar superior y estructu-
ras asociadas, afectan generalmente los-
huesos nasales y cavidades sinusales, --
huesos lagrimales y paredes orbitarias, -
y a veces el piso y pared lateral del --
cráneo. Se necesita el conocimiento com-
binado y la habilidad del neurocirujano,
otorrinolaringologo, oftalmologo, ciruja
no plástico y cirujano bucal para apli--
carlos al tratamiento.

RELACION ANATOMO-PATOLOGICA.

Dos categorias muy diferentes de lesiones deben ser --
distinguidas:

- a) **FRACTURAS DE ORIGEN BALISTICO.**- Se caracterizan desde el -
punto de vista anátomo-patológico por la ausencia completa
de sistematización; por la existencia frecuente de pérdi--
das de substancia ósea; por destrozo asociado de las par--
tes blandas.
- b) **FRACTURAS DE LA PRACTICA CIVIL.**- Pueden reducirse a cierto

a) REGION SINFISAL ENTRE LOS DOS CANINOS.-

1.- REGION MEDIA.- entre los dos incisivos centrales; trazo rectilíneo o ligeramente oblicuo, a veces bifido en su extremidad inferior que libera un fragmento triangular.



2.- REGION PARAMEDIANA.- entre los incisivos laterales y caninos.

b) RAMAS HORIZONTALES DE LA REGION CANINA AL ANGULO MANDIBULAR.

Trazo oblicuo de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, con un bicel más o menos acentuado.



c) REGION ANGULAR.

Trazo oblicuo hacia abajo interesando el alveolo del 3er. molar.



d) RAMA MONTANTE

1) trazo vertical



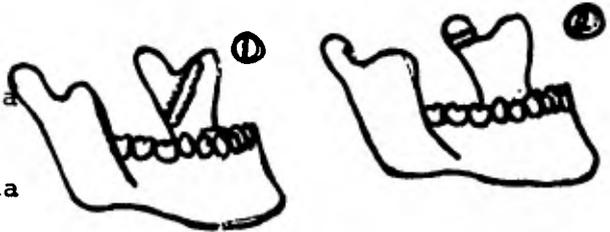
2) trazo horizontal



e) REGION CONDILEA.

1) Fractura subcondilea baja

2) Fractura subcondilea alta



3.- DIAGNOSTICO DE LAS FRACTURAS.

Cuando se diagnostican las fracturas de los maxilares, - arcocigomático, malar y huesos nasales, es preciso observar -- los siguientes procedimientos: Historia, examen visual, examen digital, examen radiográfico y clasificación de fractura o - - fracturas.

SINTOMAS, EXAMEN BUCAL Y DIGITAL.- Las fracturas de los maxilares presentan los siguientes síntomas:

- 1.- Articulación incorrecta de los dientes.- Puede ser marcadamente incorrecta para el individuo, o el alineamiento de - los dientes puede ser anormalmente irregular. Esto está -- asociado por lo común con una historia de traumatismo, tal como un golpe, un accidente, una caída, etc.
- 2.- Movimientos Individuales de los Fragmentos, que se descu-- bren por la manipulación.
- 3.- Crepitación.- Ruidos rechinantes cuando los huesos se fro-- tan al masticar, tragar o hablar, o por manipulación.
- 4.- Función Disminuida, como dificultad para masticar etc.
- 5.- Sensibilidad y dolor en los movimientos mandibulares, como

al comer y hablar.

- 6.- Movimientos de las Superficies Oclusales e Incisales de los dientes, observables cuando el paciente abre y cierra la boca o movimientos anormales de los maxilares y dientes en la zona de fractura al cerrar y abrir la boca.
- 7.- Deformidades Faciales, en especial con fracturas de maxilar superior o del malar.
- 8.- Tumefacción y decoloración de los tejidos (esto no está siempre asociado con las fracturas y puede ser causado por un traumatismo).
- 9.- Equimosis alrededor de la cavidad orbitaria, lo cual es frecuente en las fracturas del malar y huesos nasales.
- 10.- Insensibilidad del labio inferior o mejilla.
- 11.- La diplopia es en general indicio de un cambio en la posición del globo ocular por alteraciones de la forma de la órbita después de una fractura con desplazamiento de los huesos que forman las paredes orbitarias.
- 12.- La mayoría de las fracturas de los huesos faciales afectan las líneas de sutura en particular alrededor de la órbita, y por lo tanto se puede a menudo identificar una palpable irregularidad.
- 13.- Es posible palpar rápidamente los contornos óseos de la nariz y huesos faciales, y hacer comparaciones entre am--

bos lados.

Con un dedo dentro de la boca se pueden examinar los con
tornos del reborde alveolar de los maxilares identificán
dolos y comparándolos.

- 14.- Una interferencia en los movimientos mandibulares puede-
ser el resultado de un choque de la ápofisis coronoides-
con el arco cigomático desplazado mesialmente.
- 15.- La movilidad normal de la mandíbula puede ser indicio de
fractura del cuerpo, rama, o cóndilo.

4.- DESPLAZAMIENTO DE LAS FRACTURAS.

Kruger ha enumerado los tres factores vitales que in--
tervienen en el desplazamiento de los huesos fracturados:

- 1) La acción muscular.
- 2) La dirección de la línea de fractura.
- 3) La fuerza.

En general, la onda muscular que forman el masetero y-
el pterigoideo interno tienden a empujar el fragmento poste--
rior hacia arriba y hacia adelante, mientras que los músculos
suprahioideos tienden a empujar el fragmento anterior hacia -
abajo.

El músculo pterigoideo externo propende a empujar el --
cóndilo fracturado hacia adelante y adentro.

Los efectos propulsores de los músculos quedan limita-

dos por la situación y dirección de la fractura que, en último término, está determinada por la cantidad, dirección y tipo de fuerza que se haya ejercido. En una fractura de cuerpo-mandibular por detrás de el último molar que no se haya desplazado debido al golpe, si la línea de fractura es vertical y favorable, no se produce ningún desplazamiento posterior hacia adentro; pero si la línea es vertical y de desfavorable - debido a la acción del pterigoideo, se puede producir un desplazamiento del fragmento posterior hacia adentro. Si la fuerza del golpe ha separado el fragmento anterior dirigiendolo - hacia dentro en relación al fragmento posterior, éste fragmento posterior permanecerá al lado del anterior, desplazandose - hacia arriba y hacia adelante.

Los daños que pueden producir fracturas dobles bilaterales o sinfisales pueden producir problemas típicos cuando - se complican con desplazamiento a causa de la acción muscular. Las fracturas mentonianas bilaterales se desplazan en un sentido posterior debido a la acción del suprahiocideo, del genio - glosa y del digástrico y pueden causar obstrucción de las - - vías respiratorias producida por un descenso de hacia atrás - del soporte de la lengua.

En éste caso, suelen ser necesaria la reducción a cielo - abierto, puesto que incluso con la ligadura intermaxilar, el-

borde interior de la mandíbula se desplazará posteriormente - por efecto de la acción muscular. Los fragmentos sinfisarios- pueden presentar problemas en cuanto a su fijación a causa de la acción lateral de los músculos digástricos, especialmente- cuando están complicados con una fractura condilar.

5.- PLAN DEL TRATAMIENTO PARA LAS FRACTURAS

CONSIDERACIONES GENERALES. Cuando las condiciones generales del paciente lo indican, se tendrán que hacer las consultas necesarias, con el internista, el neurocirujano, el oftalmólogo, el otorrinolaringólogo o el cirujano plástico, si hay desgarramientos faciales extensos.

Cuando se tratan de traumatismos importantes, los procedimientos operatorios usados para reducir fracturas se dejan de lado hasta recobre lo suficiente, y solo se hace el principio de tratamiento de urgencia.

Lesiones cerebrales, lesiones en torax, y abdomen, lesiones en columna cervical y fracturas mayores toman prioridad en el tratamiento. Recuerdese, sin embargo, que "cuanto antes se reduzca una fractura, mejor será el resultado final- y el promedio de casos de fracturas sin mayores complicaciones. Si las circunstancias lo permiten, las fracturas de los maxilares deberán recibir tratamiento definitivo en las 24 horas después de la lesión, el paciente estará más comodo inme-

diatamente después que los huesos se hayan estabilizado, y -- las posibilidades de infección se reducirán. El problema de la anestesia y procedimientos operatorios, los tendrá que resolver el cirujano bucal, consultores medicoquirúrgicos y - - anestesista.

Determinese el número y localización de las fracturas. Determinese la posición de los fragmentos y sus relaciones. - En consecuencia, para la reducción de fracturas del tercio me dio de la cara, los huesos desplazados se vuelven a su posi-- ción original y se mantienen en su lugar con la misma elasti- cidad de los tejidos blandos de la cara y la fuerza de grave- dad, mientras que para la reducción y fijación de las fractu- ras mandibulares se deberán emplear aparatología especial, pa- ra contrarrestar la fuerza de los poderosos músculos masticado res.

Determinese el tipo de fractura, y si hay combinación de varios tipos considerese la extensión del daño a los teji- dos blandos tales como mejilla, labios, músculos, mucosa, len gua y otras partes, también cuanto desplazamiento se ha produ- cido y la clase de deformidad producida. Determinese la ac--- ción de tironeamiento muscular sobre los distintos fragmentos. Determinese el número de dientes presentes su condición y dis tribución, haciéndose el examen con cuidado.

6.- METODOS DE TRATAMIENTO DE FRACTURAS MANDIBULARES.

La base del tratamiento de las fracturas consiste en --
alinear la forma apropiada del hueso dañado de modo que se --
restaure su función y contorno. Esto se consigue reduciendo --
los extremos de la fractura y colocandolos en su posición ana-
tómica correcta, fijandolos en posición e inmovilizando el --
hueso para conseguir la curación de la fractura.

El método elegido para efectuar el tratamiento deberá-
ser el más simple y, al mismo tiempo, el más directamente pue-
da cumplir todos los objetivos vistos.

La mayoría de las fracturas mandibulares simples son --
hasta la fecha más fáciles y más sencillas de tratar mediante
técnicas cerradas, muchas de las cuales se reducen a una fija-
ción intermaxilar.

1.- Ferulas sujetas a los dientes de los maxilares y reduc--- ción de fracturas. Inmovilización con bandas elásticas -- intermaxilares.

El uso de férulas de metal preparadas como las de Jalenko,
Winter o Erick, sujetas a los cuellos dentarios de ambos-
maxilares con ligaduras de alambre, y después la reduc---
ción de la fractura y colocación de los dientes en su --
oclusión correcta, por medio del tironeamiento constante-
y gradual de las bandas elásticas intermaxilares sujetas-

a férulas de cada maxilar, es en casi todos casos el tratamiento que se elegirá.

a) Reducción cerrada. Fijación Intermaxilar.

Con este sistema se fija la arcada superior a la inferior mediante cualquiera de los variados métodos que existen.

El principio básico en el cual se fundamenta éste tratamiento es el de situar los dientes (ó dentaduras ó férulas) en una oclusión adecuada, de forma que los fragmentos mandibulares fracturados queden forzados hacia la posición -- apropiada. Entonces se mantiene mediante tracción elástica todo el tiempo que se considere oportuno para conseguir la curación.

En muchas fracturas simples y sencillas que se producen en zonas que hay dientes con una dentición oponente adecuada, éste tratamiento sirve para reducir como para fijar la -- fractura. Los métodos más empleados son las ligaduras con alambre y los arcos barra vestibulares.

7.- MEDIOS TERAPEUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL MAXILAR INFERIOR.

A.- PROCEDIMIENTOS ENDOBUCALES.

a) LAS LIGADURAS

b) LOS ARCOS

c) LAS GOTERAS COLADAS

d) FERULAS COLADAS

a) Las ligaduras.-

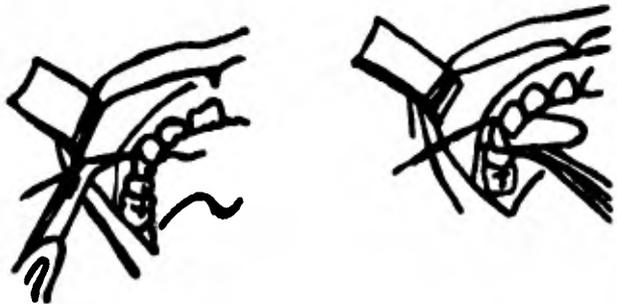
Instrumentación.- hilo de acero blando de 0.35 ó 0.40 -
mm. ó hilo de latón comercial de 0.37 mm.

- pinza de bocados finos oblicuos para pasar el hilo.
- pinza de tipo Péan ó portaagujas de Doyen, para apretar los hilos.
- tijera para hilo metálico
- aparato de torsión de Loute-ginestet

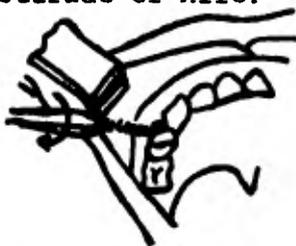
Técnica General.- Verificar en primer lugar, si el pasaje de los hilos es posible. Teniendo con la pinza finacodada, presentar una de las extremidades, ligeramente encorvada, delante del espacio interdentario del lado vestibular.

Atravesar sin lesionar, el festón gingival. (1)

Retomar el hilo del lado palatino o lingual y pasarlo al lado vestibular - - atravesando el espacio interdentario siguiente; evitar toda torsión del hilo sobre su eje. (2)



Cierre de los hilos.- asir sólidamente los dos cabos - con una pinza de Péan o de Doyen. Comenzar la torsión- manteniendo estirado el hilo.



Tipos de ligadura.

LIGADURA DE LEBLANC.- Colocar alrededor de cada cuello de los dientes antagonistas una ligadura simple. a

Luego volver atar los alambres

para una nueva retorcida. b

Es un procedimiento rápido indicado para un bloqueo provisional.



LIGADURA DE IVY.- Este es un procedimiento de elección. Tomar un hilo de estaño de un cm. de largo. En su medio hacer un bucle y plegando el hilo sobre un instrumento liso de 2 a 3 ml. de diámetro (extremidad de una sonda No. 6 por ejem.) realizar una o dos torsiones.



Introducir de afuera hacia adentro, los dos extremos -
en el espacio interdentario elegido.

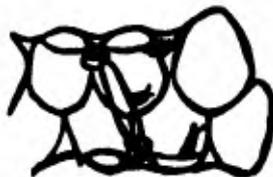


Hacerlos volver por separado hacia vestibulo después -
que cada uno de ellos ha contorneado el cuello de los-
dientes bordeando el espacio interdentario determinado.

Pasar uno de los hilos por detrás del rizo de preferen-
cia o en la torsión ó en el propio rizo.



Se acompleta la fijación practicando una nueva torsión
sobre el rizo. Colocar estas ligaduras sobre los gru-
pos de dos dientes antagonistas, a veces de cuatro si-
su resistencia es sospechosa. Reunirlos mediante hilos
de acero ó mediante hilos elásticos que pasen a través
de los rizos.



LIGADURA EN ESCALA DE PONROY.*

De un extremo a otro de una frag-
tura, encerrar un grupo de dien-
tes por una ansa de hilo de ace-



ro. Reunir los dos cabos median-
te algunas torsiones.

En cada espacio interdentario pa-
sar una ansa metálica, dispuesta
en forma de U horizontal, alrede-
dor de la primera ligadura.



Apretar sucesiva y progresivamen-
te todas las ansas hasta obtener
la tensión deseada.



Cuando existe una brecha dentaria,
colocar un pequeño cilindro de ma-
terial plástico, horadado en su -
centro, del largo del diente au-
sente.



Este atravesado por los dos hilos,
se opone a un eventual desplaza-
miento de los fragmentos óseos --
luego del cierre.

LIGADURA DE DAUTREY.*

Para un diente aislado, preparar-
un ansa metálica con un bucle bas

tante grande en su medio como para una ligadura de Ivy.

Circular al diente en el cuello con los dos cabos y pasar uno de ellos en el ojal y apretar.



b) Los arcos.*

ARCO SIMPLE. - es una media caña conformada sobre la arcada y fijada a los dientes; mediante una ligadura simple, que abarque en corbata al cuello del diente, sin lesionar el festón-gingival.

O mediante una ligadura en U, ó en 8.



ARCO DE PONT. - ésta constituido por dos bandas de ortodoncia, con un sistema de atornillado del lado interno (a) y del lado-



vestibular, un tubo en el cual viene a introducirse la extremidad fileteada de un arco de bronce (b).

La colocación de los aparatos comprende tres tiempos:

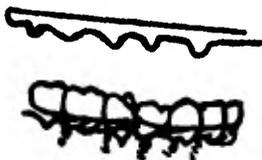
ajustado, puesta en su sitio y atornillado de las bandas; ajustado, puesta en sitio y atornillado del arco; fijación de éste último sobre los dientes.

ESTE ARCO NO PUEDE SER UTILIZADO MAS QUE PARA UNA FRACTURA SIN DESPLAZAMIENTOS O YA REDUCIDA.

ARCO DE PALFER SOLLIER. - Utili--

zar un hilo doble de acero de --
0.8 mm. Sobre uno de los cabos, -
confeccionar una serie de topes -
que servirán de anclaje.

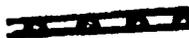
Contornear con el extremo el último diente y "ceñir" mediante -
ligadura.



ARCO DENTADO



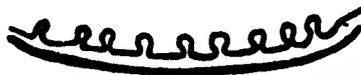
ARCO DE GANCHOS DE DUCLOS



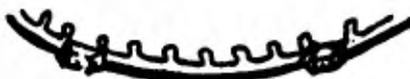
Están formados por una banda de acero inoxidable de 2mm. de largo y 0.60mm de espesor. Sus sistemas de anclaje -
tienen 2.5mm de altura por 2mm de largo. Estos arcos --
son muy utilizados.

ARCO DE GINESTET Y SERVAIS. - los topes son de dimensiones más importantes y de forma más reactiva.

a) Los arcos simples.- tiene 0.5 ó 0.10mm de espesor.

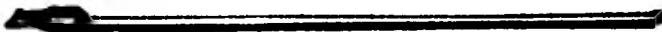


b) Los arcos modificados. de un milímetro de espesor, están provistos de tubos cuadrado-laterales, con tornillos de cierre y de una argolla anterior para tracciones intercrá neo-maxilares.



Estos arcos forman parte de el "estuche de ortopedia" - maxilo facial de G. Ginestet-Dautrey, que comprende además:

- hilo de acero blando de 0.4 y 0.3 mm de diámetro
- elásticos de ortodoncia
- barras extrabucales redondeadas en las que una extremidad termina por un vástago cuadrado.



- barras redondeadas simples de 3.2 mm.
 - pinzas intermediarias con tornillos de cierre regulares a mano.
 - placas con barras redondeadas soldadas
- 
- pinza para conformar las barras de 3.2mm.

- una pinza de Waldsachs para confeccionar las barras
- pinza fuerte cortante
- pinza universal
- pinza de bocados finos y oblicuos para pasar las ligaduras
- pinza portaaguja de Doyen para torsionar los hilos
- aparato de Loute-Ginestet para torsionar los hilos



- un destornillador
- tijeras de Beebee recta y curva
- elástico y portaelástico original

ESTE "NECESER" PERMITE TRATAR DE MODO COMPLETO LA MAYORÍA DE LAS FRACTURAS SIN NECESIDAD DE UN LABORATORIO DE PROTESIS.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ADAPTACION DE EL ARCO.*

Para fijar un arco sobre una dentadura poco retentiva y evitar las lesiones del periodonto, el autor propone colocar aquel a media distancia entre el cuello y el bor-

de triturante de los dientes.

PREPARACION DEL ARCO.*

Utilizar un hilo media caña en randolf de 1.5mm de ancho y de longitud variable según el armazón a realizar.

