

TRAUMA MAXILOFACIAL EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA DE ENERO DE 2000 A ENERO DE 2005

Angulo T, Díaz D, López M, Téllez I [1]
Calvache L[2]
Esquivel D[3]
Sánchez F[4]
Pachon M[5]

Área: Cirugía Maxilofacial, Categoría: Pregrado, Modalidad: Oral.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la etiología, prevalencia y manejo del trauma Maxilofacial en la Fundación Hospital de la Misericordia en una población de 0 a 18 años en un periodo de tiempo de enero de 2000 a enero de 2005.
Método: se realizo un tipo de estudio descriptivo transversal donde se utilizo una muestra de 50 historias clínicas de pacientes pediátricos en la Fundación Hospital de la Misericordia, donde por medio del instrumento de recolección de datos se tomaron los más relevantes como género, edad, etiología, tipo de fractura y tratamiento,
Resultados: Se encontró en la Fundación Hospital de la Misericordia, 50 historias clínicas que presentan trauma maxilofacial. de las cuales el 70% corresponden al genero masculino y el 30% al genero femenino en edades mas frecuentes de 0 a 5 años, donde la etiología mas común es accidentes de transito con un 42%, localización en arco cigomático del tercio medio facial con un 15.4%, atención prestada por el cirujano maxilofacial con un 32.6% e intervención realizada observación con un 32%.
Conclusiones: El trauma maxilofacial debe ser atendido en todos los sistemas de urgencias del país, la atención primaria debe ser realizada por un odontologo general o un especialista. Su principal causa es por accidentes de transito, la localización más común a nivel del tercio medio de la cara es en el arco cigomatico y a nivel mandibular se encuentra un intervalo igual entre rama, cuerpo, y sínfisis. El especialista que maneja este tipo de trauma es el cirujano maxilofacial.
PALABRAS CLAVES: Trauma Maxilofacial, Medios diagnósticos, intervención quirúrgica, fracturas tercio medio de cara, fracturas mandibulares.

ABSTRACT

Objective: Setermine the etiology, prevalence and handling of the maxillofacial trauma in the foundation "Hospital de la Misericordia" in a population of a 0 at 18 years in a period of time of 2000 at January of 2005.
Method :to made a type of descriptive transverse study where to utilized a sample of fifty clinical history of pediatrics patients in the foundation "Hospital de la Misericordia" where for middle of the instrument of collecting dates, to take the most relevant like a kind, age, etiology, type of fracture and treatment.
Results there was found in Fundación Hospital de la Misericordia 50 clinical histories with maxillofacial trauma, 70% correspond to males and 30% to females, between the most frequent ages 0 to 5 years old.
The most frequent etiology is car accidents with a 42%. With a 15.4% the localization most frequently seen is zygomatic bone arch in the middle face.
Among all the cases 32.6% were managed by the maxillofacial surgeon and 32% the intervention made was only observation.
Conclusions: Maxillofacial trauma must be attended in all emergency Rooms in the country and the primary care must be done by a general dentistry or specialist. The leading cause is car accident and the most frequent localization is in the middle face in the zigomatic bone. In the Mandible there is same interval among the ramus of mandible, body of mandible and sinfisis. The special who deal with this type of trauma is the maxillofacial surgeon.
KEY WORKS: Maxillofacial trauma, fractures Mandible, fractures Miiddle face, diagnostic medios.

[1]Estudiantes de Odontología del Colegio Odontológico Colombiano, Bogotá D.C. Colombia.
[2] Cirujano Maxilofacial, Docente Colegio Odontológico Colombiano. Asesor Científico Interno.
[3] Cirujano Maxilofacial. Docente Universidad Nacional de Colombia. Asesor Científico Externo.
[4]Odontologo Colegio Odontológico Colombiano.DocenteColegioOdontológicColombiano.Asesor Metodológico.
[5]Especialista en Bioestadística.

INTRODUCCIÓN

El trauma maxilofacial como rama de la cirugía explica la etiología, evolución y manejo interdisciplinario por parte de los profesionales capacitados a pacientes pediátricos de 0 a 18 años en el periodo de tiempo de enero del 2000 al 2005.

