

**Medicentro 1998;2(3)****CARTA AL EDITOR****HOSPITAL PROVINCIAL CLINICOQUIRÚRGICO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA****UTILIZACIÓN DEL EXTREMO POSTERIOR DE LA SONDA FOLEY EN EL  
TRATAMIENTO DE FRACTURAS MALARES**

Por:

Dr. Rubén Rodríguez Jiménez<sup>1</sup>, Dr. Luis Medina Vega<sup>2</sup> y Dra. Ana Gloria Cabrera<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Docente "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Docente "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
3. Residente de 2do. Año de Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Docente "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.

**Señor Editor:**

En los últimos años las fracturas cigomáticas han experimentado un considerable aumento en cantidad y complejidad de las lesiones, a causa, fundamentalmente, del incremento de la motorización y la velocidad de los automóviles<sup>1,2</sup>. Debido a ello, y a las limitaciones económicas por las que atraviesa el país, hemos tratado de buscar nuevas técnicas y orientaciones quirúrgicas para lograr, no sólo resultados estéticos y funcionales favorables, sino también una alternativa de ahorro para nuestra economía.

En nuestro servicio, en un considerable número de fracturas cigomáticas, se emplea la técnica de reducción endosinusal o de Lothrop (1906), en la que se utiliza el balón de la sonda Foley en seno maxilar como medio de contención mediante la técnica de Jaraba (1959)<sup>1,3-5</sup>. El balón se encuentra en uno de los extremos de la sonda, y su capacidad varía, de acuerdo con el calibre de la misma, desde 5 cc hasta 30 cc.

Las sondas que poseen balón con capacidad de 5, 10 ó 15 cc tienen como inconveniente que dicha capacidad es inferior a la del seno maxilar ( que es aproximadamente de 30 cc)<sup>6</sup>, por lo que en muchas ocasiones éstos tienen tendencia a estallar cuando se intenta administrar más de lo que admiten, y pierden su función de contención, con el consiguiente fracaso de la operación. Las sondas más recomendadas son las que tienen balón con capacidad para 30 cc, pero actualmente su existencia es deficitaria, y los balones no están exentos del riesgo de estallamiento, ya que sus paredes se afinan a medida que se insufla. El resto de la sonda se desecha, después de ser utilizada por el extremo que tiene el balón. De esta porción, hasta ahora no útil, surge nuestra propuesta, mediante la cual es posible utilizar sondas Foley de cualquier calibre, independientemente de la

capacidad del balón, incluso las que se desechaban por carecer del mismo. De esta forma se crea uno de mayor capacidad (más de 60 cc) y con unas paredes más gruesas y resistentes al estallamiento.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

Se toma una sonda Foley, de cualquier calibre, cuyo balón se haya usado o desechado. Por el otro extremo se le corta una o más ramas laterales. Un ayudante tensa con sus manos el extremo final de la rama principal, y el cirujano procede a ligar el mismo, mientras se mantiene tensado, con un material no reabsorbible y resistente, preferiblemente de grosor 0 ó 1. Esta ligadura se realiza lo más posible hacia el extremo, para no restarle capacidad al futuro balón. Esta porción de la sonda se coloca dentro del seno maxilar, de la misma forma en que se procede con una sonda Foley y su balón original: Por el extremo que queda libre se insufla líquido por el conducto principal; se evita el reflujo del mismo manteniendo la sonda pinzada mientras se recarga la jeringuilla, si es necesario.

Se insufla la cantidad de líquido requerida para mantener el hueso cigomático recolocado en su posición, se liga la sonda de la forma convencional y se fija en el fondo del surco vestibular a nivel de bicúspides del lado contrario; luego se retira como está establecido para las sondas originales.

Este procedimiento representa un considerable ahorro de las sondas utilizadas en nuestra especialidad, ya que se recupera el extremo posterior de las que se usan (con balón de 30 cc). También son útiles aquellas sondas que tienen el balón inutilizado por estallamiento u otra causa, o son de una capacidad inferior a los 30 cc. Además, el nuevo balón brinda mayor seguridad porque posee más capacidad y paredes más gruesas y resistentes, por lo que disminuye considerablemente el riesgo de estallamiento. Hemos podido comprobar que no ha existido estallamiento del balón en ninguno de lo más de 20 pacientes operados con esta técnica, y los resultados estéticos y funcionales han sido considerablemente favorables.

Además, fue posible eliminar la hipercorrección del cigoma a los pacientes que la presentaron en el postoperatorio inmediato, pues mediante una jeringuilla se puede puncionar el extremo fijado al surco vestibular, por delante de la ligadura, y extraer líquido sin inutilizar el balón.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Díaz Fernández JM. Análisis de 520 fracturas cigomáticas : I parte. Rev Cubana Estomatol 1989;26(4):302-316.
2. Díaz Fernández JM, Tamayo Castillo JA. Morbilidad de urgencia en cirugía máxilo-facial. I parte. Rev Cubana Estomatol 1993;30(2):90-96.
3. Kruger G. Cirugía buco-máxilo-facial. La Habana : Ed Científico-Técnica, 1982:381.
4. Coiffman F. Texto de cirugía plástica reconstructiva y estética. La Habana : Ed Científico-Técnica, 1986:366.
5. Chvang R, Leonard BK. Fractures of the zygomatic complex. J Díaz Fernández JM, Tamayo Castillo JA. Morbilidad de Oral Maxillofac Sur 1986;44(6):283.
6. Díaz Fernández JM. Análisis de 520 fracturas cigomáticas: I parte. Rev Cubana Estomatol 1989;26(4):302-316.
7. Paparella MM, Shumrick DA. Otorrinolaringología : ciencias básicas y disciplinas afines. La Habana: Ed Científico-Técnica,1982:1010.