A espensas de un hilo idéntico ó ligeramente más angosto, recortar segmentos de 2cm. de largo. Soldarlos de manera perpendicular al eje mayor del arco, en la unión del tercio superior y sus dos tercios inferiores.

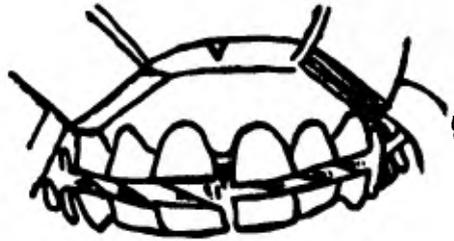
El tercio superior sirve de anclaje. Los dos tercios inferiores no permiten la ubicación en su sitio.

AJUSTADO DEL ARCO.*

- Tomar una impresión de la arcada y realizar un modelo en yeso para confeccionar el arco.
- Adaptar el arco sobre la cara vestibular de la arcada de un modo aproximado.
- Colocarlo a media distancia entre el cuello y el borde triturante de los dientes y mantenerlo en ésta posición replegando el segmento más largo de las barras vestibulares sobre la cara oclusal de los dientes.

FIJACION DEL ARCO.*

- Colocación de las ligaduras con hilo de acero de 0.4 mm sobre cada diente.



- sea de ligaduras simples, sea de ligaduras completas por un bucle alrededor del arco.



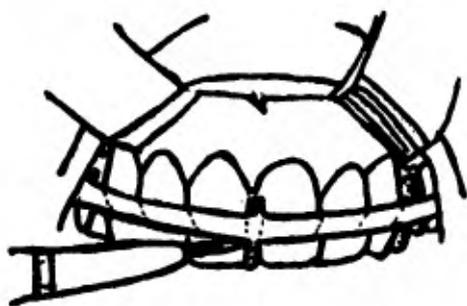
- apretar sin exceso. Colocar lo aislándolo de la saliva
- secar cuidadosamente
- depositar a todo lo largo del arco, segmento por segmento resina autopolimerizante, bastante líquida, de modo de que ella se escurra en los menores intersticios, y en particular entre el arco y los espacios interdentarios.

Este tiempo debe cumplirse con mucho cuidado. Cada ca-

pa debe comenzar a polimerizar antes que la siguiente sea depositada.

Cuando la totalidad del arco es recubierta y la polimerización está completa, seccionar con una fresa los vástagos oclusales.

Se obtiene así un arco de una extrema solidez y de una retención a toda prueba, y no necesita vigilancia particular en lo sucesivo.



c) GOTERAS COLADAS.*

1) Realización esquemática.

- Tomar la impresión de la arcada ó de secciones de la arcada con una pasta elástica ó con lleso de impresión

- preparar un modelo en yeso piedra.

Planeo del aparato.

- este debe recubrir la encia en una altura de 3mm. aprox. y llegar hasta 1mm de las caras triturantes.

Para evitar una comprensión ulterior de la encia, -
recubrir la porción gingival de la futura gotera --
con una hoja de plomo o de estaño de 07 o 0.8mm de-
espesor.



- Realizar el modelo en cera
- colocar en posición los vástagos para colados y -
ponerlo en revestimiento.
- el metal utilizado es plata de 800 x 1000.
- no colar la gotera en un bloque sino en fragmen--
tos separados para contrarrestar la retracción
- ensamblar y luego soldar las distintas partes.
- colocar en posición los medios de fijación y los-
dispositivos y mecanismos de utilización.

2) Dispositivos de Utilización.-

- ganchos

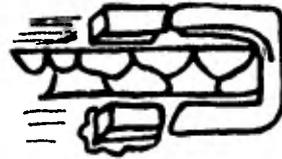


- las barras de tracción para fuerzas interfragmen-

tarias



- cerrojos cada dos o tres segmentos



El sellado de la gotera en la boca se hará con oxifosfato o con óxido de zinc - eugenol.

El empleo de la gotera bivalva permite la utilización de las zonas de socavados relativos, y dispensa de hacer uso de las laminas y tornillos interdentarios, siempre traumatizantes para los dientes y las encías.



El cierre está asegurado por un dispositivo simple, o por un botón americano.



Estas goteras bivalvas pueden ser realizadas igualmente de resina, armada con un hilo metálico, sobre el cual se soldarán los dispositivos de utilización (ganchos) y que servirá, al mismo tiempo, de charge la posterior.

PROCEDIMIENTO DE HOUPERT.* En el niño, de dentadura temporaria, practicar con una fresa fina y redonda las trepanaciones coronarias, extrapulpares, de dirección horizontal, vestibulolingual, bastante alejadas del borde libre.

Luego de impregnar con nitrato de plata, introducir un hilo de acero de 0.2mm a través de la perfora---



ción transdentaria. Según el número de dientes utilizados, se pueden realizar, así un bloqueo mono o bimaxilar.

Al final del tratamiento, los tuneles transdentarios deberán ser obturados con una amalgama o silicato.

También se pueden pasar ansas metálicas que asegurarán la fijación de un enganche vestibular y lingual (hilo de plata de 0,10mm o hilo de acero flexible de 0.5mm.



Se puede utilizar estos enganches ya sea para la con
tención monomaxilar o para el bloqueo bimaxilar.

D) FERULAS COLADAS O DE ACRILICO SU APLICACION EN CIRUGIA BU--
CAL Y MAXILOFACIAL.

Sin embargo el empleo de férulas ha sido motivo de con-
troversia y ha dejado de recibir la aceptación general que tan-
to merece este auxiliar de valor incalculable en el campo de -
la cirugía bucal.

Hay que hacer lo posible por desarrollar una técnica --
que asegure la más exacta y positiva reducción y fijación de -
los fragmentos.

El uso de férulas es solo un paso en el alcance de los-
resultados deseados.

1.- REDUCCION DE FRACTURAS Y ESTABILIZACION SIN FERULAS.

Los métodos usados más comunes para la estabilización y re-
ducción de las fracturas son:

- a) Ligaduras interdentes con el uso de gomas intermaxila-
res. Este es un método más común en su uso para el tra-
tamiento de las fracturas de los maxilares.

Las fuerzas que intervienen en el desplazamiento y rotación de las fracturas del cuerpo de la mandíbula son tales, que por estos medios se obtiene una reducción adecuada.

Primero los músculos de la boca (piso), tienden a contraerse y desplazar los fragmentos linguales en rotación.

Segundo, las gomas intermaxilares que pueden ser coladas en la superficie vestibular de los dientes contribuyen con fuerzas accesorias, lo cual ayuda a la rotación.

A causa de estos factores y otros que serán mencionados.

Este tipo de fijación es usado en los siguientes casos:

- 1) En fracturas distales del segundo molar en el maxilar inferior, incluso en fracturas simples del cuello del cóndilo.
- 2) En fracturas simples del maxilar superior sin desplazamiento y que no afectan el alveolo.
- 3) Sirve como estabilizador de fragmentos temporarios hasta que los cuidados definitivos puedan efectuarse.
- 4) En el tratamiento de pacientes cuyas condiciones generales puedan ser comprometidas al menos temporaria

mente por alguna terapia más extensa.

- b) Arcos con gomas intermaxilares.
- c) Fijación con espigas con fijación intermaxilar o sin ella.
- d) Ligadura circunferencial.

2.- GOTERAS DE ACRILICO O COLADAS.-

VENTAJAS.- 1) Goteras diseñadas de modo apropiado y aseguradas a cada diente, tienden a ligar todos los dientes en una unidad simple, la cual soportará fuerte tracción intermaxilar sin estruir el diente.

2) Las goteras pueden diseñarse y construirse de manera que los dientes que contacten en cada fragmento puedan estar asegurados a la gotera, proporcionando así reducción estable y adecuada.

3) Se elimina el problema de rotación de los fragmentos.

4) Las goteras simples ofrecen estabilización excelente y adecuada sobre la mandíbula, en la cual se ha realizado una reducción a cielo abierto.

5) En traumatismos muy extensos de los maxila-

res que necesitan un período largo de cicatrización o reconstrucciones extensas.

- 6) Las goteras pueden y deberán desempeñar parte integral en el tratamiento de las deformidades y en condiciones patológicas de los maxilares que necesiten cirugía extensa.
- 7) Las goteras sirven de medio excelente para aplicar tracción a los huesos fracturados, especialmente en el maxilar superior.
- 8) Las goteras simples, sobre todo las de acrílico, pueden construirse con facilidad y a bajo costo.

- DESVENTAJAS.** - 1) Los tipos más complejos de gotera requieren técnicas de impresión adecuadas y un técnico hábil, lo que se torna costoso e insume tiempo. Deberá hacerse hincapié en que las goteras complejas son necesarias en casos complicados o muy extensos, y en que cuando se utilizan de manera apropiada el esfuerzo es más validero.
- 2) Las goteras que cubren la superficie lingual del maxilar inferior o el paladar tienden a acumular restos. Tras la apli-

cación de cientos de goteras de este tipo, no queda duda de que la infección o irritación gingival a sobrevenido, cosa que no ocurre cuando la superficie vestibular de estos dientes se ha dejado sin cubrir y se ha mantenido una higiene bucal normal.

GOTERAS ESPECIALES. -

Este grupo de goteras se reserva para los tipos de - - fracturas faciales más severas y complicadas que requiere fijación prolongada y posible cirugía restaurada. Los dientes - que están sujetos a tracción por largos períodos de tiempo -- tienden a migrar y extruirse si no se sujetan por una unidad o unidades simples a un aparato rígido.

Existen muchas variaciones de las goteras complejas, - por la necesidad de elección. Sin embargo pueden ser agrupa-- das como siguen:

- 1) Goteras oclusales coladas.
- 2) Goteras coladas no oclusales.
- 3) Goteras coladas vestibulares.

GOTERAS SIMPLES. -

Estas goteras entran a constituirse fácilmente con gas

to mínimo de tiempo y dinero. Ellos son:

- 1) Goteras Inferiores linguales de acrílico o metal.
- 2) Goteras palatinas de acrílico o metal
- 3) Arco vestibular colado o un tipo similar de goteras.

En estas goteras simples es preferible el material de acrílico transparente, siempre que sea práctico por los esfuerzos que demanda observar en diferentes oportunidades los tejidos bajo la gotera.

Además es mucho más fácil colocar de manera adecuada - las perforaciones y más simple ligar la gotera a los dientes.

El tratamiento del conducto radicular se torna con frecuencia necesario para el tratamiento de lesiones traumáticas que afectan la parte anterior del maxilar superior o inferior, y puede emprenderse sin eliminar la gotera, por la simple perforación de un orificio a través del material de acrílico.

La aplicación de goteras simples de acrílico, ha probado ser un método superior y efectivo para la estabilización y reducción adecuada del desplazamiento de dientes anteriores y fracturas de los alveolos, que se encuentran tan a menudo en los niños.

B.- PROCEDIMIENTOS EXOBUCALES.*

- a) Frondas mentonianas
- b) Apoyos craneanos enyesados

c) Apoyo craneo facial de Darcissac

d) Casco prefabricado de Ginestet

a) Fronda mentonianas.*

TIPO GALIEN.- Tomar una banda de tela de 10 x 75 cm.
seccionarla en dos en el sentido de la longitud.
Esta porción recubre el mentón.



Anular los enlazamientos inferiores en la cúspide de la cabeza, los enlazamientos superiores detrás de la nuca.



TIPO A. PARE.- a la inversa de la fronda de Galien,-
endir solamente la banda en su mitad en el sitio don
de reposará el mentón. Anudar los dos cabos en la --
cúspide de la cabeza.



b) Apoyos craneanos enyesados.*

CORONA ENYESADA FRONTO OCCIPITAL.* liberando la cúspide craneana.



CASCO TIPO ARNAL Y GOUBARD.* con un arco sincipital-sagital.



CASCO DE TIPO DE AUTORES ANGLOSAJONES.* con un arco-parieto-parietal posterior o anterior.

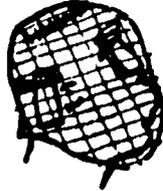


- a) La realización de estos apoyos craneanos son la misma cosa.
- b) Los cabellos serán cortados.
- c) Recubrir la cabeza con un tubo de jersey cerrado en su extremidad superior por una costura.



d) Proter los apoyos frontales y mastoideos por una-

banda de fieltro.

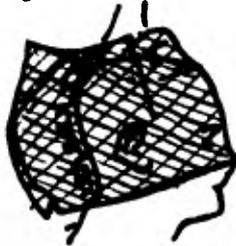


- e) Tomar bandas enyesadas de 5cm. de ancho por 2mts. de largo. Dar 5 ó 6 vueltas.
- f) Colocar en su sitio los dispositivos de anclaje - (placa de vástagos, placa con anillo), hacia adelante y sobre los costados, según el fin buscado.
- g) Volver a dar cinco ó seis vueltas para sellarlos-bién.
- h) Eventualmente completar el casco por la coloca---ción de un arco sincipital ó parieto-parietal.



- i) Liberar bien las orejas y los cascos supercilia--res.
 - j) Retirar las bandas de fieltro frontal y mastoidea luego del fraguado del yeso.
 - k) En los niños, hay interés en hacer descender el - casco a lo largo de la nuca, hasta los hombros.
- c) APOYO CRANEO FACIAL DE DARCISSAC.*

- Tomar una banda de tartalán de 10cm. de ancho por 80cm. de largo.
- Aplicarla alrededor de la cabeza del paciente
- Volver hacia atrás los dos extremos y fijarlos a nivel del plano sagital medio por una costura provisional de puntos a lo largo.



- Una pinza de cada lado completa el modelado.



- Marcar los contornos del aparato con lápiz o con tiza de color.



- Quitar el hilvanado y extender el patrón sobre -- los dos espesores de tartalana.
- Cortar el conjunto y recortar con tijeras a 1cm - por fuera del trazo para compensar la retracción-

luego de la colocación en el yeso.

- Probar, sumergir en el yeso pastoso
- Retirar, exprimiendo ligeramente.
- Extender, expolvorear las dos caras con yeso seco.
- Alisar aplicar el apósito sobre la cabeza del suje
to recubierta previamente con una tela jersey bien
tensa.
- Mantener mediante vueltas de banda hasta el fragua
do.
- Asegurar en especial una presión en las regiones -
temporomalar y occípito-mastoidea.
- Cuando el yeso está suficientemente seco, quitar -
las bandas.
- Regularizar los bordes y completar la desecación -
delante de una fuente de calor.
- Reforzar los apoyos temporo-malar y occípito-mas--
toideo mediante un hilo de maikkehort (aleación -
de zinc, cobre, y níquel) fijado para las ligadu--
ras.



- Sobre cada borde de la abertura posterior, pegar -
una banda de tela sobre la cual van cocidos los --

broches

- Un lazo asegurará el cierre del contorno.



- De acuerdo con el tipo de aparatos previsto, fijar sobre el casco mediante ligaduras o con pernos, -- los dispositivos de anclaje (cerrojos, barras anillos etc.).



d)* CASCO PREFABRICADO DE G. GINESTET.* es fabricado en aluminio de 1mm. de espesor y acolchado con caucho - blando de 5mm.

- Pesa 400 grs.
- Comprende dos valvas fronto-temporo-parieto-occipitales y entre las dos, con prolongamientos occipito-mastoides y temporo-malar, una amplia escotadura auricular.
- Los dos elementos están reunidos hacia adelante -- por una lámina de acero de 0.6mm.



- Que se desliza bajo los puentes fijados sobre cada valva.



- Así el caso puede ser adaptado a las dimensiones de todas las cabezas.
- Una banda sincipital, horadada de hendiduras longitudinales, asegura la estabilidad del aparato en el sentido ántero-posterior.



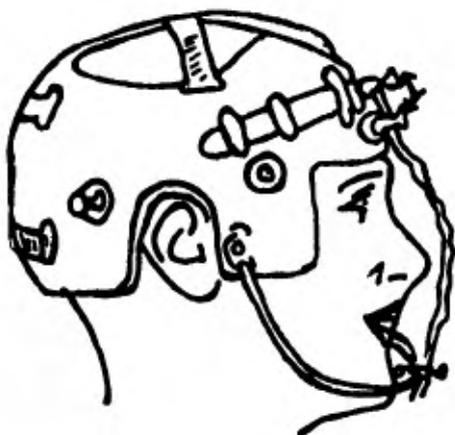
- Esta banda es vuelta a atar por adelante en la parte frontal de cada valva por un compás de acero de ramas libres de 0.4 mm.



- Una unión transversal superior y dos posteriores - se insinúan en las hendiduras longitudinales y fijan la banda a las partes laterales y posteriores del casco.



- Los anclajes fijados sobre las partes frontales, - temporal, cigomática y occipital del aparato permiten colocar en su sitio los diversos dispositivos - que actúan en todos los



Los anclajes permiten colocar en su sitio los diversos dispositivos que actúan en todos los sentidos.

8.- PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS DE REDUCCION

DISPOSITIVOS DE FUERZA.*

Estos dispositivos pueden ser:

- a) de fuerza continua
- b) ó intermitente

1) FUERZAS INTERFRAGMENTARIAS.* se les utiliza si los dientes que bordean el trazo de fractura son suficientemente numerosos y sólidos.

2) FUERZAS HORIZONTALES.* se utilizan para aproximar los fragmentos;



ó para apartarlos con un elástico



ó para apartarlos con un separador ó gato



ó cuando la reducción se logra por una fuerza continua, mantenerla mediante una ligadura metálica bañada con resina autopolimerizante.



3) FUERZAS VERTICALES U OBLICUAS: * se utilizan prótesis cuyos



extremos terminan en ganchos. Estos últimos se colocan sobre un mismo plano para ejercer tracciones verticales.

9.- EQUIPO QUIRURGICO.

Puesto que el éxito de una cirugía radica en el equipo-

quirúrgico el cual está formado por el operador y el ayudante, el anestesista, la enfermera instrumentadora y la enfermera -- ayudante.

El operador es en todo sentido el jefe del equipo, el -- asume la responsabilidad, y los demás miembros del equipo de-- ben respetar sus instrucciones.

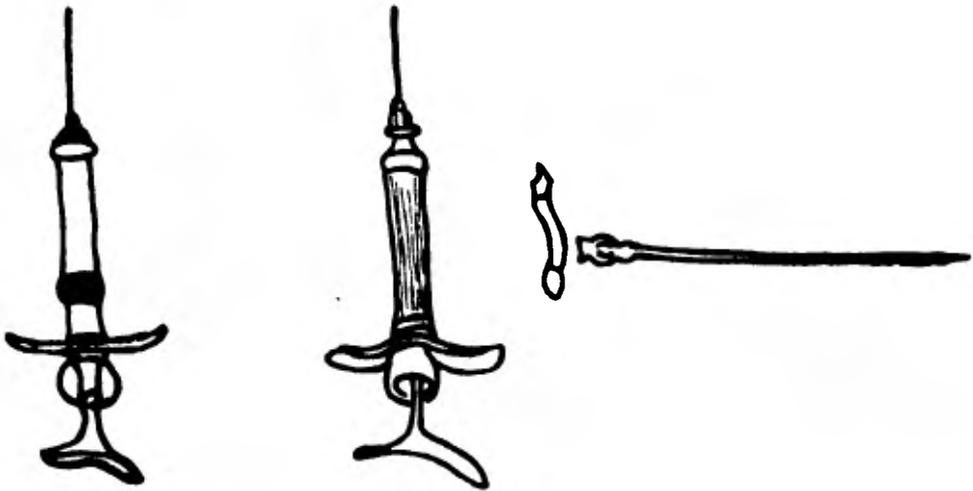
10.- INTRUMENTOS PARA CIRUGIA BUCAL.