A pesar de que los signos y síntomas de fracturas en los niños son semejantes a las de los adultos, existen una serie de consideraciones especiales a tener en cuenta: Los huesos de los niños sueldan rápidamente, la mala unión de estos puede causar defectos estéticos y funcionales, a demás en los niños las estructuras blandas y elásticas de los maxilares permiten soportar un fuerte golpe sin que se produzca la fractura.

Las principales causas del trauma maxilofacial encontradas son accidentes de transito, por recreación y deporte, caídas de su propia altura, caídas en altura entre otros.

Con respecto al tratamiento deben utilizarse técnicas sencillas, para la fijación de fragmentos óseos buscando un buen resultado, evitando la interferencia en el desarrollo y crecimiento del niño.

El principio general en el manejo es la reducción e inmovilización teniendo presente que los dientes deciduos no dan un soporte para una adecuada inmovilización, siendo en ocasiones necesario reforzarla con fijación.

El propósito de este estudio es establecer un recuento estadístico actualizado sobre la etiología evolución y tratamiento de cada uno de los casos que se presentan en niños y adolescentes de 0 a 18 años con trauma maxilofacial atendidos en el Hospital de la Misericordia en un periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2000 a Enero de 2005.

Es por esto que uno de los institutos reconocidos y capacitados como la Fundación Hospital de la Misericordia brinda un excelente servicio a los pacientes con trauma Maxilofacial en la población infantil.

Y es para nosotros como odontólogos fundamental saber el manejo adecuado para cada uno de los diferentes traumatismos de la región oral y maxilofacial y de esta forma aplicarlos en el desarrollo de la odontología.

También esta investigación pretende establecer información propia con base en un levantamiento de datos para un estudio transversal que nos permita conocer los diferentes manejos que se han ejecutado de acuerdo al trauma, causas y evolución en Bogota y sus alrededores ya que la fundación hospital de la misericordia, es considerada como punto de referencia para el manejo del trauma maxilofacial.

Por lo tanto es importante preguntarnos ¿Cual es la etiología, prevalencia y manejo más comunes de trauma maxilofacial en pacientes de 0 a 18 años en la Fundación Hospital de Misericordia en un periodo de tiempo de enero de 2000 a enero de 2005?

En estudios anteriormente realizados en esta misma institución

se encontró que las fracturas mas frecuentes son en primer lugar las de los huesos de la nariz seguida por fracturas mandibulares, dado que conforme crece el niño el maxilar inferior comienza a ocupar una posición mas prominente y vulnerable.

Los resultados de este estudio nos permiten conocer la incidencia del trauma maxilofacial en la población infantil y de esta manera determinar su adecuado tratamiento.

Por lo tanto con esta investigación se quiso dar continuidad al estudio realizado anteriormente determinando así la incidencia de la etiología, evolución y tratamiento del trauma maxilofacial en pacientes pediátricos.

METODOS

Se realizo un estudio descriptivo transversal en el cual se tomaron 600 historias clínicas de la Fundación Hospital de la Misericordia clasificadas previamente por la unidad de diagnostico de dicha institución, con posibles traumatismos.

Se tomo una muestra de 50 historias clínicas de pacientes con edades entre 0 a 18 años, manejadas en el servicio de cirugía oral y maxilofacial de la Fundación Hospital de la Misericordia en un periodo de 5 años de enero del 2000 hasta enero del 2005.

Se tabularon datos tales como edad, género, sexo, diagnostico de ingreso, etiología, tipos de lesión, localización, servicio de ingreso, medios diagnósticos, atención prestada e intervención realizada.

Estos datos fueron tomados del departamento de cirugía oral y maxilofacial de la institución, para realizar un estudio de distribución de frecuencias.

Fueron seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: pacientes con trauma maxilofacial en edad de 0 a 18 años, historias que presenten medios diagnósticos, que registren una epicrisis completa y hayan ingresado en un periodo de tiempo de enero del 2000 a enero del 2005.

De igual manera se excluyeron de la investigación aquellas historias clínicas de pacientes que llegaron por urgencias y fueron remitidas a otra institución, así como pacientes con trauma craneoencefálico que no involucraran fracturas faciales.

