

Técnica del Gancho de Ginestet en el tratamiento de las fracturas del componente cigomático / maxilar

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO "FAUSTINO PÉREZ".

Revista Médica Electrónica.2008;30(6)

Técnica del Gancho de Ginestet en el tratamiento de las fracturas del componente cigomático-maxilar.

Ginestet hook technique in the treatment of the component zygomatic-maxilla fracture.

AUTORES

[Dr. Jorge Hernández González.\(1\)](#)

Dr. Roberto Bello Fuentes.(2)

(1)Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo-Facial.Profesor Asistente.Hospital Clínico-Quirúrgico Universitario "Faustino Pérez".

(2) Estomatólogo General. Clínica Docente Estomatológica.Municipio Limonar.

RESUMEN

Las fracturas del esqueleto facial constituyen un pilar fundamental dentro del contenido de trabajo de la Cirugía Máxilo Facial, existiendo varias técnicas quirúrgicas para lograr un restablecimiento funcional y estético de los lesionados en corto periodo. Con el propósito de demostrar la eficacia de la técnica de Gancho de Ginestet en el tratamiento de las fracturas del componente Cigomático-Maxilar, se revisaron las historias clínicas de 380 pacientes con el diagnóstico de fractura del componente Cigomático- Maxilar ingresados en el Hospital Universitario "Faustino Pérez" de Matanzas, en el período comprendido entre los años 1996–2006, tratados con diferentes técnicas quirúrgicas. Se analizaron los resultados estéticos y funcionales, la estadía general y post operatoria, así como las complicaciones presentadas.

Se comprobó que el Gancho de Ginestet fue la técnica quirúrgica más utilizada, con ella se obtuvieron los mejores resultados y con menor tiempo de estadía y complicaciones. Se recomienda continuar utilizando esta técnica y generalizarla a otros hospitales.

DeCS

**FRACTURAS CIGOMÁTICAS/cirugía
FIJACIÓN DE FRACTURA/métodos
HUMANOS
ADULTO**

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del esqueleto facial constituyen un pilar fundamental dentro del contenido de trabajo de la Cirugía Máxilo Facial y con el transcurso de los años ha aumentado considerablemente.

Dentro de éstas, las fracturas del componente Cigomático Maxilar ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia existiendo varias técnicas quirúrgicas para lograr un restablecimiento funcional y estético de los lesionados en corto período, teniendo preferencia los métodos más simples, rápidos y eficaces.(1) En la literatura universal aparece escasa información sobre el resultado del tratamiento de estas fracturas por la Técnica del Gancho de Ginestet, y es por ello que nos decidimos a realizar el presente trabajo. (2-3)

En la utilización de esta técnica (casi exclusiva para el arco cigomático) introducimos a través de la piel (vía percutánea) por debajo del borde inferior del cigoma fracturado, el Gancho de Ginestet, practicando una fuerte tracción hacia delante y también hacia arriba y los dedos de la otra mano justificarán la recolocación del malar en su posición.(4) Nosotros preferimos esta técnica para la mayoría de las fracturas del cigoma. Es un método sin complicaciones, rápido, efectivo y no produce cicatrices.(5) Nos propusimos evaluar los diferentes tratamientos quirúrgicos empleados en pacientes con fracturas cigomático-maxilares, ingresados en el Servicio de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital Universitario Faustino Pérez, Matanzas, 1996 al 2006. También determinar la frecuencia con que se emplearon las diferentes técnicas quirúrgicas en el tratamiento de las fracturas del Componente Cigomático Maxilar, al igual que comparar los resultados estéticos, funcionales y la estadía hospitalaria en los pacientes tratados con la técnica del Gancho de Ginestet con los que recibieron otras técnicas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo para evaluar las técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de Fractura del Componente Cigomático Maxilar. Universo y muestra: 380 pacientes ingresados en el Hospital Universitario "Faustino Pérez" de Matanzas, durante los años 1996–2006. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para las diferencias entre variables se utilizó el chi cuadrado, se consideró resultados estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$. Los resultados se muestran en gráficos y tablas.