MESA CON INSTRUMENTOS ESTERILIZADOS.- La mesa es prepa-- rada por la enfermera instrumentadora y contiene todos los ins-- trumentos y demás alimentos de la cirugía bucal. Puesto que la mesa tiene instrumental suficiente para varias operaciones, no hay que contaminarla en el curso de la operación; es preciso -- cubrirla con una compresa esterilizada; los instrumentos y ele-- mentos necesarios para la operación se trasladan a una mesa -- de mayo, con una pinza esterilizada para instrumental. Así, -- cuando se van a operar varios casos seguidos no se perderá -- tiempo por falta de instrumental esterilizado. La mesa debe -- contener el siguiente material:

- 1) Arcos Fécula de Erick o arcos de Rocky Monty o algún otro material para la reducción por tratar.
- 2) Alambre y pinzas para cortar alambre
- 3) Y el siguiente material más común:

MATERIAL DE ANESTESIA.*

- 1) Jeringa de anestesia dentaria, enteramente metálica, con --
aguja especial muy fina, pistón de pequeño diámetro, boqui-
lla y aletas que permiten una presión muy fuerte.
- 2) Jeringa tipo Aubin de mayor capacidad y de fácil llenado --
por arriba.
- 3) Intermediario acodado adaptable sobre esta última jeringa, --
para las regiones profundas de la nariz y de la boca.
- 4) Aguja para anestesia troncular del nervio dentario inferior,
tipo Gerard Maurel.



INSTRUMENTOS PARA PARTES BLANDAS.*



Abreboca de Whitehead autostático con o sin bajalengua para adulto.

Bisturí de hojas intercambiables tipo americano con hoja grande.



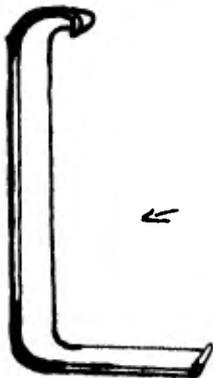
a) Hoja puntiaguda No. 11

b) Hoja de extremidad redondeada No. 15



Pinza hemostática fina de bocados derechos tipo Haistead.

Pinza hemostática fina de bocados curvos.



Separador tipo Farabeuf modificado, de Ginestet (una de las ramas es muy alargada para facilitar la separación de la mejilla o de la lengua.

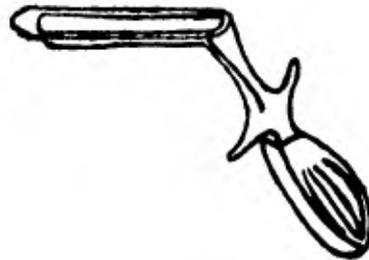
Separador erector de Ginestet para resección apical (permitiendo la retracción del colgajo y reclinar el labio).



Separador de Ginestet para la extracción del molar tercero inferior incluido (un modelo para cada lado, derecho e izquierdo); la extremidad del mango prolongado y acodado en ángulo recto permite la separación de la mejilla en el instante de la anestesia.



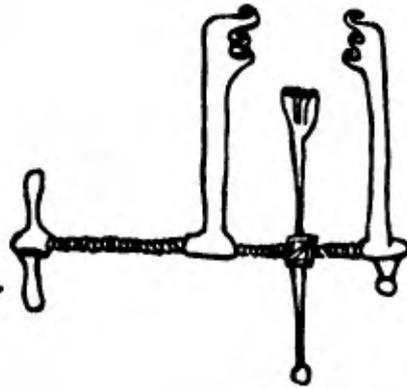
Separador protector de gotera de Ginestet de osteotomía de la rama montante del maxilar inferior; la extremidad libre incurvada en gancha y mantiene el borde posterior.



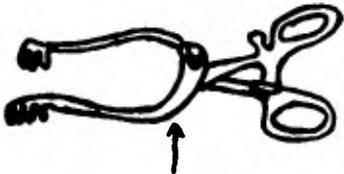


Separador plano, largo y laminado.

Separador autostático de tornillo se Aubry, para la cirugía de la oreja y adaptado a la cirugía de la articulación temporomaxilar.



Separador de doble empleo de Palfer Soller para la extracción de muelas molares (terceros molares), y quistes paradentarios.



Separador autostático de Weitlaner mediano de 13 cm. (para extracción previa de cartilago costal)

Pinza de disección fina para cirugía de los tegumentos de cara y tejidos blandos de boca.





↳ Espátula legra, para cirugía bucal.

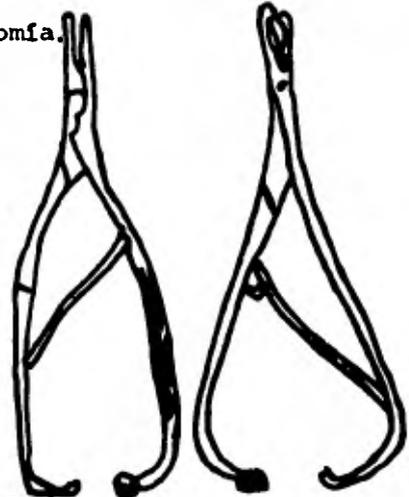


↳ Espátula cortante de Segura

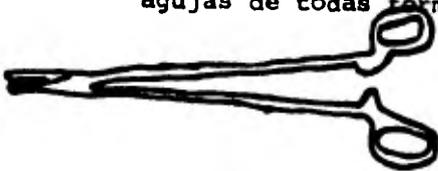


↳ Bisturí curvo de doble corte para meniscotomía.

a.- Portaagujas de bocados curvos y acanalados de AUBRY-PALFER con detalle de los bocados.

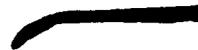


b.- Portaagujas universal, para agujas de todas formas.



↳ Portaagujas de bocados finos -- con ramas largas de Mayo-hegar.

↳ Agujas de Hagedorn larga y estrecha de extremidad encurvada y de corte en aguja en hoja de sable - (espesor de 1 a 10)



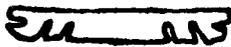
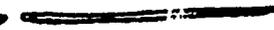
↳ Aguja de Hagedorn semicircular (No. 1 a 10)

Agujas curvas 3/8 (25mm), triangulares.



Agujas de semicírculo, 4/8 (20 a 30mm).

Aguja recta triangular, de 6 cm.



Plaqueta para sutura intradérmica de Ginestet.

Portahilo de horquilla de Camina



Pasahilo y bandeletas de fascia lata, lanceolada, de Ginestet - (longitud total, 30 cm).

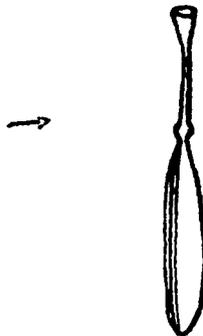


Aponeurótomo para fascia lata de Ginestet.



Legra de Ginestet; 3 anchuras - diferentes, longitud total 0,205

Legra larga, en abanico: presenta un modelo recto y un modelo ligeramente curvo



← Legra de Palfer Sollier (recta y curva)

Bisturí de punta aplanada: un modelo tiene una lámina de 3 a 3.5- cm; otro modelo de 1.5cm.



← Cinceles para hueso, de mango largo de Ginestet; 3 modelos, - largo 21 cm.



← Gubia acanalada (Palfer-Sollier)

Pinza gubia, acodada de Lombard



← Pinza portapiezas de Jacques, - para senos y maxilares.



Raspadores alveolares de Ginestet para maxilares y nariz: de dos ranuras.



← Raspador alveolar, modelo alemán.

Sierra de Lindermann para maxilar inferior y nariz, con protector - (longitud 20cm.)



→ Gancho para malar y cigoma de - Ginestet (longitud 0,25)

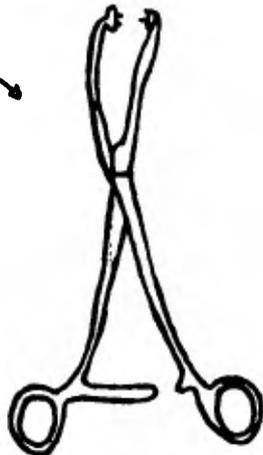
Gancho elevador, para malar, de - Palfer Sollier.





← Legra costal de Doyen

Pincilla Kojcher para osteosíntesis de Palfer-Sollier.



Pinza davier de Semb.

← Pinza davier para hueso, de dientes finos.



MESA DE MAYO.

Esta mesa se coloca sobre la mesa de operaciones por encima del paciente, de modo que esté a la mano para el operador y la instrumentadora. Sobre ella se colocan los instrumentos que usará el cirujano. Aquí se coloca un número mínimo de instrumentos; los que no se utilicen serán sacados por la enfermera.

TURBINA QUIRURGICA DE AIRE.

Este instrumento, con sus fresas apropiadas está al lado de la mesa de el cirujano, con el brazo esteril, pieza de mano, cuerda y un juego de fresas de hueso listo para usar en cada operación. En muchos casos usamos el motor de baja velocidad (dental) esterilizando previamente contrangulo y pieza de mano.

11.- ORDENES PRE-OPERATORIAS.

En los hospitales donde haya departamento de anestesiología dirigido por un médico, es costumbre que el jefe indique las ordenes preoperatorias, en algunos casos se le pueden hacer sugerencias al anestesiólogo ya que los dos tienen la misma responsabilidad.

Las ordenes preoperatorias son las siguientes:

- (1).- Para cirugía bucal especificaremos la operación con -- anestesia local o general, lugar de la anestesia indicando fecha y hora.
- (2).- Examen de sangre completo.
- (3).- Análisis de orina.
- (4).- Tiempo de coagulación y sangrado.
- (5).- Ninguna ingestión por boca después de la media noche -- que preceda la operación.

- (6).- Quitar la dentadura postiza.
- (7).- Dieta preoperatoria.
- (8).- Buches antisépticos.
- (9).- Vaciado de la vejiga urinaria.
- (10).- Consulta con otros médicos si es costumbre del hospital.
- (11).- Escribase el tipo de anestesia local o general, vía de administración como "nasoendotraqueal", todo dependiendo de los datos del examen físico y del cirujano.
- (12).- Medicación preanestésica (por medio de barbitúricos de mediana o rápida).

12.- TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ESPECIFICAS.

A.- FRACTURAS DE LA REGION DE LA SINFISIS.-

Las fracturas directas de la región de la sinfisis, son casos muy raros, en cambio son más comunes las que se producen a cada lado de la región sinfisal, a la que Digman y Natvig definen como la región situada entre las líneas verticales que pasan justamente por la parte distal de los caninos de cada lado.

Desde el punto de vista diagnóstico, estas fracturas son fáciles de palpar clínicamente. La palpación bimanual de ésta zona descubre pronto la existencia de movimiento.

Otros signos son la laceración de la mucosa y lesiones ó-

pérdida de la alineación de los incisivos. Los estudios-radiográficos por lo general no pueden mostrar la fractura en ésta zona debido a la superposición de la columna-vertebral.

Empleando una película oclusal intraoral obtendremos una descripción más adecuada.

Una fractura simple de ésta zona con pequeño desplazamiento responde normalmente de modo satisfactorio a la reducción cerrada, si existe un número suficiente de dientes mandibulares, lo mejor es el empleo de una férula en forma de arco vestibular sobre la mandíbula para conseguir la máxima corrección de la oclusión, se colocan arcos separados en cada lado de la fractura, y se procura conseguir una ligera superposición. Una vez que ha establecido la tracción intermaxilar para obtener la reducción y la oclusión deseada, se liga toda la arcada a una barra vestibular única.

Si existe un desplazamiento pronunciado de los fragmentos, la fractura no suele responder a éste tratamiento simple, la tracción muscular del geniogloso, genioideo y digástrico pueden actuar produciendo una separación del borde inferior. Nos da una complicación produciendo una obstrucción respiratoria a causa de la pérdida completa-

del soporte anterior de la lengua y del suelo de la boca. Cuando ésto ocurra es útil proporcionar un soporte para la lengua y para el suelo de la boca, de modo que se asegure el paso de las vías respiratorias, ésto puede conseguirse colocando arcos vestibulares con elásticos intermaxilares que traccionen hacia adelante y hacia arriba. La barra anterior solo se puede colocar sobre el fragmento desplazado, o en el caso de que existan suficientes dientes y la posición lo permita, se puede colocar un puente que proporcione un soporte adicional.

En ocasiones puede ser necesaria la protracción de la lengua por medio de una toalla, haciendo una tracción resistente, si fallan éstos métodos con el fin de obtener un paso aéreo suficiente, puede ser necesaria una traqueotomía. El tratamiento de éstas fracturas más complicadas, se consigue mejor mediante reducción abierta y fijación intermaxilar. Siempre que sea posible. La incisión se realiza por detrás de la superficie interna del borde inferior siguiendo la curvatura del borde en esta zona. Penetrará por la piel, fascia subcutánea y masa muscular hasta la fascia del músculo digástrico, desde donde se lleva a cabo la disección hasta el hueso. Una vez incidido el periostio, probablemente será necesario sepa--

rar las inserciones del digástrico con un escapelo, volviendo a suturarlas cuando se practique el cierre de la herida.

B.- FRACT DE LA REGION DEL CUERPO.

El cuerpo de la mandíbula es una de las localizaciones -- más frecuentes de las fracturas, y suele ser tratada de -- una forma simple por cualquiera de las formas de fijación intermaxilar. Si la línea de fractura está situada entre el molar y el canino y los dientes están sanos podrán conservarse. La acción muscular tenderá a mantener el frag--mento posterior en oclusión, y la barra o arco vestibular inferior se colocarán desde la línea de fractura hasta -- los molares del lado opuesto.

La colocación de tracción elástica reducirá la fractura -- y respaldará la oclusión.

En muchos casos el fragmento distal está edentulo o los -- dientes que existen no son útiles para la retención. El -- caso aquí se complica puesto que el fragmento posterior -- no resulta manejable para las técnicas mixtas, y se des--plazará hacia arriba chocando con la superficie oclusal -- de los dientes o del borde alveolar maxilar. En éstas cir--cunstanCIAS lo mejor es realizar una reducción abierta.

La fijación intermaxilar se realizará en la forma usual,--

antes de la intervención. Si el paciente es desdentado -- parcial pero posee una dentadura que se puede emplear, en muchas ocasiones se puede evitar la reducción cruenta colocando la dentadura, fijandola con alambrado circunferencial, y aplicando luego una tracción intermaxilar para -- completar la reducción.

La cuestión de que si se deben o no extraer los dientes - de una zona de fractura se presenta con mucha frecuencia - sin embargo, no hay una respuesta afirmativa, debido a -- una gran amplitud de opiniones.

Inclusive aún tratándose de infecciones ligeras en el período de cicatrización y curación pueden dar lugar a faltas de unión por otra parte, debemos tener en cuenta que pueden presentarse extensas infecciones incluso en el empleo de antibióticos; por ello consideramos que los dientes dudosos de la zona de fractura deben llevar a cabo un tratamiento definitivo desde el principio, a no ser que - existan contraindicaciones urgentes de la intervención -- quirúrgica.

El objetivo del tratamiento de ésta fractura es restaurar la estética del paciente, la función y el aspecto.

C.- FRACTURAS DEL ANGULO.

Los dientes lesionados e involucrados en éste tipo de - -

fractura deberán extraerse de la zona de fractura, si es posible.

Los dientes profundamente impactados, si no están directamente en la línea de fractura, se dejarán en posición, teniendo en cuenta el grado de lesión que se produciría al intentar extraerlos y pensando por otra parte, que no están contaminados.

Primero se practicará la extracción de los dientes y el cierre de las heridas con suturas, siempre que sea posible; luego se aplicará la fijación intermaxilar. Y así la fractura ha quedado estabilizada temporalmente de forma que el tratamiento quirúrgico se podrá realizar en el momento oportuno cuando el edema y el hematoma haya remitido o bien inmediatamente, si no existen contraindicaciones.

D.- FRACTURA DE LA RAMA ASCENDENTE.

Las fracturas de la rama ascendente de la mandíbula pueden producirse en una dirección oblicua desde la escotadura sigmoidea hasta el borde posterior del ángulo, o bien desde el borde anterior oblicuo hacia el ángulo y también pueden ser horizontales desde el borde anterior hasta el borde posterior. El desplazamiento de las fracturas suele ser mínimo debido a la acción ferulizante del músculo ma-

setero y del pterigoideo interno, siendo suficiente la reducción cerrada con fijación intermaxilar, para obtener buenos resultados.

Si el excesivo desplazamiento constituye un problema, estará indicada la reducción abierta.

E.- FRACTURAS DEL PROCESO CONDILEO.

Las fracturas de la región condilea se pueden localizar dentro de la capsula articular temporomandibular o fuera de la capsula, o bien pueden extraerse a la región subcondilea.

Estas fracturas son muy comunes y suelen ir asociadas a fracturas de otras areas, normalmente como una fractura secundaria al lado opuesto al que ha recibido el golpe. A menudo son bilaterales y se presentan junto con una fractura sinfisal.

Pueden presentar varios grados de desplazamiento de la cabeza del cóndilo en relación a la rama ascendente, y asimismo pueden estar complicadas con dislocación y desplazamiento de la cabeza fuera de la fosa condílea.

Desde el punto de vista diagnóstico, las fracturas de esta zona presentan dolor en la región condílea con limitación del movimiento y dolor a la palpación.

A menudo existe un abultamiento o hinchazón en la región-

preauricular, en ocasiones, la cabeza del condilo se puede palpar bajo la piel, cuando se ha producido una dislocación lateral muy pronunciada. La mandíbula suele estar desviada en su totalidad hacia el lado afecto con contactos prematuros de dientes posteriores, con una mordida -- abierta anterior, y una mordida cruzada en el lado afecto, puede haber un acortamiento en la altura de la rama ascendente en el lado afecto, si se ha producido una sobreposición de fragmentos.

Los casos bilaterales ofrecen con frecuencia una retrusión de la mandíbula, acortamiento de las ramas ascendentes y mordida abierta anterior.

El tratamiento de éstas fracturas se sigue normalmente -- por métodos cerrados. Se colocan arcos maxilares y mandibulares y se les aplica tracción elástica para llevar los dientes en posición de oclusión. La fijación se mantiene de dos a cuatro semanas, pero durante éste período deben abrirse y separarse las arcadas y moverse la articulación varias veces para prevenir la anquilosis del condilo. Este tratamiento no logra reducir la fractura.

Si los extremos oseos están en aposición, se puede producir la unión y cabe esperar un remodelamiento funcional de la cabeza del cóndilo. Si no existe contacto de los --

fragmentos, la cabeza condilar, normalmente se anquilosará a la fosa y se formará un tejido fibroso falso de unión en la zona de fractura. Es de decaer la movilización precoz - para evitar la anquilosis o la limitación de los movimientos y de la función mandibular.

Aunque los resultados obtenidos con éste tipo de tratamiento son generalmente buenos en los diferentes tipos de fractura de cóndilo, en algunos casos se pueden producir alteraciones y modificaciones residuales respecto a la función, comodidad y estética, razón por la cual éste tipo de lesiones han obligado a buscar métodos más perfeccionados. Las disarmonías y secuelas que se presentan con más frecuencia son:

- 1.- Desviación hacia el lado afecto.
- 2.- Acortamiento de la altura facial del lado afecto.
- 3.- Limitación de la apertura bucal y de los movimientos -
funcionales mandibulares.
- 4.- Cierre del espacio dentario posterior.
- 5.- Producción de una mordida abierta anterior.
- 6.- Disfunción de la articulación temporomandibular.

En algunos casos está indicada la reducción abierta para - evitar los problemas antes mencionados.

Las indicaciones generales para ésta intervención son las-

siguientes:

- 1.- Ausencia de oclusión posterior adecuada, con pérdida resultante de la dimensión vertical, sobre todo en -- las fracturas bilaterales.
- 2.- Desplazamiento del proceso cóndilar en una posición -- tal que evita la colocación de la mandíbula para una oclusión adecuado, que interfiere con los movimientos mandibulares.
- 3.- Daños múltiples faciales en los que la mandíbula debe emplearse como una base de soporte y en todas las -- fracturas mandibulares que hayan de tratar con una fi jación intra-osea para conseguir una base estable.