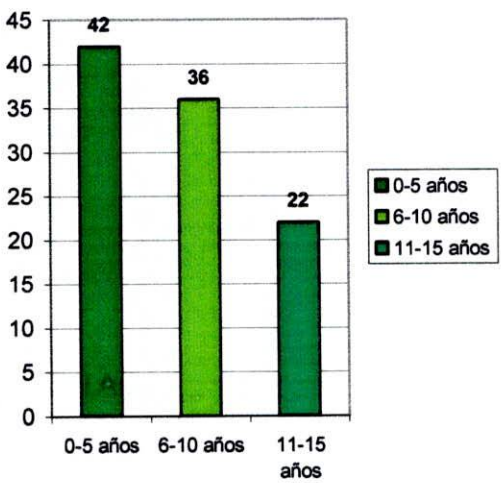
Por medio del instrumento de recolección de datos se tomo la información mas relevante que presenta cada una de las historias clínicas en su epicrisis tales como edad, genero, fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnostico de ingreso, etiología, tipos de lesión, localización, servicio de ingreso, medios diagnósticos, atención prestada e intervención realizada.

Se realizo la lectura del instructivo aclarando cada uno de los puntos mencionados a diligenciar.

De acuerdo a las 50 historias clínicas seleccionadas, se diligenciaron los instrumentos correspondientes para cada una, teniendo en cuenta diferentes medidas de protección para el investigador como lo son el uso de guantes y tapabocas.

RESULTADOS

Se revisaron 50 historias clínicas de la Fundación Hospital de la Misericordia correspondientes al período de enero de 2000 a enero de 2005 correspondientes a pacientes entre 0 y 18 años, en la cuales se reportaron Trauma maxilofacial. 70%(35) de las historias correspondían al genero masculino y 30%(15) al genero femenino, la edades reportadas en las historias variaron entre 1 y 17 años, donde el 42%(21) de los pacientes tenían entre 0 y 5 años y 36%(18) entre 6 y 10 años (Gráfico No 1).



ETIOLOGIA, TIPO DE TRAUMA

42%(21) de los traumas reportados ocurrieron debido a accidentes de transito, 14%(7) correspondían a Caídas de su propia altura y a Recreación y deporte, respectivamente, 10%(5) Golpe Físico, 10%(5) Caída en altura, 8%(4) agresión por animal y 2%(1) Explosión mina quiebrapata. (Grafico No 2).

90%(45) de las historias reportaron lesiones de tipo contundente, 8%(4) cortocontundente y 2%(1) cortopunzante

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Se presentaron 56 diagnósticos, donde 57.14%(32) correspondieron a Trauma Maxilofacial (Tabla No 6).

DIAGNÓSTICO	%	No
Trauma Maxilofacial	57,14%	32
Politraumatismo	28,57%	16
Trauma Nasal	5,36%	3
Trauma Alveolar	5,36%	3
Trauma Ocular	3,57%	2
TOTAL	100%	56

LOCALIZACIÓN

Se reportaron 97 sitios afectados, de los cuales el 18.56%(18) correspondieron al Tercio medio facial cigomático, 15.46%(15) al tercio medio facial orbita y 14.43%(14) en tejidos blandos en la cara (Tabla No 1).

LOCALIZACIÓN	%	No
TEJIDOS BLANDOS		
Cara	14,43%	14
Labios	8,25%	8
Lengua	1,03%	1
Carrilo	1,03%	1
TERCIO MEDIO FACIAL		
Cigomatico	18,56%	18
Orbita	15,46%	15
Huesos propios de nariz	11,34%	11
Nasoorbitoetmoidal	4,12%	4
MANDIBULA		
Rama	3,09%	3
Condilo	3,09%	3
Sisnfisis	3,09%	3
Apofisis coronoides	3,09%	3
Cuerpo	2,06%	2
Parasinfisis	2,06%	2
Proceso alveolar	1,03%	1
DIENTES		
Avulsion	6,19%	6
Luxacion intrusiva	1,03%	1
Luxacion extrusiva	1,03%	1
TOTAL	**100%**	**97**

ATENCION

57.97%(40) de los profesionales que prestaron atención correspondieron a Cirujanos maxilofacial y 36.23%(25) a cirujanos plásticos (Tabla No 2).