RESULTADOS

Tabla No. 1
Frecuencia de diferentes técnicas quirúrgicas.

Técnicas	No. de Casos	%
Técnica de Ginestet	203	53.42
Técnica de Guillies	77	20.26
Otras Técnicas	56	14.73
No requiere tratamiento	44	11.59
Total	380	100

La Técnica de Ginestet, dentro de los procesos quirúrgicos únicos, fue la más empleada en la reducción de la fractura cigomático-malar, en los 380 pacientes estudiados. (6-7)

Tabla No.2
Resultados positivos de las diferentes técnicas quirúrgicas.

Técnica	Buenos	%	Malos	%	Afectación
Técnica de Ginestet	201	99	2	1.00	Aplanamiento ligero de la mejilla.
Técnica de Guillies	72	94.80	5	5.20	Aplanamiento ligero de la mejilla y uno con escalón óseo.
Otras Técnicas	50	89.31	6	10.69	3 hundimiento de la mejilla

CHI CUADRADO = 13.02 $p < 0,05$

Tabla No.3
Estadía promedio total y post operatoria según diferentes técnicas.

Técnica	Estadía	Estadía post Operato.
Gancho de Ginestet	3	1
Técnica de Guillies	8	5
Otras Técnicas	9	6

La Técnica de Ginestet ofrece una serie de ventajas:

Se puede realizar en el propio cuerpo de guardia.

La disminución del tiempo quirúrgico que oscila entre 5 y 10 minutos.

Se puede efectuar bajo anestesia local.(7)

El postoperatorio puede ser de forma ambulatoria y la incorporación laboral en pocos días. (8-10)

Técnicas más utilizadas en los tratamientos de las fracturas:

Técnica de Ginestet.

Vía de acceso percutánea, en la cual el operador utiliza un instrumento en forma de gancho (Gancho de Ginestet), introduciendo su punta a través de los tegumentos, en un punto que entrecruza la línea imaginaria que va del ala nasal-tragus y la línea que pasa desde el canto externo del ojo a la comisura bucal y por tracción se lleva el malar a la posición deseada.(2)

Técnica de Digman.

Se emplea cuando es necesario la fijación de la fractura con material de osteosíntesis directo en el foco de fractura, por la inestabilidad de los fragmentos.

Se puede realizar una incisión en la cola de ceja, se expone el sitio de la fractura (sutura fronto-cigomática) y después de la elevación del hueso malar se hacen orificios a 6 mm de los extremos fracturados pudiéndose emplear miniplacas, microplacas o alambre de acero inoxidable para unir los fragmentos óseos. Se puede emplear una incisión a nivel del párpado inferior exponiendo el foco de fractura donde se realizan agujeros en cada extremo óseo y se unen de la misma manera. (2)

Técnica de Guillies.

Vía de acceso a través de una incisión en la región temporal con una angulación de 45 grados con respecto al plano horizontal de la arcada cigomática. Se descubre la fascie temporal y entre ésta y el músculo del mismo nombre se introduce un elevador a fin de que la punta pase por debajo del hueso desplazado y por tracción se reduce la fractura. (2)

Técnica de Lotrop.

Vía de acceso al seno maxilar a través de una incisión en la cavidad bucal, específicamente el surco vestibular superior, se decola hasta visualizar la pared anterior del seno donde se realiza una ventana ósea teniendo acceso así al seno maxilar. Se procede, después de una limpieza minuciosa del seno, a rellenarlo con una tira de gasa yodoformada o con pomada antibiótica o colocación de sonda de Foley que se rellena con aire y sustancia de contraste. De esta manera se le brinda sostén al piso orbitario fragmentado o a una fractura continua del malar. Se retira la sonda entre los 7-10 días. (2)

Clasificación de las fracturas empleada actualmente por el Grupo Nacional de Cirugía Maxilo Facial.

Tipo I. Fractura malar sin desplazamiento. No requiere tratamiento.

Tipo II. Fractura pura de arco cigomático.

Tipo III. Fractura malar desplazada sin signos oftalmológicos de importancia.