F.- FRACTURAS DEL PROCESO CORONOIDEO.-

Estas fracturas son sumamente raras y si los desplazamientos no son severos, no hace falta sino observar un cortoperíodo de fijación intermaxilar. La ferulización proporcionada por los músculos y las fascias musculares suelen servir para evitar los desplazamientos, por los movimientos funcionales pueden causar posteriores desplazamientos que interfieran en su fijación y consolidación.

La ligadura directa de estas fracturas con alambre es necesaria para que el hueso cicatrice por la acción del músculo temporal. Esto puede conseguirse mediante una inci--

sión intraoral a lo largo del borde anterior de la rama ascendente.

G.- FRACTURAS MANDIBULARES EN LOS NIÑOS.

Las fracturas de la mandíbula en los niños presentan variaciones estructurales y fisiológicas que pueden influir en la forma de tratamiento que se ha de emplear, como el hueso tiene menos espesor cortical y más ancha la porción cancelosa, las fracturas son de tipo en tallo verde. Esto es bueno pues los desplazamientos son mínimos. La dentición mixta o desidua no constituye un buen anclaje para la retención de las ligaduras de alambre, por la forma acampanada de los dientes desiduos y también por la resorción radicular que reciben antes de esfoliarse. También puede ocurrir que los dientes permanentes no estén del todo formados y que la raíz esté también sin desarrollar. Estas dificultades pueden solayarse empleando alambre delgado (26 y 28 calibre) y añadiendo ligaduras adicionales para soporte, estas ligaduras deben ser circunferenciales. A menudo, en la línea de fractura, nos encontramos con los germenos dentarios.

Deben realizarse todos los esfuerzos posibles para conservar estos germenos, puesto que se infectan en raras ocasiones y no acostumbran a interferir en la curación.

Los niños pequeños son poco colaboradores como pacientes, debido al miedo y a la falta de conocimiento. El método de elección más aconsejable será el de la anestesia general, tanto por la conveniencia del cirujano como para minimizar un trauma.

También es aconsejable evitar el empleo de dispositivos complicados que pueden ser causa de que actúe la curiosidad del niño y que en ocasiones, producen un sentimiento vejatorio.

Las fracturas que se resisten a los métodos conservadores, pueden ser tratadas mediante resucción abierta, si es necesario. Las situadas en las zonas de ángulo y sínfisis, son especialmente aptas para la reducción abierta.

Las fracturas de ángulo pueden tratarse casi siempre mediante un corto período de inmovilización, se puede acudir a la reducción abierta cuando el cirujano crea que, por los desplazamientos, pueda existir una probable deformidad tardía a causa de la pérdida de los centros de crecimiento.

En todas las fracturas de los infantes, es probable de que exista una lesión de los centros de crecimiento. Se cree que la función y el crecimiento actúan remodelando el hueso, volviendolo a su forma y función normal, una

vez se ha curado y cicatrizado la lesión, de modo que en los años posteriores no se presenta ninguna distorsión o ésta es mínima.

Se pueden emplear también de manera efectiva las férulas de acrílico en el tratamiento de las fracturas en los niños. La principal desventaja es el tiempo que se pierde en su confección. Si ha existido algún retraso en el comienzo del tratamiento, este nuevo retraso puede producir una alteración en la unión y consolidación dificultando la reducción.

En algunas ocasiones se puede intentar una ligadura de alambre interdental en las fracturas sin desplazamiento que durante diez días suelen proporcionar la suficiente estabilización; con un casquete o un vendaje se pueden obtener los mismos resultados y, en ocasiones no se necesita ningún otro tratamiento.

13.- TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EN LOS PACIENTES EDENTULOS.

Los pacientes edéntulos totales o parciales presentan varios problemas en el tratamiento de las mandíbulas. Cualquiera que la presencia y empleo de los dientes naturales son factores muy importantes para la reducción y fijación de las fracturas de esta zona, se reemplazarán aquellas partes naturales que se hayan perdido. En general el tra-

tamiento es sencillo, si el paciente posee dentaduras que son móviles.

Si la fractura se encuentra en la zona de soporte de la prótesis y el fragmento posterior está cubierto por la dentadura, será suficiente un alambrado circunferencial de la dentadura a la mandíbula para reducir y fijar la fractura; de esta forma la dentadura sirve como una férula dentro de la cual los fragmentos se colocan correctamente. El problema que se presenta es la fijación intermaxilar.

Entre las técnicas está el vendaje tipo Boston, que mantiene las dentaduras juntas y una simple ligadura de las dentaduras maxilar y mandibular empleando arcos y bandas elásticas, si el tipo de dentaduras lo permite. Como no existe inmovilización o fijación mecánica, el paciente debe mantenerla por propia voluntad, es de desear siempre anclar la dentadura maxilar para que se mantenga segura y entonces inmovilizar las arcadas mediante tracción elástica.

Cuando se emplea alguno de estos métodos, lo mejor es comenzar por ligar los arcos vestibulares a ambas dentaduras.

A) TÉCNICA DE LA LIGADURA CIRCUNCIGOMÁTICA.

El objeto de esta técnica es suspender la dentadura maxilar mediante una asa de alambre que se coloca alrededor de los arcos cigomáticos suponiendo que estas estructuras se hallan intactas.

La piel en la región de los arcos cigomáticos se tratará quirúrgicamente, se practica una incisión directamente sobre la arcada unos 2.5cms. detrás del borde o ángulo externo del ojo, se emplea alambre de unos 30 cm de longitud y de un calibre del 22 al 25 en el cual se ha insertado previamente a una larga aguja (de forma curva) sujeta a cada extremo.

La primera aguja se coloca a través de la incisión y por dentro del arco, la segunda aguja se sitúa a través de la incisión lateral del arco y se lleva de la misma forma el interior de la boca.

Si se necesita una tracción anterior bastante considerable, se puede colocar en esta zona un soporte adicional, esto se puede conseguir pasando un alambre a través de la espina nasal anterior hasta el flanco anterior de la dentadura.

B) ALAMBRADO DEL REBORDE INFRAORBITARIO.

Se practica una incisión bajo el párpado inferior y se continúa hacia abajo hasta exteriorizar el reborde infra-

orbitario. En el reborde óseo se practica una perforación asegurándonos de que el contenido orbitario quede protegido colocando un periostótomo amplio, se atraviesa un alambre por esta perforación y con una aguja se conduce a través de la herida hasta el interior de la boca en la zona bicúspide. Hay que tener cuidado en no lesionar el nervio infraorbitario, se cierra la herida y se ligan los alambres a la dentadura en la forma ya descrita.

C) ALAMBRADO A TRAVES DEL PROCESO CIGOMÁTICO.-

Se practica una incisión en el surco bucal maxilar, en la región posterior y se obtiene un colgajo mucoperiostico - que se refleja de modo que queda exteriorizada la base -- del proceso cigomático del maxilar. Se practica una perforación a través del hueso y se atraviesa con un alambre, - los extremos del alambre se llevan hacia afuera y se anclan a la dentadura después de haber cerrado la incisión. Las fracturas que se encuentran fuera de la zona de soporte de las dentaduras, se tratarán mejor mediante reducción abierta combinada con fijación intermaxilar.

En los casos de fracturas multiples y en los que no toleran bien el tratamiento cerrado, estará indicada la reducción abierta.

Los pacientes desdentados con fracturas condilares bilate

rales, y en las que los fragmentos han sufrido una aposición telescópica, pueden presentar una retrusión de la -- mandíbula con cierre del espacio posterior y abertura de la zona anterior o maodida abierta.

Si las dentaduras no son utilizables, deben fabricarse fé rulas sobre impresiones que se toman de las arcadas. Si - la fractura mandibular está dentro de la zona de soporte- de la dentadura, muchas veces se puede reducir manualmen- te para poder tomar una impresión, si esto es imposible, - se toma la impresión y el modelo se parte y se repone en- la posición ideal de modo que sobre él se pueda confeccio- nar una placa o dentadura. En estas condiciones es prefe- rible realizar una reducción abierta y emplear la férula- para soporte adicional.

14.-FIJACION CON AGUJAS OSEAS.

Durante la segunda guerra mundial, la fijación mediante - agujas oseas vino a ser un método muy común de tratamien- to, cuyo empleo se extendió a un gran número de fracturas mandibulares.

La caracteriatica más saliente que poseía este sistema so- bre los otros tipos de fijación era que se podía evitar - la fijación intermaxilar. Esto suprimía una serie de pro- blemas muy importantes durante el combate.

Las ventajas de esta fijación son:

Las ventajas de esta fijación son:

- 1) Los soldados heridos se podían transportar por vía aérea o marítima sin peligro de vómito.
- 2) A pesar de estar las arcadas abiertas, era posible una masticación moderada evitándose las dietas especiales.
- 3) La higiene oral se facilitaba de gran manera.
- 4) Las fracturas asociadas a heridas extensas o las complicadas con infección o heridas complejas, podían drenarse e irrigarse con facilidad.

Otras ventajas de este método eran la facilidad de tratar unas fracturas relativamente complicadas en un tiempo inmediato y la simplicidad del equipo y de la técnica operatoria, que podía llevarse a cabo en equipos de socorro, en hospitales e incluso a bordo de navío.

En tiempos de paz, éstos métodos han quedado algo apartados y los cirujanos orales han vuelto a los métodos tradicionales de fijación intermaxilar para la mayoría de los casos, aumentando el uso de la reducción abierta y de la fijación transósea en los casos necesarios.

Las desventajas con aguja son:

- 1) La estabilidad absoluta es difícil de conseguir sin una inmovilización adicional de la mandíbula, mostrando una tendencia de empleo de las barras de conexión-

o de fijadores universales.

Esto se debe particularmente al empleo del efecto de palanca ejercido por los músculos y a un cierto de movimiento de muelle y de vaivén que proporcionan las barras.

- 2) El aflojamiento de las agujas que en el hueso es el de una acción osteoclática sobre el hueso cuando se ejerce un esfuerzo sobre las agujas.
- 3) La infección se puede transmitir a lo largo de la línea de inserción de una aguja hasta los tejidos y causar una osteitis.
- 4) La aplicación de éstos dispositivos es engorrosa y dificultosa para que el paciente desempeñe sus actividades normales e incluso impide que adopten una posición confortable durante el sueño.
- 5) En vista de esas dificultades, se aconseja internar al paciente en un hospital durante el período de tratamiento.

La técnica Operatoria es:

Se puede emplear la anestesia local o la general, pero como la relajación muscular es un factor muy importante para las buenas reducciones, será preferible la anestesia general. Hay que ser muy escrupuloso en la observancia de

una técnica completamente aséptica.

Los aparatos empleados consisten en clams, agujas y varillas de acero inoxidable de varias longitudes.

El primer paso es delinear la zona operatoria teniendo en cuenta la línea de fractura, la localización de los grandes vasos y nervios, el canal mandibular y los apices de los dientes. Es muy importante determinar bien la línea de fractura de modo que las agujas no queden demasiado --cerca. Se colocarán agujas en cada lado de la línea de --fractura. Cada aguja debe estar un poco angulada a partir de la línea media, de forma que converjan ligeramente.

El primer pin o aguja deberá situarse aproximadamente a --centimetro de la línea de fractura, de modo que evite el canal mandibular. La segunda aguja se colocará dos centímetros por debajo de la primera. Para fijar las agujas se utiliza una fresadora manual.

Una vez determinado el sitio de función, se mantiene tensa la piel que recubre la zona. La aguja colocada en la --fresa se introduce a través de la piel en dirección al --hueso con una presión mediana se va accionando lentamente la fresa para evitar el calentamiento del hueso por fricción. Cuando la punta penetra en la esponjosa, se nota --que la resistencia disminuye y entonces, pasado un espa--

cio, volverá alcanzar la cortical interna. Una vez sacada la fresa y probada la estabilidad de las agujas, se colocan sujetadores juntamente con una varilla de conexión - que se aplica para conectar las dos agujas. A continua--- ción se colocan las agujas idénticamente en la parte - -- opuesta de la línea de fractura. Siempre que sea posible- la segunda aguja debe situarse en la parte más alta tanto en el borde posterior como en la anterior de la rama as-- cedente.

Una vez completada esta parte técnica, se pueden quitar - las tallas de tejido protector y penetrar en la cavidad - oral.

Si empleamos fijación intermaxilar, comprobaremos de éste momento la oclusión y la corregiremos manualmente, apli-- cando con firmeza la fijación intermaxilar.

Sí no se emplea ésta, se practica la reducción colocando- los dientes en oclusión y manteniéndolos en su lugar ma-- nualmente.

Entonces aplicaremos sujetadores a las varillas de fija-- ción ya colocadas.

Colocaremos un conector más largo entre los dos sujetado- res y con la fractura corregida y la oclusión correcta se fijarán los sujetadores a la varilla conectora con una --

llave.

Thoma cree que debe aplicarse un vendaje de barton hasta que el paciente se ha recuperado de la anestesia y estima también que es de desear una inmovilización y completo descanso de la mandíbula durante unas dos semanas.

15.- REDUCCION ABIERTA.-

Por éste método, los extremos óseos son expuestos de forma intrabucal o extrabucal. Se hacen perforaciones en los cabos de la fractura y a través de ellas se pasa un alambre enroscandose los extremos de éste y uniendo de tal modo los extremos o bordes óseos e inmovilizandolos. Deben hacerse -- dos orificios, ¿uno por arriba del otro?, en el extremo de -- cada fragmento, dos alambres se pasan cruzados, del orificio superior de un lado al orificio inferior del otro de modo -- que formen una Z y después se aprietan.

Algunos cirujanos bucales prefieren usar una placa ri gida para inmovilizar los fragmentos. Una lámina larga de -- 3 ó 4 orificios dará mejor inmovilización que una de dos ori ficios.

Desde la introducción de la fijación extrabucal esque lética, el autor encontró que ha sido menos frecuente la ne- cesidad de usar el método de la reducción abierta.

La reducción abierta se realiza normalmente como un -

procedimiento quirúrgico abierto y con una vía de acceso extra-oral.

En algunos casos se puede realizar por vía intra-oral aunque son pocos los casos que se prestan a ello. Puede aplicarse anestesia local; no obstante es preferible la anestesia general por el grado de relajación que proporciona a los músculos involucrados, la comodidad para el paciente y la conveniencia para el cirujano.

Esta operación se realizará en una sala de operaciones hospitalaria y bajo el mismo régimen de asepsia que en cualquier otra intervención quirúrgica.

INDICACIONES. -

Las indicaciones para la reducción abierta son numerosas y probablemente no se puedan recoger todas ellas en una tabla puesto que cada caso es único y presenta sus propios problemas.

Debemos hacer notar, antes de continuar, que la reducción abierta es rara como método único de tratamiento; debe ir acompañada de cualquier otra forma de fijación intermaxilar, pues de otra manera no se puede conseguir una fijación adecuada en una arcada que está sujeta a movimiento.

- 1.- Fracturas de ángulo.
- 2.- Fracturas de mandíbulas edéntulas.

3.- Fracturas conminutas

4.- Fallos de consolidación de una fractura previamente tratada.

5.- Fracturas múltiples faciales.

6.- Fracturas horizontales de la rama ascendente.

TECNICA OPERATORIA: En cualquier momento antes de la operación, se eligen los arcos - barra vestibulares o el dispositivo que haya de emplearse para la fijación intermaxilar. Esta se debe hacer como una técnica bajo la misma anestesia general e inmediatamente antes de la intervención.

En general, existen retrasos antes de comenzar la intervención, por lo que la fijación se realizará precozmente - para proporcionar al enfermo más comodidad y para evitar ulteriores desplazamientos.

Para ésta intervención es de elección la anestesia traqueal nasal.

En primer lugar, se palpa el sitio exacto de la fractura. La incisión se realiza un centímetro, por debajo del borde inferior de la mandíbula y se extiende 6 u 8 cm. en longitud (Tomamos como ejemplo la fractura en la zona de ángulo).- Se realiza de tal forma que el sitio de la fractura previamente palpado, quede en el centro de la incisión. Se ha de procurar que la incisión quede en uno de los pliegues naturales cu

taneos ó, por lo menos, paralela a el.

La incisión se practicará atravezando piel y tejidos - cutaneos en dirección hacia la masa muscular. Con la punta de los dedos se separarán los bordes de la herida para ensanchar la incisión de modo que se visualicen el tejido subcutáneo -- que será incidido, con lo que se observará la masa muscular.- En éste momento los pequeños puntos sangrantes se pinzarán y ligarán con catgut 3 ceros. A continuación el colgajo cutáneo se libera en todas direcciones con tijeras curvas o con un hemostato romo. Con ésto se facilita la colocación de retractores y se consigue un amplio campo operatorio. Una vez separados los bordes de la herida, se secciona cuidadosamente la masa muscular procurando que la sección sea de la misma longi--tud que la incisión cutánea. Esto puede realizarse con un escapelo ó bién se puede llegar primero al músculo con un hemostato romo y cortarlo luego con tijeras o bisturí. Una vez que éstas estructuras vitales han sido identificadas y protegidas, el resto de la disección se realiza rapidamente y con facilidad.

Se incide el periostio en el borde inferior; la incisión se extenderá posteriormente para incluir al masetero y - el pterigoideo interno, que son los músculos que se insertan en el borde inferior.

El músculo y periostio se separan

El músculo y periostio se separan de la superficie lateral e interna del hueso con elevadores de periostio, quedando exteriorizada la zona de fractura.

Entonces se sujetan los fragmentos con unos forceps especiales de hueso o forceps de Kocher y los fragmentos se separan.

Los pequeños trocitos de hueso, de músculo y de tejido de granulación, juntamente con otros detritus se eliminan de entre los fragmentos y se procede a reducir la fractura. Con los fragmentos colocados en posición correcta se practican -- unos orificios fresando a través del hueso a cada lado de la línea de fractura.

Nosotros preferimos, siempre que sea posible, practicar dos orificios de cada lado para emplear ligadura cruzada. Otros autores creen que una simple ligadura de alambre es suficiente en muchos casos. Dingman y Natvig en su reciente libro publicado, establecen que las fracturas cuya línea discurren oblicuamente en dirección medial y lateral, tienden a resbalar y a superponerse cuando se emplea sólo una ligadura simple; por otra parte, ellos lo que hacen es practicar un -- simple orificio a través de ambos fragmentos pasando el alambre por el borde inferior y ligando.

Antes de practicar cualquier perforación se colocará -- una cinta protectora o un periostomo ancho contra

una cinta protectora o un periostomo ancho contra la superficie interna del hueso en el punto por el cual deba emerger la fresa; con ésto se protegen los tejidos blandos que se encuentran debajo. Antes de practicar los orificios, se localizará el canal mandibular mediante rayos X de modo que los orificios se situen sin daño de los nervios ni de los vasos del canal mandibular. Se puede emplear una fresa dental o una fresadora manual parecida a los batidores de huevo.

El alambre empleado en ésta técnica suele ser de acero inoxidable de calibre 22 a 25. El alambre más duro, aunque a veces dificulta la manipulación, proporciona una buena estabilidad sobre todo en fracturas múltiples o conminutas. Se introducirá el alambre en el canal labrado sobre la superficie lateral y se pasará a través medialmente hasta que contacte con el retractor que hemos colocado. Entonces se pasa un hemostato entre la superficie medial del hueso y el retractor, sujetando el alambre y traccionando. Este extremo volverá a atravesar el hueso desde el lado medial hasta el lateral colocándose en el canal adyacente del otro fragmento. De ordinario, ésto se realiza pasando previamente una asa de alambre fino de calibre 28 desde el lado lateral hasta el mesial; a éste bucle se liga el alambre duro y después se tracciona de forma que pase del lado mesial al lateral. Cuando todos los -

alambres están situados, se ligan estrechamente y la fractura queda reducida. Los extremos del alambre se tuercen y ligan - el uno sobre el otro empleando para ello un portaagujas largo. El operador se cerciorará de que la fractura esta completamente reducida antes de finalizar la ligadura y de que no se ha ya producido ningún aflojamiento de los alambre, pues de lo - contrario los fragmentos podrían dislocarse más tarde debido - a la tracción muscular. También se comprobará que el alambre - en su extremo por la parte medial quede aplicado sobre el hue - so de forma que no pueda producirse ninguna irritación, cuan - do la ligadura se ha completado, el extremo se corta a la dis - tancia de un centimetro. Esta porción final se dobla y se co - loca dentro de uno de los orificios practicados de modo que - no pueda irritar los tejidos blandos vecinos.

La herida se limpiará y se irrigará con solución sali - na fisiológica practicando los controles correspondientes de - los puntos hemorragicos. La suturá se practicará por planos - empezando a suturar el periostio. El masetero y el pterigoi - deo interno se suturan juntos en el borde inferior para for - mar un cabestrillo alrededor de la mandíbula. Todo ello se -- puede realizar con katgut cromico de 3 ceros al 4-0. La masa - muscular se sutura a continuación. Es muy importante recordar que la adecuada reposición de este estrato es de suma impor --

tancia para proporcionar una base para el cierre cutáneo, --
pues independientemente de que se realicen la sutura cutánea--
con extrema precaución, el resultado final depende en gran --
parte de los tejidos subyacentes.

A continuación de la sutura de la masa muscular se --
practicarán unas suturas subcuticulares para aproximar los --
bordes cutáneos y evitar cualquier tensión de las suturas cu--
táneas. La piel se cerrarán con suturas de nilón.

A continuación se colocará un vendaje sobre la herida,
¿se quitan las tallas? y se comprueba la oclusión. Se practi--
carán todos los ajustes necesarios sobre las bandas elásticas
intermaxilares para que la oclusión se convierta en normal. --
Se aplica entonces un vendaje ligeramente compresivo. Esto --
puede hacerse colocando una pieza de gasa sobre el vendaje --
que cubre la herida y protegiendolo con un vendaje elástico --
de Ace enrollando con un vendaje de Bartón o con un pedazo de
elastoplast. Hecho ésto, se aconseja colocar al paciente en --
la unidad de cuidados intensivos, si la hubiera en el hospi--
tal. Se practicará la succión de la boca junto al lecho del --
enfermo y con frecuencia, se colocarán al lado unos tijeras --
instruyendo a la enfermera sobre la necesidad de cortar las --
bandas elásticas intermaxilares en caso de vómito. En general,
se administran antibióticos a dosis normales antes y después--

de la intervención.

16.- FRACTURAS MAXILARES.

- 1.- Funcionalmente el maxilar consta de dos huesos maxilares- y dos palatinos. Posee cuatro procesos: Alveolar, Frontal, Cigomático, y Palatino. Estos procesos juntamente con sus articulaciones constituyen una serie de arbotantes y contrafuertes que sirven para unir la cara al cráneo y protegen el cerebro desviando las fuerzas.
- 2.- El maxilar constituye la porción mayor del tercio medio - de la cara y contribuye a la formación de la órbita, cavidades nasales y paladar duro. Esta ahuecado por dos senos maxilares y una formación completa de dieciseis dientes.
- 3.- En muchas fracturas maxilares se puede encontrar una crepitación en el puente de la nariz, cuando se moviliza el maxilar.
- 4.- Para comprobar la movilidad del maxilar superior es conveniente intentar movilizarlo mientras se sujeta el puente- de la nariz.

EXAMEN RADIOLOGICO.

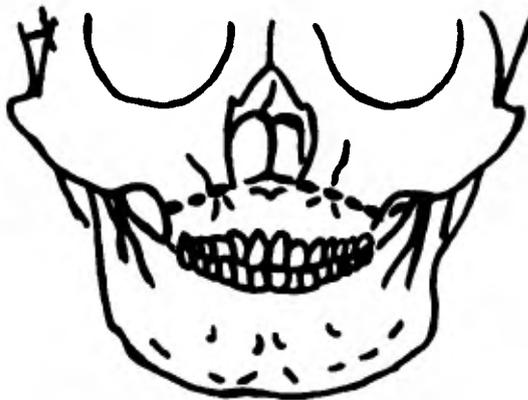
Para las fracturas maxilares, la posición ó toma de -- Waters es la mejor. Puede completarse con una proyección di-- recta lateral.

Normalmente se suelen tomar una serie completa de radiografías de cráneo de todos los casos con lesiones faciales.

Estas series son bastantes de utilidad para determinar las líneas y zonas de fractura.

TIPOS Y FRACTURAS DEL MAXILAR.

A) TIPO LE FORT I (Fractura de Guerin) Esta fractura corre en la posición transversa por encima de los dientes. La línea de fractura incluye el proceso alveolar, el paladar antral y, a veces, la proyección pterigoidea del esfenoides.



B) TIPO LE FOR II (Fractura Piramidal). Esta fractura es causada por golpes fuertes sobre el maxilar superior, y produce una separación que pasa a través de la sutura cigomaticomaxilar,

reborde inferior de la órbita, suelo de la órbita, huesos lagrimales y apófisis pteri-goidea. Produce una sección triangular del tercio medio de la cara el cual permanece libremente móvil.



C) TIPO LE FORT III (Disyunción craneofacial) Como su nombre lo indica, ésta fractura separa la cara -- del cráneo, quedando un maxilar libre flo-tante y la característica de la cara alar-gada de platón. La línea de fractura pasa-a través de las suturas cigomaticofrontal, maxilofrontal y nasofrontal, suelo de la - órbita y áreas del etmoides y esfenoides.



- D) **FRACTURAS DE LAS LAMINAS ALVEOLARES Y (Hendiduras) Verticales.** Estos componen los restos de toda fractura maxilar; este tipo se trata facilmente mediante la estabilización con un arco-barra y fijación intramaxilar durante tres a cuatro semanas.
- 1.- La forma en que ocluyen los dientes proporciona la ayuda principal para determinar la correcta reducción. La fijación se consigue mediante tracción intermaxilar, a veces suplementada con alambrado interóseo directo.
 - 2.- Cuando el maxilar está muy móvil, hay que desarrollar una fuerza dirigida hacia arriba para mantener la reducción de los huesos.
 - 3.- Los alambres se colocan a través de pequeños agujeros en el hueso frontal y corren a lo largo del hueso en sentido

inferior hacia la boca, donde se sujetan a los arcos-barras vestibulares.

- 4.- En las fracturas conminutas del tercio medio de la cara, cuando la suspensión interna con alambre es imposible, se hace necesaria la suspensión externa. El punto superior de anclaje se puede obtener mediante una capelina de escayola o un armazón colocado en la cabeza.
- 5.- El punto inferior de anclaje se consigue por medio de una aguja incertada en la mandíbula. Una varilla rígida colocada entre los dos puntos sirve de soporte para los huesos reducidos durante el período de curación.
- 6.- Las dentaduras transmiten la fuerza sobre una zona de soporte y muchas veces ellas mismas resultan fracturadas.
- 7.- Si no hay dentaduras o si están demasiado gastadas por el uso, se puede confeccionar una férula antes de la intervención quirúrgica fijandola de la misma manera que las dentaduras.
- 8.- Cuando no existe desplazamiento, las fracturas maxilares curan en 2 a 3 semanas sin otro tratamiento que dieta blanda.
- 9.- La fijación de las fracturas maxilares habrá que mantener la ordinariamente de 4 a 6 semanas.
- 10.- Las complicaciones dependen del tipo de fractura. Ejemplo.

Las complicaciones neurológicas en fractura de tipo III - son frecuentes de las fracturas maxilares no son muy frecuentes. La rinorrea de líquido cefalorraquídeo, si se -- presenta, desaparece normalmente después de la reducción- -- y fijación de las fracturas.

11.- Si hay pérdida de líquido cefalorraquídeo, se administrarán antibióticos profilácticamente; los taponamientos antrales están contraindicados y se deben prohibir al enfermo que se suene durante el período de curación.

17.- TRATAMIENTO POSOPERATORIO INMEDIATO.

Cuando la operación está terminada se hace un examen cuidadoso para ver si se ha retirado el empaquetamiento bucofaringeo y no hay coágulos de sangre en faringe.

La boca es aspirada y se coloca de nuevo otro taponaje estéril, acompañándolo, si fuera necesario, de una vía de aire. Se quitan las compresas, equipo anestésico y todos los -- instrumentos utilizados en la operación. El paciente se traslada de la mesa de operaciones a la cama o sala de recuperación, y se le coloca de lado o sobre el abdomen. Esto se hace para evitar la aspiración de sangre o mucus. Se lo cubre con frías tibias y se lo lleva a la sala de recuperación o a su cama. Aquí se lo vigila constantemente, en especial por -- los síntomas de shock, dificultad respiratoria o gran hemorra

gia. Se toman el pulso y la respiración, cada 15 minutos hasta que esté totalmente recuperado y después cada 30 minutos.

Se aplican sobre la zona operada bolsas de hielo, inmediatamente por más de 20 minutos; esto reduce notablemente el edema posoperatorio, se le permite comer y beber apenas pueda y se lo incita hacerlo precozmente. A las 8 hrs. después del posoperatorio se comienza con los buches y se continua así -- por varios días.

En algunos hospitales se siguen y se llevan a la práctica las indicaciones posoperatorias antes mencionadas y con otras que según el caso lo indique.

Las indicaciones son:

- (1) Analgésicos PRN.
- (2) Penicilina Procafnica 800 mil u. Im. c/12 hrs.
- (3) Dieta normal licuada mientras la tolere.
- (4) Aseo bucal con solución de Cepacol.
- (5) Control general de enfermería.

A menudo éstas son las indicaciones mediatas pre-escritas por el cirujano a los residentes de el hospital. (Dieta - Posoperatoria del Hospital de Urgencias Villa).

Hay que visitar al paciente cada día y anotar los progresos clínicos hasta que se de de alta.

18.- HIGIENE BUCAL EN CASOS DE FRACTURA.

Los buches de hipoclorito de sodio deben usarse por lo menos tres veces al día.

El paciente debe usar cepillo y pasta dentrificada de acuerdo a sus posibilidades.

Cuando sea posible debe hacerse limpieza profiláctica antes de reducir la fractura.

La boca debe ser convenientemente irrigada con pulverizaciones por el odontólogo por lo menos tres veces por semana con una buena solución antiséptica.

19.- DIETA PARA LOS PACIENTES CON MAXILARES FRACTURADOS.

Los pacientes con fracturas de los maxilares deben ser alimentados con un popote de beber, una copa o cuchara. Por vía nasofaríngea o rectal, en los casos excepcionales. La dieta debe ser líquida o blanda.

- 1) **DIETA LIQUIDA.**- Es necesaria en todos los casos en que los dientes de ambos maxilares se mantengan unidos. Debe consistir en jugo de frutas, leche, crema, cocos, chocolate, leche malteada, jugo de carne o sopas, bebidas de cualquier clase, excepto alcohol.
- 2) **DIETA BLANDA.**- Debe consistir en papas aplastadas o cualquier vegetal cocido blando, frutas, huevos hervidos, carnes, gelatina, todo debe ser blando.
- 3) **ALIMENTOS REQUERIDOS.**- Los siguientes alimentos deben ser

administrados cada día: Por lo menos medio litro de leche, jugo de naranja fresca jugo de tomate o de uvas, 100grs. - de manteca, yemas o dos huevos pasados por agua, vegetales.

20.- ALIMENTACION EN LOS PACIENTES CON FRACURAS.

En el período postoperatorio se administrarán, tan --- pronto como sea posible, alimentos líquidos y fluidos.

Al cabo de 24 ó 48 horas comienza a administrarse una dieta líquida rica en proteínas y en calorías con un suplemento de proteínas vitaminas y minerales.

Una vez que el paciente ha abandonado el hospital, se le prescribe una dieta similar.

Los suplementos se prescriben para asegurar una ingesta nutritiva adecuada.

La dieta puede consistir en alimentos comunes de consistencia cremosa.

La carne es un alimento muy importante y, si se administra picada, puede ser ingerida en cantidades normales lo mismo que cualquier alimento.

Los alimentos infantiles preparados ofrecen una amplia variedad y acostumbran a tener una consistencia adecuada.

Los jugos de fruta y vegetales, las bebidas de leche y huevos, las sopas fluidas, las cremas de cereales, el café, - el té y otros brebajes pueden ayudar a estos pacientes a nu--

trirse de forma adecuada.

21.- TIEMPO DE INMOVILIZACION Y PERMANENCIA DE LOS APARATOS.

Aunque no existe un tiempo de límite definido para la inmovilización puede utilizarse un promedio de tiempo general.

Las fracturas mandibulares en los adultos se inmovilizan durante 4 a 6 semanas.

Cuando el cirujano cree que se ha producido la unión, puede eliminar los elásticos intermaxilares y comprobar la zona de fractura. Si la fractura está firme y no muestra señales clínicas de movimiento, se pueden eliminar los elásticos; los arcos vestibulares se dejarán durante una semana más, al cabo de la cual se volverá a examinar al paciente. Si la zona de fractura permanece firme y la oclusión es estable, se pueden eliminar todos los dispositivos, de lo contrario o si queda un movimiento pequeño, se vuelven a colocar los elásticos durante una o dos semanas más.

Una vez eliminadas estas bandas elásticas, se alimenta al enfermo con una dieta blanda durante una a dos semanas.

Después de inmovilizaciones prolongadas puede observarse un cierto grado de trismus, pero los movimientos masticatorios y el ejercicio restaurarán gradualmente los movimientos de apertura hasta la normalidad.

Una vez eliminados todos los aparatos, se pueden observar ciertas alteraciones en la estructura gingival con lesiones y restos inflamatorios.

Para restaurar la encía a su normalidad, se procede a una limpieza y cuidados higiénicos adecuados.

Las fracturas de cóndilo se inmovilizan solamente durante 3 a 4 semanas. Se instaura la función tan pronto como sea posible para evitar la anquilosis.

Las fracturas en los niños necesitan inmovilización sólo durante 2 ó 4 semanas, lo cual dependerá de la gravedad y la localización de la fractura.

22.- COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS

A).- **INFECCIONES.**- Las complicaciones más frecuentes de las fracturas son, las celulitis y la osteomielitis. Dado que la mayoría de las fracturas son compuestas, la infección se desarrolla por contacto con secreciones bucales o del aire.

Cuando hay infección, es preciso establecer un drenaje, y administrar antibióticos, puesto que la boca es el orificio más sucio del cuerpo.

B).- **LESIONES DE LOS NERVIOS Y VASOS SANGUINEOS.**- Si en las fracturas mandibulares el labio inferior está insensible

indica que el conducto dentario ha sido lesionado o cortado. Sin embargo no hay que eliminar los fragmentos óseos hasta que se haya probado definitivamente que no son vitales.

La circulación en la línea de fractura demora naturalmente la curación, aunque la incidencia de osteomielitis en los casos de fractura es muy baja, a veces se presentan y deben tratarse. Si hay un diente en la línea de fractura y hay supuración el diente debe de eliminarse.

C).- MALA UNION.- Esto significa que los segmentos fracturados han cicatrizado pero no en la posición anatómica correcta.

El plano de oclusión está mal, se hace imprescindible volver a separar la línea de fractura y colocar de nuevo los segmentos en posición correcta, si existiera disturbio extenso de la oclusión. Puede ser necesario extraer varios dientes y construir una restauración.

D).- FALTA DE UNION.- (SEUDOARTROSIS)

Esto significa que los extremos fracturados no han cicatrizado juntos, ello puede suceder porque:

- 1) Los fragmentos no han sido sostenidos rigidamente.
- 2) La reducción de los fragmentos se ha demorado demasiado.

- 3) Los aparatos se han quitado demasiado pronto.
- 4) Los tejidos blandos se han interpuesto entre los fragmentos óseos muy separados.
- 5) Un diente abscedado ha permanecido en la línea de fractura.
- 6) No se estableció buen drenaje cuando se estableció la osteomielitis.
- 7) Enfermedades Sistémicas.

TEMA III. FRECUENCIA DE LOS TRAUMATISMOS MAXILO FACIALES EN-
CAMINADOS A MAXILAR Y MANDIBULA.

1.- Casos Clínicos.

REG.No. 68

NOMBRE Alfredo García Espinosa EDAD 20 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 1/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

1. ETIOLOGIA Traumatismo directo en cara, por una botella

TIPO DE FRACTURA Angulo mandibular Izq.

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de
Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirofano

REG.No. 271

NOMBRE Carlos Ruiz Andrade EDAD 40 años

SEXO masculino OCUPACION vendedor FECHA 3/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

2. ETIOLOGIA choque automovilístico

TIPO DE FRACTURA Mentoniana

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick, con ligas
intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 315

NOMBRE María Eugenia Sánchez EDAD 23 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 4/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

3. ETIOLOGIA Caida del primer piso de su casa.

TIPO DE FRACTURA Lefor ll

TRATAMIENTO Tracción a craneo con arcos férula de Erick.

OPERACION Consultorio

REG.No. 877

NOMBRE Guadalupe Pineda Vda. de Téllez EAD 53 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 5/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

4. ETIOLOGIA Caida

TIPO DE FRACTURA Luxación de los dientes incisivos superio-

res y fractura del hueso alveolar superior.

TRATAMIENTO Alambrado en ocho.

OPERACION Consultorio

REG.No. 788

NOMBRE Enrique Corona Arenas EDAD 30 años

SEXO masculino OCUPACION comerciante FECHA 15/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

5. ETIOLOGIA Pleito callejero

TIPO DE FRACTURA Paramentoniana derecha

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de
Erick y ligas interdentarias.

OPERACION Quirofano

REG.No. 1315

NOMBRE José Montes Cano EDAD 12 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 15/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

6. ETIOLOGIA Traumatismo directo en cara. Golpe.

TIPO DE FRACTURA Traumatismo en cara (Zona malar Izq)

TRATAMIENTO Alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 1829

NOMBRE Remedios Torres Romero EDAD _____

SEXO Femenino OCUPACION estudiante FECHA 15/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

7. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura de angulo Mandibular Izq.

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de
Erick con ligas intermaxilares.

OPERACION Quirofano

REG.No. 2638

NOMBRE Andrés Moreno Monroy EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 24/1/79

INSTITUCION Hospital de Urgencias Villa"

8. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula

TRATAMIENTO Colocación arcos férula de Erick superior y li-
gas intermaxilares de hule. Operación consultorio

OPERACION Consultorio

REG.No. 3498

NOMBRE Juventino Galicia Mejorada EDAD 26 años

SEXO masculino OCUPACION obrero FECHA 29/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

9. ETIOLOGIA arma punzocortante

TIPO DE FRACTURA Fractura mentoniana

TRATAMIENTO Con anestesia local Xilocaina, se coloca arco -
férula inferior de Erick y arco férula superior y
ligad intermaxilares.

OPERACION Consultorio

REG.No. 4617

NOMBRE Clara Ramírez Martínez EDAD 24 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 6/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

10. ETIOLOGIA por extracción dental

TIPO DE FRACTURA Subluxación de articulación temporomandi-
bular

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick con ligas -
intermaxilares.

OPERACION Operación consultorio.

REG.No. 4606

NOMBRE Carlos Cruz Castillo EDAD 24 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 28/1/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

11. ETIOLOGIA Choque automovilistico.

TIPO DE FRACTURA Fractura mandibular doble, en cuerpo del-
lado derecho entre premolares

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick y ligas in-
termaxilares. Sutura de encia palatina y lengua.

OPERACION Operación quirofano.

REG.No. 4775

NOMBRE Luis Yescas Carrillo EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 8/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

12. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehiculo en movimiento.