Tipo IV. Fractura con desplazamiento malar, con lesión importante de las paredes de la órbita y signos oftalmológicos.(6)

Otras clasificaciones.

Clasificación de Knight y North en 1961. (Según el tipo de desplazamiento)

Clasificación de Manson en 1990. (Según el grado de segmentación y desplazamiento del malar)

Clasificación de J. Chin en el 2000. (Según la deformidad de la fractura)

Los signos clínicos que pueden estar involucrados en la fractura.

Edema en los tejidos blandos adyacentes involucrados.

Dificultad en la apertura bucal y maloclusión.

Hipoestesia que incluye mejilla, párpado inferior y fosas nasales del mismo lado.

Equimosis periorbitaria y suconjuntival.

Diplopia, enfisema subcutáneo y hematoma.
Epistaxis, enoftalmos, deformidad del arco y aplanamiento de la eminencia malar.(7)

CONCLUSIONES

En nuestro estudio La Técnica de Ginestet fue la más utilizada y con la que se obtuvo los mejores resultados estéticos y funcionales para el paciente y con la menos estadía hospitalaria.

RECOMENDACIONES

Continuar los estudios sobre la Técnica de Ginestet en los diferentes tipos de fracturas del componente cigomático maxilar.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lida S, Matrulla T. Pediatric maxillofacial fractures: Their etiological characters and fracture patterns. *J Craneomaxillofac Surg.* 2002; 30 (4): 237-41.
- 2- Infante Cassio P, García Perla A, Infante Cassio M, Mayora Jimenes F, Espín Gálvez F. Fracturas del tercio medio facial que implica la orbita. Estudio retrospectivo de 208 fracturas en 163 pacientes. *Rev Secom.* 1999; 21(1):70-2.
- 3- Ahmed Salaymed E. Fracturas del hueso malar en pacientes tratados en el Hospital Calixto García. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer grado de Cirugía Maxilo Facial. Ciudad de La Habana; 2003.
- 4- Rehman K, Edmonton H. The causes and consequences of maxillofacial injuries in elderly people. *Serodontology.* 2002;19 (1):60-4.
- 5- Freund M, Hahnel S, Sartor K. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of orbital floor fracture. *Eur Radiol.* 2002;12(5):1123-23.
- 6- Mommaerts My. A novel osteosynthesis plate design for routine corrective facial surgery. *J Craniofac Surg.* 2002;13 (4): 585-94, 596-6.
- 7- Fasola AO, Obiechina AE, Arotiba JT. Zygomatic complex fractures at the university College Hospital, Ibadan, Nigeria. *East Afr Med J.* 2002; 79 (3): 137-9.
- 8-Cavalcati Albuquerque MA. Contribucao ao estudo das fracturas do complexo zigomatico e reconstrucao do assoalho orbital. Rio de Janeiro; 2002.p. 115.
- 9-Bataineh AB. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the North of Jordan. *Oral Surg.* 2003;86 (1): 31-5.
- 10-Ahmed Salaymed E. Fracturas del hueso malar en pacientes tratados en el Hospital Calixto García. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer grado de Cirugía Maxilo Facial. Ciudad de La Habana; 2003

SUMMARY

The fractures of the facial skeleton constitute a fundamental column inside the work content of the Maxilla.Facial Surgery, existing different surgery techniques to obtain a functional and aesthetical re-establishment of the injuries in a short period of time. With the purpose to demonstrate the efficiency of this technique, the Clinic History of 380 patients were reviewed in the University Hospital " Faustino Pérez" from Matanzas in the period between the years of 1996-2006, which were treated with different surgical techniques. The aesthetical and functional results were analyzed, the general training and post surgery and the complications presented. It was proved that the most used technique was the Ginestet Hook one, the best results were obtained with it. It is recommended to keep using this technique and to take it to other hospitals.

MeSH

ZYGOMATIC FRACTURES/surgery
FRACTURE FIXATION/methods
HUMANS
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández González J, Bello Fuentes R. Técnica del Gancho de Ginestet en el tratamiento de las fracturas del componente cigomático-maxilar. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(6).Disponible en URL:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/tema10.htm>. [consulta: fecha de acceso]