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula

TRATAMIENTO Ostesíntesis. Colocación de arcos férula de Erick
y ligas intermaxilares (alambres intermaxilares)

OPERACION Operación quirófano.

REG.No. 4729

NOMBRE David Hernández Lima EDAD 25 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 6/marzo/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

13. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula a nivel de -
ángulo

TRATAMIENTO Osteosíntesis de ángulo derecho, arcos férula-
de Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirofano

REG.No. 3624

NOMBRE Damián Carballo Vicencio EDAD 16 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 16/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

14. ETIOLOGIA Golpe (puñetazo)

TIPO DE FRACTURA Traumatismo en maler Izquierdo

TRATAMIENTO Inmovilización con tracción a craneo

OPERACION Consultorio

REG.No. 5737

NOMBRE Alberto Hernández Martínez EDAD 56 años

SEXO masculino OCUPACION ///// FECHA 19/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

15. ETIOLOGIA Caida

TIPO DE FRACTURA Traumatismo en malar Izquierdo

TRATAMIENTO Inmovilización a tracción de craneo

OPERACION Consultorio

REG.No. 5814

NOMBRE David Muñoz Aviléz EDAD 17 años

SEXO masculino OCUPACION mecánico FECHA 16/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

16. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura Mandibular

Cuerpo, lado derecho entre premolares

TRATAMIENTO Osteosíntesis, arcos férula de Erick y

ligas intermaxilares.

OPERACION Operación quirofano

REG.No. 5794

NOMBRE Israel Sánchez Luna EDAD 37 años

SEXO masculino OCUPACION chofer FECHA 17/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

17. ETIOLOGIA Choque automovilístico

TIPO DE FRACTURA Fractura Paramentoniana

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación arcos ferula de -
Erick y ligas intermaxilares. (Anestesia regio-
nal)

OPERACION Consultorio.

REG.No. 6277

NOMBRE Rafael Juárez Sánchez EDAD 25 años

SEXO masculino OCUPACION mécanico FECHA 19/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

18. ETIOLOGIA Pleito callejero

TIPO DE FRACTURA Paramentoniana derecha y

Rebordes alveolares Sup e Inferior

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de -
Erick superior e inferior e inmovilización con-
ligas intermaxilares.

OPERACION quiروفano.

REG.No. 7813

NOMBRE Gustavo Godinez Cadena EDAD 20 años

SEXO masculino OCUPACION Estudiante FECHA 5/111/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

19. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de-
Erick con ligas intermaxinales.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 8080

NOMBRE Francisco Javier Blas Hernández EDAD 17 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 9/111/79

20. INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

TIPO FRACTURA Fractura del reborde alveolar superior
derecho

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick superior, -
abarcando de canino a canino, fijandose a los -
incisivos y caninos por medio de alambre quirur-
gico.

ETIOLOGIA pleito callejero con ataque de botella rota

REG.No. 8301

NOMBRE Hector Samuel Nava Gómez EDAD 20 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 9/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

21. TIPO DE FRACTURA Fractura del reborde alveolar Sup.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula, alambre intermaxi-
lar

ETIOLOGIA Caida de un segundo piso.

OPERACION consultorio.

REG.No. 8720

NOMBRE José Quintero Servín EDAD 25 años

SEXO madculino OCUPACION estudiante FECHA 11/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

22. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula.

TRATAMIENTO Colocación de arcos ferula de Erick sup. e inf.
con ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 8697

NOMBRE Bonifacio Jiménez Quintero EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 12/111/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

23. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura bilateral de mandibula de la rama y cuello del cóndilo derecho.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick con ligas intermaxilares. Osteosíntesis.

OPERACION Quirofano.

REG.No. 9147

NOMBRE María Amparo Palacio González EDAD 25 años

SEXO femenino OCUPACION secretaria FECHA 14/111/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

24. ETIOLOGIA Caida.

TIPO DE FRACTURA _____

TRATAMIENTO _____

OPERACION Consultorio.

REG.No. 9398

NOMBRE Arturo González Castro EDAD 38 años

SEXO masculino OCUPACION mesero FECHA 16/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

25. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura mandibular

TRATAMIENTO Extracción del tercer molar inferior, Osteosíntesis y colocación de arcos férula de Erick

OPERACION consultorio.

REG.No. 8684

NOMBRE Juan Arriaga Pérez EDAD 27 años

SEXO masculino OCUPACION chofer FECHA 19/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

26. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA _____

TRATAMIENTO Colocación de alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 9777

NOMBRE Raúl Daltan Rosas EDAD 32 años

SEXO masculino OCUPACION albañil FECHA 20/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

27. ETIOLOGIA Caida de un tercer piso.

TIPO DE FRACTURA Fractura de angulo mandibular

TRATAMIENTO Ostesíntesis. Colocación de arcos férula de -
Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 10640

NOMBRE Roberto Lugo Melgas EDAD 43 años

SEXO masculino OCUPACION mesero FECHA 10/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

28. TIPO DE FRACTURA Fractura de Condilo derecho.

ETIOLOGIA Choque automovilístico

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick, y ligas de
hule intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 10697

NOMBRE José Luis Bautista EDAD 22 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 30/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

29. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula.

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de -
Erick. con ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 11499

NOMBRE Javier Martínez Ovalle EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 30/11/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

30. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Lefort y doble de mandibula

TRATAMIENTO Férula superior e inferior, alambrado en forma-
de 8 con ligas de hule intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 10348

NOMBRE José Luis Solis Franco EDAD 28 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 3/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

31. ETIOLOGIA Choque automovilistico.

TIPO DE FRACTURA Fractura de ángulo mandibular izquierdo

TRATAMIENTO Osteosíntesis, Colocación de arcos férula de Erick. Con ligas de hule intramaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 11980

NOMBRE Juan Santa Rita Cruz EDAD 29 años

SEXO masculino OCUPACION marmolero FECHA 6/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

32. ETIOLOGIA asaltado y golpeado

TIPO DE FRACTURA Fractura de rama ascendente de maxilar inferior izquierdo (Frt. condilar)

TRATAMIENTO Bajo anestesia local con Xilocaina, se colocan arcos férula inferior y superior y taquete de -- penrees en lado izq. para reducir la fractura.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 11990

NOMBRE Victor Hugo García Vega EDAD 6 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

33. ETIOLOGIA Caida de un columpio.

TIPO DE FRACTURA Fractura de incisivos sups. e infrs con --
deziplasamiento de la mandibula.

TRATAMIENTO Extracción de dientes fracturados, y fijación -
con alambrado en forma de B en los dientes no --
fracturados.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 10828

NOMBRE Irma Espinosa Angeles EDAD 13 años

SEXO femenino OCUPACION estudiante FECHA 16/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

34. ETIOLOGIA Caida de las escaleras

TIPO DE FRACTURA Subluxación de la articulación temporo-man-
dibular.

TRATAMIENTO Colocación de alambre y ligas intermaxilares en
forma de 8.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 10972

NOMBRE Porfirio Filogorio Moreno EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 17/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

35. ETIOLOGIA riña

TIPO DE FRACTURA Fractura del ángulo mandibular derecho.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -

Erick, ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 13232

NOMBRE Graciela López EDAD 37 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 18/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

36. ETIOLOGIA Golpe Traumático

TIPO DE FRACTURA Herida en cara y fractura mandibular. De-

cuerpo

TRATAMIENTO Colocación de alambre en forma de 8. Y arcos -

férula de Erick y alambrado Intermaxilar.

Operación Consultorio.

REG.No. 14481

NOMBRE Hipólito Antonio Jiménez Romero EDAD 26 años

SEXO masculino OCUPACION herrero FECHA 24/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

37. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FR. Paramentoniana derecha.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick, y ligas-
intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 14209

NOMBRE Abrahan Vargas EDAD 25 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 22/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

38. ETIOLOGIA Herida por instrumento cortante 3cm.

TIPO DE FRACTURA Rama ascendente der. e izq. y condilo de-
recho.

TRATAMIENTO Colocación de alambre entre canino y lateral -
ing. y arcos ferula de Erick y ligas intermaxi-
lares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 14206

NOMBRE Eucebio Candia EDAD 30 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 2/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

39. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento.

TIPO DE FRACTURA Fractura del cuerpo de la mandibula del -
lado izquierdo.

TRATAMIENTO Osteosintesis. Colocación de arcos férula de -
Erick, y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 15573

NOMBRE Luis Carrillo Acosta EDAD 23 años

SEXO masculino OCUPACION obrero FECHA 3/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

40. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura del angulo mandibular derecho.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick; superior e
inferior, y ligas intermaxilares para reducción
y fijación. Operación consultorio.

REG.No. 15722

NOMBRE Paulino Alvarez Navarrete EDAD 40 años

SEXO masculino OCUPACION vendedor FECHA 15/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

41. ETIOLOGIA Caida y golpe del caballo

TIPO DE FRACTURA Fractura de la rama ascendente de mandibula derecha.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos férula de Erick, y alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 15721

NOMBRE Eli Tello Mora EDAD 29 años

SEXO masculino OCUPACION policia FECHA 3/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

42. ETIOLOGIA Golpe certero en mandibula Inferior

TIPO DE FRACTURA Fractura de la rama horizontal Izquierda

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick con ligas intermaxilares y alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 15950

NOMBRE Francisco Ortega Blanes EDAD 22 años

SEXO masculino OCUPACION albañil FECHA 7/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

43. ETIOLOGIA Golpes contusos

TIPO DE FRACTURA Fractura del ángulo mandibular izquierdo.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick superior e inferior, y ligas intermaxilares para reducción y fijación.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 16483

NOMBRE Gabriel García Carrillo EDAD 20 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 9/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

44. ETIOLOGIA Golpe "Puñetazo"

TIPO DE FRACTURA Lefort y doble de mandibula

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de - Erick, alambrado en forma de ocho.

OPERACION Quirofáno.

REG.No. 15952

NOMBRE Miguel Rodríguez Rodríguez EDAD 43 años

SEXO masculino OCUPACION agente de venta FECHA 14/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

45. ETIOLOGIA Choque automovilístico

TIPO DE FRACTURA Fractura del ángulo mandibular der.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos férula

Erick inferior y extracción del tercer molar inf. izq

OPERACION Consultorio.

REG.No. 15870

NOMBRE Virginia Semanza Navarro EDAD 49 años

SEXO femenino OCUPACION Hogar FECHA 16/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

46. ETIOLOGIA Extracción de un tercer molar inferior.

TIPO DE FRACTURA Luxación cóndilo mandibular izq.

TRATAMIENTO Bajo anestesia local se realizó la Reducción,

y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 18095

NOMBRE Jacinto Luna Ortíz EDAD 25 años

SEXO masculino OCUPACION carpintero FECHA 22/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

47. ETIOLOGIA Caida de una azotea.

TIPO DE FRACTURA Fractura del cóndilo mandibular, derecha.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional, se colocó arcos férula

Erick y ligas de hule intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 18822

NOMBRE Rafael Joel Marroquín EDAD 33 años

SEXO masculino OCUPACION herrero FECHA 28/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

48. ETIOLOGIA Caída

TIPO DE FRACTURA Subluxación cóndilo derecho.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos férula

de Erick.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 18903

NOMBRE Laurencio Cruz Blas EDAD 22 años

SEXO masculino OCUPACION merendero FECHA 31/V/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

49. ETIOLOGIA Golpe traumático en cara.

TIPO DE FRACTURA Paramentoniana derecha.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos férula
de Erick, y alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 19908

NOMBRE José Vargas Vargas EDAD 36 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 6/VI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

50. ETIOLOGIA Crisis, convulsivas Epilepsia

TIPO DE FRACTURA Fractura de mentón y ángulo derecho.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick, alambrado
en forma de ocho con ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 195666

NOMBRE Mauro de la Cruz Ortíz EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 7/VI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

51. ETIOLOGIA Caída al irse el camión a un barranco.

TIPO DE FRACTURA Fractura de la rama ascendente de la mandíbula, izquierda.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos férula de Erick, y alambrado en forma de ocho con ligas interm.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 20685

NOMBRE Eugenio Zenil Rodríguez EDAD 16 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 12/VI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

52. ETIOLOGIA Atropellado

TIPO DE FRACTURA Fractura de la rama ascendente de la mandíbula y ángulo mandibular.

TRATAMIENTO Bajo anestesia general se colocó arcos férula - de Erick, alambrado en forma de ocho y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 21338

NOMBRE Humberto López Sánchez EDAD 23 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 19/VI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

53. ETIOLOGIA Choque automovilístico

TIPO DE FRACTURA Angulo mandibular izquierdo.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional, se colocó arcos férula
de Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 213000

NOMBRE Esperanza Flores de Alvarez EDAD 26 años

SEXO femenino OCUPACION hogar. FECHA 19/VI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

54. TIPO DE FRACTURA Sub-luxación mandibular izq.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos férula-
de Erick, y ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 22689

NOMBRE Carlos Aguas Melchor EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 29/VI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

55. ETIOLOGIA Traumatismo directo en cara

TIPO DE FRACTURA Fractura de cuerpo derecho de mandibula-
entre permolares. Lefor 1.

TRATAMIENTO Tracción a craneo con arcos férula de Erick.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 23033

NOMBRE Leonel Hernández Hernández EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 3/VII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

56. ETIOLOGIA Traumatismo directo en cara.

TIPO DE FRACTURA Paramentoniana derecha.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación arcos férula de Erick
y ligas intraoseas.

OPERACION Quirofano.

REG.No. 23215

NOMBRE José Arredondo Porto EDAD 39 años

SEXO masculino OCUPACION mesero FECHA 4/VII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

57. ETIOLOGIA Golpe

TIPO DE FRACTURA Paramentoniana Izq.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arco férula -
de Erick inferior y alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 23342

NOMBRE Lidio Héctor Guerrero Yáñez EDAD 17 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 3/VII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

58. ETIOLOGIA Choque entre autobuses.

TIPO DE FRACTURA Fractura del cuerpo de mandibula izquierda.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -
Erick, y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirofano.

REG.No. 23612

NOMBRE Rodrigo Bustamante Salgado EDAD 7 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 6/VII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

59. ETIOLOGIA caída de un columpio.

TIPO DE FRACTURA Luxación mandibular.

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 24323

NOMBRE Julia Ramírez EDAD 26 años

SEXO masculino OCUPACION hogar FECHA 16/VII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

60. ETIOLOGIA Fractura del ángulo mandibular izquierdo.

TIPO DE FRACTURA Golpe directo en cara

TRATAMIENTO Osteosíntesis, colocación de arcos férula de -

Erick con ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 26677

NOMBRE María Antonieta Hernández Juárez EDAD 28 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 27/VII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

61. ETIOLOGIA Choque automovilístico

TIPO DE FRACTURA Fractura condilar izq.

TRATAMIENTO Reducción Cerrada con arcos férula de Erick y -
lugas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 26970

NOMBRE Samuel Higuera Moreno EDAD 23 años

SEXO masculino OCUPACION vendedor amb. FECHA 2/VIII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

62. ETIOLOGIA Atropellamiento por vehículo en movimiento.

TIPO DE FRACTURA Lefort 11.

TRATAMIENTO Tracción a craneo con arcos férula de Erick.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 28432

NOMBRE David Cruz Hernández EDAD 25 años

SEXO masculino OCUPACION albañil FECHA 10/VIII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

63. ETIOLOGIA Caida de una barda

TIPO DE FRACTURA Lefort 1

TRATAMIENTO Tracción a cráneo con arcos férula de Erick y -
ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 28691

NOMBRE Leticia García de Castañeda EDAD 36 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 21/VIII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

64. ETIOLOGIA Caida

TIPO DE FRACTURA Angulo mandibular derecho.

TRATAMIENTO Bajo anestesia loco-regional se realizo reduc-
cion de fractura con arcos férula de Erick. Extracc.
3er. molar.

OPERACION consultorio.

REG.No. 29736

NOMBRE Patricia Vázquez Ortiz EDAD 18 años

SEXO femenino OCUPACION estudiante FECHA 27/VIII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

65. ETIOLOGIA Accidente automovilístico.

TIPO DE FRACTURA Doble de mandíbula.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -

Erick con ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 30139

NOMBRE Guillermo Rodríguez Grifaldo EDAD 28 años

SEXO masculino OCUPACION comerciante FECHA 28/VIII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

66. ETIOLOGIA caída al sufrir crisis epiléptica

TIPO DE FRACTURA Fractura mentoniana.

TRATAMIENTO Colocación del alambrado en Oliver, ligas inter-

maxilares, y después se procedió a la osteosínte-

sis.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 30458

NOMBRE Jaime Vazquez Vilchis EDAD 17 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 5/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

67. ETIOLOGIA Pleito callejero

TIPO DE FRACTURA Del ángulo mandibular izquierdo.

TRATAMIENTO Bajo anestesia locoregional se colocó arcos fé-
rula de Erick y ligas de hule intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 31215

NOMBRE Crispín León Hernández EDAD 31 años

SEXO masculino OCUPACION mécanico FECHA 6/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

68. ETIOLOGIA Traumatismo por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura conminuta de mandibula del -
lado izquier.

TRATAMIENTO Bajo anestésico local con Xilocaina se colocó -
arcos férula de Erick con ligas intermaxilares,
después paso a quirofono a donde se hizo el tra-
tamiento de osteosíntesis.

REG.No. 32387

NOMBRE Tomás Díaz Casasola EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 17/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

69. ETIOLOGIA Accidente en motocicleta al estrellarse.

TIPO DE FRACTURA Fractura del cuerpo de la mandibula del -
lado derecho.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick, con ligas
intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 32645

NOMBRE Leonor Candelaria Bonilla Santillan EDAD 17 años

SEXO femenino OCUPACION estudiante FECHA 18/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

70. ETIOLOGIA Atropellamiento.

TIPO DE FRACTURA Luxación mandibular.

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 32625

NOMBRE Federico Hacibar López EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION albañil FECHA 18/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

71. ETIOLOGIA Herida por arma de fuego

TIPO DE FRACTURA Fractura de molares infs. y fractura de la
rama ascendente de mandibula.

TRATAMIENTO Osteosintesis. Colocación de arcos ferula de -
Erick y ligas intraoseas.

OPERACION Consultorio.

REG.No 32740

NOMBRE Franco Averdín Ramírez EDAD 31 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 24/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencia Villa"

72. ETIOLOGIA atropello por vehiculo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura Maxilar

TRATAMIENTO Inmovilización a tracción de craneo.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 33804

NOMBRE Angélica Ortega Soto EDAD 8 años

SEXO femenino OCUPACION estudiante FECHA 28/IX/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

73. ETIOLOGIA arroyada por automovil

TIPO DE FRACTURA Doble de mandibula

TRATAMIENTO Reducción e inmovilización de fractura mandibular inf. con ferula de Erick.

OPERACION quirófano.

REG.No. 34163

NOMBRE Luis Cuenca Morales EDAD 38 años

SEXO masculino OCUPACION abonero FECHA 1/X/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

74. TIPO DE FRACTURA Cóndilo mandibular, izquierdo.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional se colocó arcos ferula-de Erick, con ligas intermaxilares.

ETIOLOGIA Arroyado por vehículo en movimiento con su bicicleta.

OPERACION consultorio.

REG.No. 34570

NOMBRE María Luisa Limón Pérez EDAD 25 años

SEXO femenino OCUPACION obrera FECHA 8/X/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

75. TIPO DE FRACTURA Paramentoniana

TRATAMIENTO Ostensintsia. Colocación de arcos férula de -

Erick con ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 34706

NOMBRE Juan José Jiménez López EDAD 14 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 8/X/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

76. ETIOLOGIA atropellamiento por vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Lefort III y herida en lengua

TRATAMIENTO Colocación de ferulas de Erick sup. e inf. y cas-
quete de yeso, para realizar tracción a craneo por
medio del paso de alambre quirúrgicos por fondo de
saco, que paso por cara anterior del arco cigomáti
co saliendo a piel y llevandolo al casquete de ye-
so; se colocó tracción de ligas intermaxilares. --

OPERACION Consultorio.

REG.No. 35471

NOMBRE Salvador Bermudez Moreno EDAD 44 años

SEXO masculino OCUPACION Publicista FECHA 17/X/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

77. ETIOLOGIA golpeado por asalto

TIPO DE FRACTURA Lefor lll

TRATAMIENTO Bajo bloqueo con Xilocaina, se coloca arcos fé-
rula de Erick y ligas de hule intermaxilares y -
colocación de fronda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 35915

NOMBRE Graciela Arellano Jaramillo EDAD 15 años

SEXO Femenino OCUPACION estudiante FECHA 17/X/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

78. ETIOLOGIA Caída no reciente

TIPO DE FRACTURA Luxación mandibular no reciente

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elastica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 36487

NOMBRE Roberto Huerta Sansón EDAD 20 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 23/X/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

79. ETIOLOGIA Traumatismo por golpe de puño

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula del ángulo -
mandibular izquierdo.

TRATAMIENTO Osteosíntesis, reducción y fijación arcos y fé-
rula de Erick, ligas y alambres.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 37758

NOMBRE Antonio Ramírez Jiménez EDAD 59 años

SEXO masculino OCUPACION agricultor FECHA 5/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

80. ETIOLOGIA Herida por arma de fuego

TIPO DE FRACTURA Fractura del maxilar inferior a la altura
de el mentón.

TRATAMIENTO Extirpación de el proyectil y colocación de arcos
ferula de Erick.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 37973

NOMBRE Miguel Angel Escrtín Chavéz EDAD 26 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 5/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

81. ETIOLOGIA Traumatismo directo en cara (golpe)

TIPO DE FRACTURA fractura de maxilar derecho.

TRATAMIENTO Inmovilización con tracción a craneo.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 38334

NOMBRE Victor M. Rodríguez Gómez EDAD 22 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 6/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

82. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura mandibular de la rama ascendente-

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación arcos férula de - -

Erick con ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 38221

NOMBRE Rodrigo Grangeno Sánchez EDAD 27 años

SEXO masculino OCUPACION mécanico FECHA 6/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa".

83. ETIOLOGIA Golpe callejero

TIPO DE FRACTURA Fractura

TRATAMIENTO Segmento de arco férula de Erick y alambrado-
en ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 38816

NOMBRE Ernesto Hernández Juárez EDAD 49 años

SEXO masculino OCUPACION mosaiguero FECHA 12/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

84. ETIOLOGIA golpe con un disco de cierra cortante

TIPO DE FRACTURA Fractura del maxilar superior con fractura
de la orbita ocular del lado derecho.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 39220

NOMBRE José Juan Hernández Miranda EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 13/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

85. ETIOLOGIA Accidente automovilístico.

TIPO DE FRACTURA Fractura del angulo mandibular derecho, -
con desplazamiento y cuerpo mandibular del -
lado der.

TRATAMIENTO Bajo anestesia regional, se colocó arcos férula-
de Erick, y alambrado en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 39835

NOMBRE Eduardo García Ledezma EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION Hojalatero tual FECHA 14/XII/79
even

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

86. TIPO DE FRACTURA Fractura Paramentoniana

TRATAMIENTO Osteosintesis. Colocación arcos férula de Erick-
y ligas intermaxilares.

ETIOLOGIA Aventado un tanque de gas por otro sujeto

OPERACION Quirófano.

REG.No. 40711

NOMBRE Raimundo Martínez EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 14/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

87. ETIOLOGIA _____

TIPO DE FRACTURA _____

TRATAMIENTO Inmovilización con tracción a craneo.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 40986

NOMBRE Ignacio Yañez Rodríguez EDAD 30 años

SEXO masculino OCUPACION Chofer FECHA 15/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

88. ETIOLOGIA Golpes

TIPO DE FRACTURA Luxación del cóndilo mandibular

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 41833

NOMBRE Rogelio Muñoz Fragoso EDAD 53 años

SEXO masculino OCUPACION mécanico FECHA 15/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

89. ETIOLOGIA Caída de vehículo en movimiento

TIPO DE FRACTURA Fractura de arco cigómatico y malar derecho

TRATAMIENTO Bajo bloqueo con xilocaina se practicó incisión -
en borde inferior de malar como de 2 cm. y por -
disección roma se llevo hasta borde inferior de -
malar por medio de palanca se levanto el malar -
se suturó con dermalón se colocó casquete en crá-
neo y ligas de hule para tracción.

OPERACION Quirófano.

REG.No. LBAG

NOMBRE Marco Pineda Garduño EDAD 27 años

SEXO masculino OCUPACION motocicléta FECHA 15/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

90. ETIOLOGIA Caída

TIPO DE FRACTURA Fractura de Síntesis del mantón

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick con ligas
intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 42136

NOMBRE Adolfo Palomero López EDAD 12 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 15/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

91. ETIOLOGIA Patada por un cuadrípodo (mul.)

TIPO DE FRACTURA Fractura paramentoniana y de reborde alveolar

TRATAMIENTO Colocación arcos férula de Erick con anestesia-
locoracional inducción con Quetalar.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 43190

NOMBRE Angela García EDAD 73 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA 10/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

92. ETIOLOGIA Extracción de un molar

TIPO DE FRACTURA Luxación mandibular y fractura de la sínfis mentoniana.

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 42091

NOMBRE Geulebaldo Leisa Patiño EDAD 24 años

SEXO masculino OCUPACION agente cial. judi- FECHA 10/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

93. ETIOLOGIA Herida por arma de fuego

TIPO DE FRACTURA Fractura conminuta de mentón

TRATAMIENTO Arco Férula de Erick, alambrado con ligas y - -
alambre.

OPERACION Consultorio.

REG.No. S/R

NOMBRE Carlos Carbajal Moreno EDAD 34 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 17/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

94. ETIOLOGIA Caida

TIPO DE FRACTURA Luxación mandibular.

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 40062

NOMBRE Juan Sánchez Espinosa EDAD 32 años

SEXO masculino OCUPACION albañil FECHA 20/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

95. ETIOLOGIA Golpe con un tabique al sele abentado por otro su-
jeto.

TIPO DE FRACTURA Fractura de malar izquierdo (no reciente)

TRATAMIENTO Inmovilización con tracción a craneo y alambrado
en forma de ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 43671

NOMBRE Victor Manuel Colín Santiago EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 20/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

96. ETIOLOGIA "Herida por arma de fuego

TIPO DE FRACTURA del maxilar inf. y herida del segmento mas-
toidea.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -
Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 43683

NOMBRE Nóe Ramírez Vargas EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 20/XII/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

97. ETIOLOGIA Golpe callejero

TIPO DE FRACTURA Fractura Paramentoniana

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -

Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 48831

NOMBRE Erasmus Batalla R. EDAD 32 años

SEXO masculino OCUPACION hojalatero FECHA 27/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

98. ETIOLOGIA Accidente automovilístico (Choque)

TIPO DE FRACTURA Mentoniana.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick y ligas in-

termaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 38090

NOMBRE Ignacio Herrera Molina EDAD 17 años

SEXO masculino OCUPACION obrero FECHA 5/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

99. ETIOLOGIA Lesión por choque

TIPO DE FRACTURA Fractura mandibular y huesos propios de na-
riz

TRATAMIENTO Arcos ferula de Erick y ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 44643

NOMBRE Juan Carlos Reyes EDAD 11 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 8/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

100. ETIOLOGIA _____

TIPO DE FRACTURA Contusión en mentón y herida en piel y mu-
cosa

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 44186

NOMBRE Julio Vargas Mendoza EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 10/XI/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

101. ETIOLOGIA _____

TIPO DE FRACTURA Fractura del malar derecho y fract. del pi-
so de orbita

TRATAMIENTO Inmovilización con tracción a cráneo.
Alambrado en forma de ocho

OPERACION Consultorio.

REG.No. 45337

NOMBRE María de lourdes Nava de Guzmán EDAD 22 años

SEXO femenino OCUPACION hogar FECHA _____

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

102. ETIOLOGIA _____

TIPO DE FRACTURA Luxación del condilo mandibular derecho

TRATAMIENTO Reducción y colocación de venda elástica.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 44899

NOMBRE Benjamín Hernández Hernández EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA _____

INSTITUCION "Hospital de Urgencias V.lla"

103. ETIOLOGIA Caida al piso al ser atropelado

TIPO DE FRACTURA Fractura Paramentoniana lado izq. y man-

dibular derecho

TRATAMIENTO Bajo anestecia general se hizo osteosíntesis y

colocación arcos férula de Erick con alambrado

OPERACION Quirófano.

REG.No. 45294

NOMBRE Rubén López Rodríguez EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 2/1/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

104. ETIOLOGIA Golpe

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula

TRATAMIENTO Bajo anestesia local se colocó arcos férula de

Erick y alambrado en ocho.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 2231

NOMBRE Juan Hernández López EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 21/I/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

105. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula

TRATAMIENTO Operación consultorio, colocación de arcos féru-
la de Erick, con ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 3263

NOMBRE Arturo Escamilla Franco EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 28/I/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

106. ETIOLOGIA atropelado por vehiculo

TIPO DE FRACTURA Fractura multiple de mandibula

TRATAMIENTO Bajo anestesia general se le practico osteosín-
tesis, y después colocación de arcos férula de -
Erick.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 3707

NOMBRE Alejandro Juárez Rodríguez EDAD 11 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 4/11/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

107. ETIOLOGIA _____

TIPO DE FRACTURA Fractura al caer de vehículo en movimiento.

Fractura paramentoniana

TRATAMIENTO Arcod ferula de Erick y alambrado en ocho

Osteosíntesis.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 4128

NOMBRE Flor de María Ojeda Aguayo EDAD 12 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 6/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

108. ETIOLOGIA Caida

TIPO DE FRACTURA Fractura mandibular

TRATAMIENTO Bajo anestecia local, se le colocó alambrado en

ocho y ligas intermaxilares.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 3984

NOMBRE Gerardo Hernández González EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 6/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

109. ETIOLOGIA Golpe

TIPO DE FRACTURA Fractura del ángulo mandibular izq.

TRATAMIENTO Bajo anestésico local, se le colocó arcos féru-
De Erick y Alambres Intraoseos

OPERACION Consultorio.

REG.No. 3569

NOMBRE Victor Badillo Manzo EDAD 22 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 6/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

110. ETIOLOGIA Riña callejera

TIPO DE FRACTURA Fractura del ángulo mandibular.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -
Erick. y ligas intermaxilares.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 4765

NOMBRE Roberto Díaz López EDAD 19 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 11/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

111. ETIOLOGIA _____

TIPO DE FRACTURA Fractura doble de mandibula.

TRATAMIENTO Osteosíntesis. Colocación de arcos férula de -

Erick y ligas interdientarias de hule.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 4793

NOMBRE Fidel Aguilar EDAD 22 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 12/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

112. ETIOLOGIA Traumatismo por golpe

TIPO DE FRACTURA Fractura del ángulo mandibular izq.

TRATAMIENTO Bajo anestésico local se coloca arcos férula de

Erick y ligas interoseas. Osteosíntesis.

OPERACION Quirófano.

REG.No. 4788

NOMBRE Antonio Pacheco A. EDAD 34 años

SEXO masculino OCUPACION empleado FECHA 12/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

113. ETIOLOGIA Herida por arma de fuego

TIPO DE FRACTURA Fr. conminuta, cuerpo mandibular der, y Le-
for l.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick. Tracción-
a craneo.

OPERACION Consultorio.

REG.No. 5010

NOMBRE Miguel Díaz Díaz EDAD 37 años

SEXO masculino OCUPACION obrero FECHA 13/II/80

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

114. ETIOLOGIA Caida

TIPO DE FRACTURA _____

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick con ligas -
intermaxilares.

OPERACION Consultorio

REG.No. 11259

NOMBRE Javier Martínez Ovalle EDAD 18 años

SEXO masculino OCUPACION estudiante FECHA 30/III/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

115. ETIOLOGIA Accidente por carro

TRATAMIENTO Ferula superior e inferior, alambrado en 8 y ligas intermaxilares.

TIPO DE FRACTURA Lefort y doble de mandibula

OPERACION Consultorio.

REG.No. 11537

NOMBRE Alejandro Espejel Camacho EDAD 21 años

SEXO masculino OCUPACION Estudiante FECHA 1/IV/79

INSTITUCION "Hospital de Urgencias Villa"

116. ETIOLOGIA Riña

TIPO DE FRACTURA Fractura Paramentoniana de la rama ascendente derecha.

TRATAMIENTO Colocación de arcos férula de Erick, y alambre intermaxilar.

OPERACION Consultorio.

2.- FRECUENCIA DE LAS FRACTURAS MAXILARES Y MANDIBULARES

Se obtuvo a través de un estudio de seis meses en el Hospital del Departamento del D.F. (Urgencias Villa), situado en la calzada de San Juan de Aragón delegación Gustavo A. Madero.

Los pacientes fueron vistos en el servicio de cirugía-Maxilofacial del mismo hospital, éstos pacientes eran de consulta interna y externa, los datos fueron obtenidos por Historias Clínicas y observación directa con el paciente.

Se estudiaron 116 casos, en un lapso de seis meses.

ETIOLOGIA.

Se obtuvo tomando en cuenta el número de pacientes tratados, y fué dividida en dos partes: Etiología Traumática y Etiología Patológica.

Los 116 casos fueron de Etiología Traumática y cero -- patológicas, ver grafica No. 1.

GOLPE.....	45	%
CHOQUE.....	34	%
CAIDA.....	25	%
ARMA DE FUEGO.....	7	%
EXTRACCION O LUXACION..	5	%

Según los datos arriba mencionados, los 116 casos vis-

tos fueron de Etiología traumática y el porcentaje más alto - fue por GOLPE y el porcentaje más bajo fue por EXTRACCION O - LUXACION.

SEXO.-

La frecuencia del sexo se obtuvo también con los 116 - pasientes y se puede observar que tuvo mayor preponderancia o dominio el sexo masculino, con un 93% y un 23 por ciento en el sexo femenino.

Ver gráfica No. 2.

EDAD.

El estudio se hace tomando como base los 116 casos, -- los cuales fueron divididos en periodos de 10 años para una - mejor clasificación.

1 a 15 años.....	10 %
16 a 25 "	62 %
26 a 35 "	22 %
36 a 45 "	15 %
46 a 55 "	4 %
56 a 65 "	2 %
66 a 75 "	1 %

Se resume que el porcentaje de fracturas maxilomandibulares fue de los 16 a los 25 años y la más baja de los 66 a -

los 75 años.

Ver gráfica No. 3

OCUPACION.

De los 116 pacientes tratados eran de ocupación diversa de los cuales se hizo clasificación para obtener los siguientes datos:

PROFESIONISTAS.....	2 %
AMAS DE CASA.....	2 %
EMPLEADOS.....	11 %
OBREROS.....	43 %
ESTUDIANTES.....	58 %

La frecuencia más alta en relación a su profesión la tienen los estudiantes con un 58 %, siguiendole los obreros con un 43 %.

Ver gráfica No. 4

TIPO DE FRACTURA MAXILOFACIALES.

Las fracturas maxilofaciales se clasificaron tomando en cuenta la situación de la fractura, así como del trazo de la misma.

Para su clasificación las dividimos en: 1) Maxilares - 2) Mandibulares y 3) Faciales.

LEFORT 1.....	1 %
LEFORT 2.....	4 %
LEFORT 3.....	2 %
ANGULO MANDIBULAR.....	18 %
CUERPO MANDIBULAR.....	13 %
MENTONIANA.....	10 %
PARAMENTONIANA.....	13 %
DOBLE DE MANDIBULA.....	17 %
CONDILO MANDIBULAR.....	4 %
RAMA ASCENDENTE.....	7 %
MALAR.....	8 %
REBORDE ALVEOLAR.....	6 %
DESPLAZAMIENTO DE MANDIBULA Y CONDILO.....	15 %
ARCO SIGOMATICO.....	1 %
BILATERAL DE MANDIBULA DE LA RAMA Y CUELLO DE CONDILO.	1 %

Ver gráfica No. 5.

OPERACION.

Las operaciones en el hospital practicadas a los pa- -
cientes fueron: Operación Quirofano, Operación Consultorio.

Las Operaciones Consultorio se llevan a caso en el con-
sultorio de Cirugía Maxilofacial, las fracturas tratadas son-
favorables sin desplazamiento, en cuanto a ellas se refiere.

Las Operaciones Quirófono fueron por lo regular Osteo-

síntesis en las cuales se requiere anestesia general.

Las reducciones de fracturas practicadas en el consultorio fueron de reducción cerrada y con arcos férula de Erick y alambrado intermaxilar y las operaciones en el quirófano -- fueron con osteosíntesis siendo reducción abierta, con arcos-férula de Erick y ligadura intermaxilar.

OPERACION QUIROFANO..... 41 %

OPERACION CONSULTORIO..... 75 %

Ver gráfica No. 6.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de las fracturas maxilofaciales en lo que se refiere a la reducción, fijación e inmovilización se llevo a cavo con:

1) OSTEOSÍNTESIS CON ARCOS FERULA DE ERICK..... 36 %

2) REDUCCION CON ARCOS FERULA DE ERICK.....

(REDUCCION CERRADA) 40 %

3) TRACCION A CRANEO..... 15 %

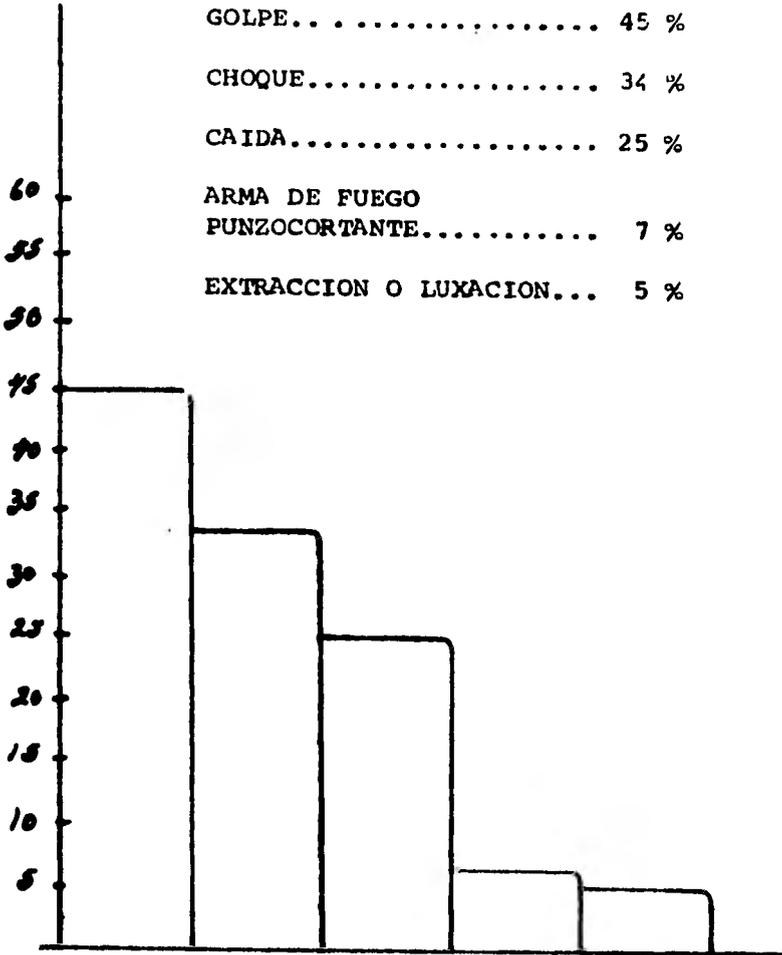
4) ALAMBRADO EN FORMA DE OCHO (REDUCCION CERRADA)..... 14 %

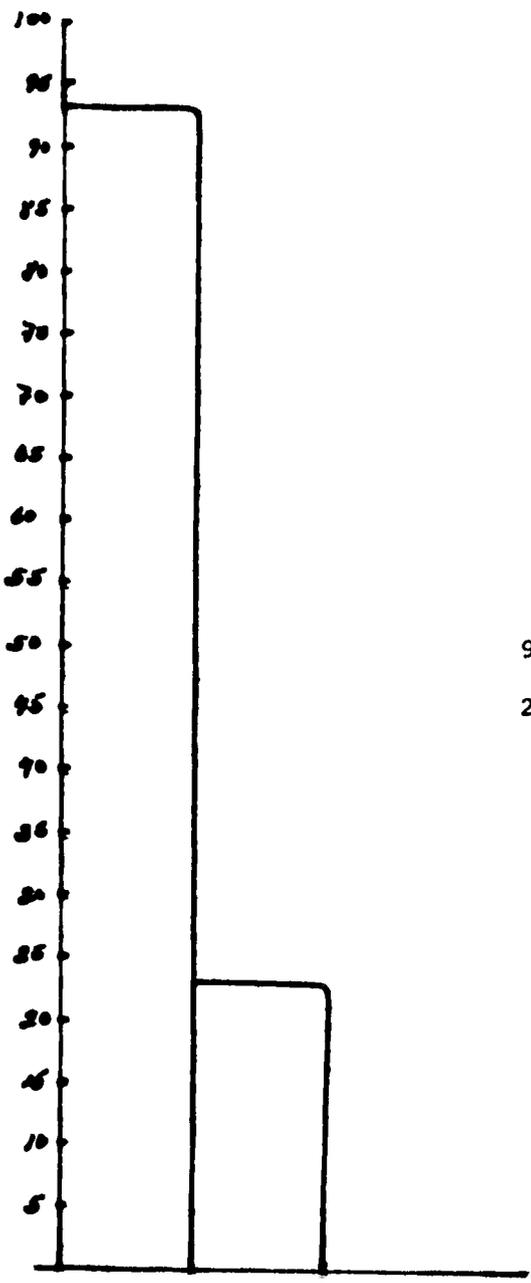
5) VENDA ELASTICA..... 11 %

Ver gráfica No. 7

GRAFICA No. 1

E T I O L O G I A





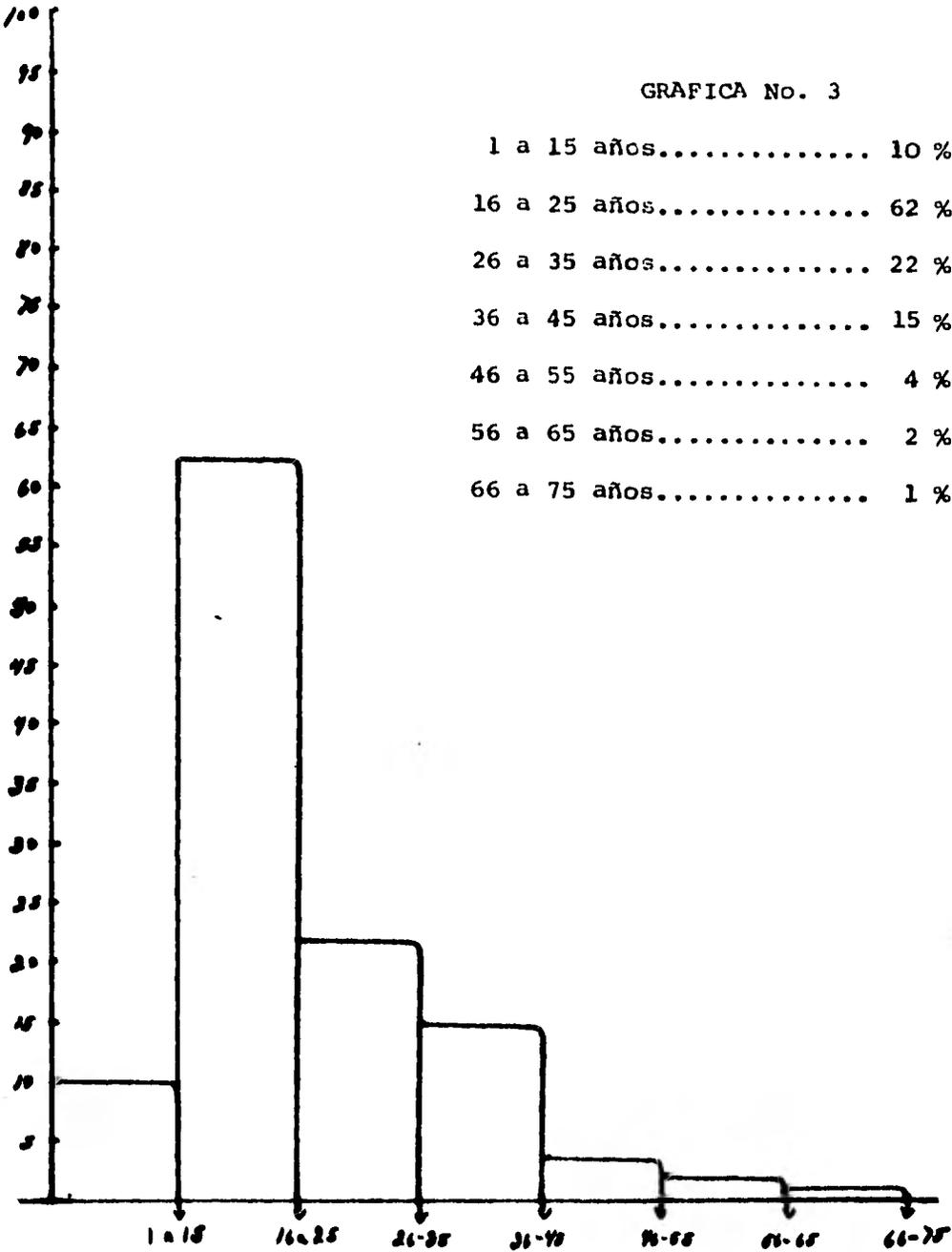
GRAFICA No. 2

93 % MASCULINO

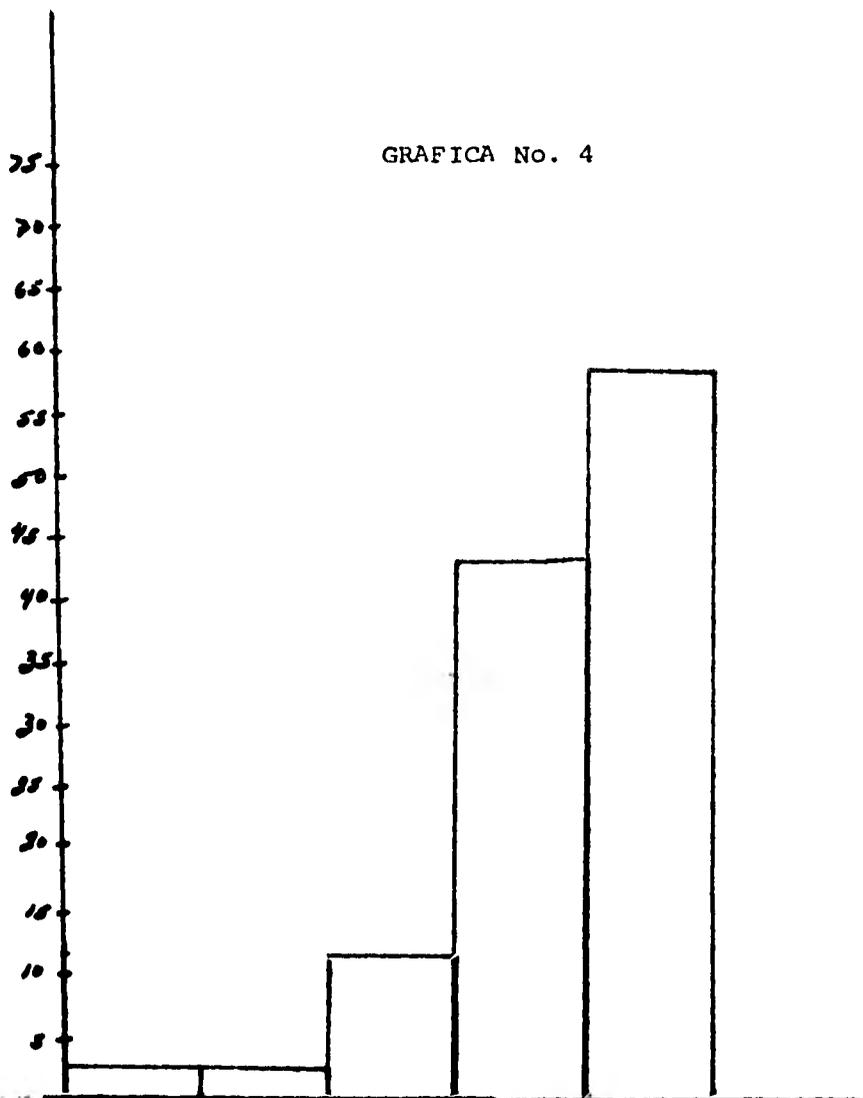
23 % FEMENINO

GRAFICA No. 3

1 a 15 años.....	10 %
16 a 25 años.....	62 %
26 a 35 años.....	22 %
36 a 45 años.....	15 %
46 a 55 años.....	4 %
56 a 65 años.....	2 %
66 a 75 años.....	1 %



GRAFICA No. 4



O C U P A C I O N

2 % PROFESIONISTAS

2 % AMAS DE CASA

11 % EMPLEADOS

43 % OBREROS

58 % ESTUDIANTES.

GRAFICA No. 5

LEFORT 1

LEFORT 2

LEFORT 3

ANGULO MANDIBULAR

CUERPO MANDIBULAR

MENTONIANA

PARAMENTONIANA

DOBLE DE MANDIBULA

CONDILO MANDIBULAR

RAMA ASCENDENTE

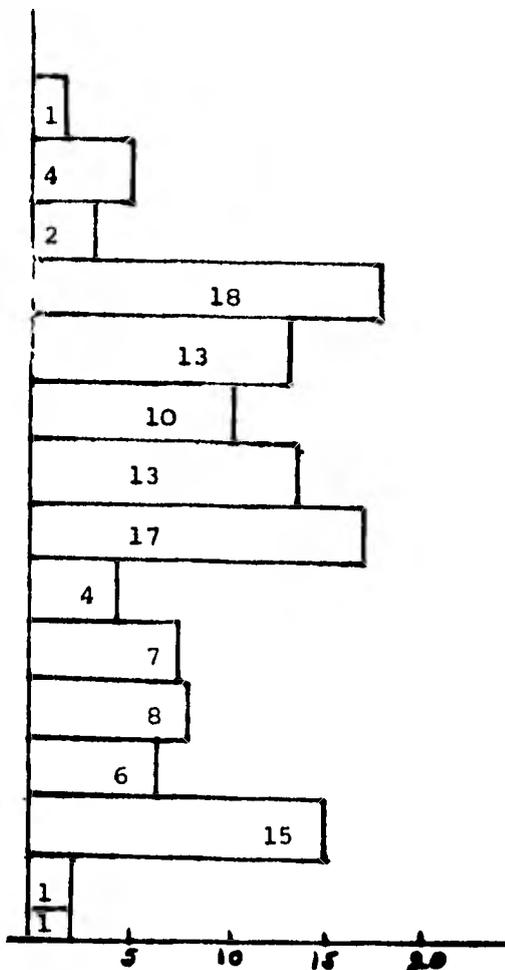
MALAR

REBORDE ALVEOLAR

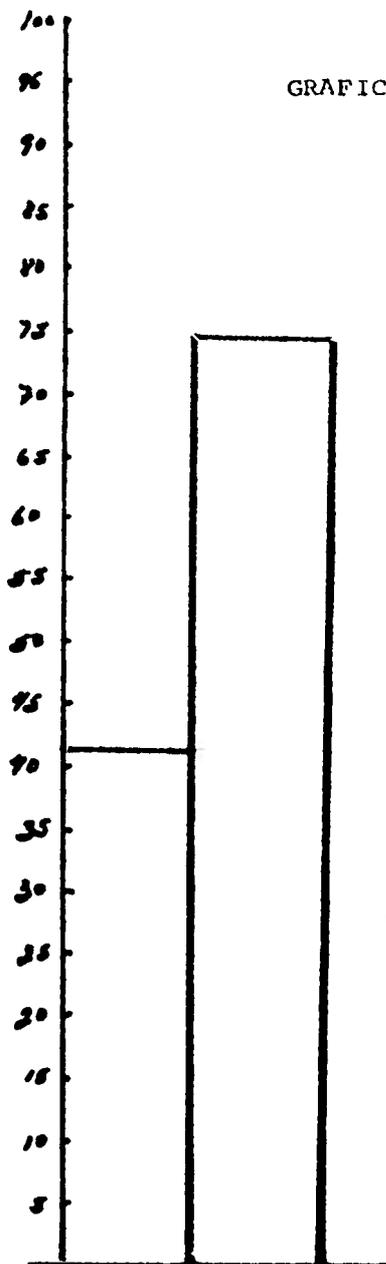
DESPLAZAMIENTO DE MANDIBULA Y CONDILO..

ARCO SIGOMATICO

BILATERAL DE MANDIBULA DE LA RAMA Y CUE
LLO DE CONDILO.



GRAFICA No. 6



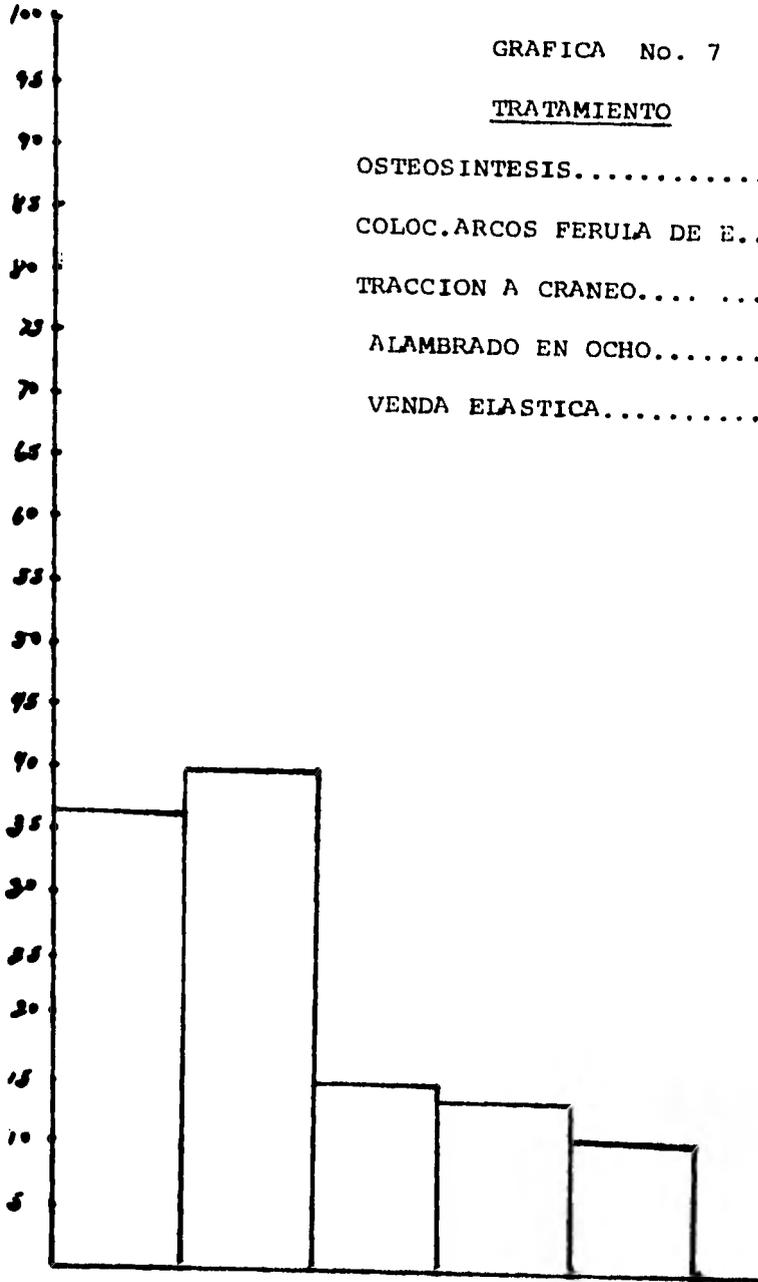
OPERACIONES QUIROFANO 41 %

OPERACIONES CONSULTORIO 75 %

GRAFICA No. 7

TRATAMIENTO

OSTEOSINTESIS.....	36 %
COLOC.ARCOS FERULA DE E.....	40 %
TRACCION A CRANEO....	15 %
ALAMBRADO EN OCHO.....	14 %
VENDA ELASTICA.....	11 %



C O N C L U S I O N . -

El número de operaciones bucales que se realizan en los hospitales en pacientes admitidos únicamente para éste propósito aumenta con rapidez.

Se reconoce ya que la cirugía extensa de la cavidad bucal como es la reducción abierta o cerrada de los huesos faciales, la corrección y malformación de los huesos de los maxilares, etc., es una cirugía mayor como cualquier operación de cabeza, cuello, nariz o garganta.

Esto es particularmente cierto cuando tales operaciones se realizan con anestesia general. La cirugía bucal prolongada con anestesia general debe realizarse en un hospital donde el paciente pueda recibir un preanestésico correcto y un tratamiento adecuado, preoperatorio y posoperatorio; así como medidas adecuadas para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente.

Por lo que se refiere al Cirujano dentista como parte integrante de la profesión médica, debemos estar capacitados y con los conocimientos necesarios para poder diagnosticar una fractura de mandíbula o de maxilar, así como efectuar la reducción.

El paciente acude con nosotros con un antecedente traumático para revisarle la boca, diciendo que tiene un dolor, --

pensando que tal vez sea una pieza dentaria lo que le ocasiona dicho problema. Es éste el momento cuando el cirujano dentista debe hacer uso de sus conocimientos y de su juicio personal para determinar si puede o no efectuar la reducción de la fractura y si tiene o no el instrumental y aparatos adecuados para efectuar la intervención en su consultorio o canalizarlo a un centro especializado.

Encontramos que el mayor número de fracturas es en pacientes jóvenes del sexo masculino, debido a su inquietud y a sus juegos que practican sin olvidar los pleitos callejeros. Por eso se comprueba que hay mayor índice de fracturas mandibulares los cuales fueron tratados generalmente con arcos férula de Erick y ligaduras intermaxilares.

Los conocimientos que nosotros adquirimos en la facultad los confirmamos dentro del hospital y podemos decir que para el odontólogo, sería muy bueno estar en contacto con centros hospitalarios, ya que tenemos los conocimientos pero no la práctica de estos casos que tratamos en nuestra tesis. Pero si debieramos tener la obligación de hacer un diagnóstico de presunción ya que cuanto antes se reduzca una fractura mejor será en resultado final.

MANUAL DE CIRUGIA

Wilson L. John

Editorial Manuel Moderno

Tercera Edición

Año 1975

CIRUGIA BUCAL

Archer, Harry W.

Tomo I y II

Editorial Mundi

Año 1974

**ATLAS DE TECNICA OPERATORIA EN CIRUGIA ESTOMATOLOGICA-
Y MAXILOFACIAL**

Ginestet

Editorial Mundi

Año 1967

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

Guralnick C. Walter

Editorial Salvat Editores, S.A.

Año 1971