ATENCIÓN	%	No
Cirugia maxilofacial	57,97%	40
Cirugia plastica	36,23%	25
Otros Espec.	5,80%	4
TOTAL	**100%**	**69**

INTERVENCION

32%(16) de los pacientes reportados en las historias se les realizó una intervención de observación, 28%(14) intervención abierta e intervención cerrada, respectivamente y 12%(6) intervención mixta. (Tabla No 3).

TRATAMIENTO	%	No
Intervencion observacion	32,00%	16
Intervencion abierta	28,00%	14
Intervencion cerrada	28,00%	14
Intervencion mixta	12,00%	6
TOTAL	**100%**	**50**

DISCUSION

De acuerdo a los reportes estadísticos es de anotar que a menor edad la incidencia de trauma es mayor al igual que la relación en cuanto a género niños niñas es de 2 a 1. Entre las causas la mayor incidencia la presenta los accidentes de tránsito seguida por caídas desde su propia altura y por recreación y deporte, de ahí la importancia en recordar a los padres las medidas de protección que se deben tener cuando los niños se encuentren jugando a diferentes alturas y el utilizar los cinturones de seguridad que impidan el desplazamiento y las colisiones secundarias en los accidentes de tránsito.

La tendencia actual en el manejo del trauma maxilofacial pediátrico lo determina la estabilidad de la oclusión de ahí el alto porcentaje en el seguimiento y observación del paciente. Es interesante encontrar a

diferencia de lo reportado en la literatura como la región de la sínfisis y parasínfisis es el sitio de mayor incidencia, las fracturas condilares mantienen un comportamiento similar a lo reportado por Pogrel y Kaban en 1.989 y posteriormente por Chuong en su reporte retrospectivo en 327 casos en 1.983. En los casos de reducción abierta la selección del material de osteosíntesis es importante considerar el tipo de dentición, la ubicación de los gérmenes dentarios, el grado de elasticidad y mineralización ósea, el trazo de la fractura etc.
Las fracturas de tercio medio de la cara a diferencia de los estudios presentados por Rowe y Kaban quienes en 109 pacientes que presentaron trauma facial sólo se encontraron en un 0.5% mientras que en la presente revisión la relación entre fracturas de tercio medio y mandibulares fue de 2 a1, como llama también la ausencia de las fracturas tipo Lefort y la alta incidencia de fracturas del hueso cigomático.

CONCLUSIONES

Es importante mantener estos datos como referencia para continuar evaluando periódicamente las tendencias del trauma maxilofacial en el paciente pediátrico

Se debe concienciar a los padres sobre las medidas de seguridad (cinturones de seguridad, ubicación en el vehículo etc.) cuando se transportan niños ante la alta casuística reportada en el estudio.
La capacitación del odontólogo general y el especialista en el manejo del trauma maxilofacial es importante dadas las tendencias reportadas en el estudio, donde la observación y el seguimiento (manejo no quirúrgico) son de vital importancia a la hora de definir la conducta clínica.

El manejo del trauma maxilofacial pediátrico a nivel hospitalario se comparte por los servicio de cirugía Maxilofacial y Plástica es importante que el odontólogo general este capacitado en la valoración de los huesos faciales como del trauma dentoalveolar ya que este se encuentra asociado a el, en especial las avulsiones dentarias.

RECOMENDACIONES

Es importante que los padres de familia se concienticen acerca de los cuidados y medidas de protección que se deben tener cuando los niños se encuentren jugando a diferentes alturas.

Utilizar los cinturones de seguridad para impedir el desplazamiento y las colisiones secundarias en los accidentes de transito.

Se debe evaluar con otros estudios las secuelas que puede ocasionar el trauma maxilofacial en el crecimiento y desarrollo del niño.

Los odontólogos deben estar en continua capacitación acerca de temas relevantes como el trauma maxilofacial en niños y de esta manera poder dar un manejo integral a sus pacientes.

El odontólogo después de dar un correcto diagnostico y manejo primario básico debe estar en la

capacidad de determinar si el paciente puede ser atendido de manera inmediata o si debe ser remitido a un especialista.

BIBLIOGRAFIA

1. Laskin DM, Best S. Current trends in the treatment of maxillofacial injuries in the United States. J Oral Maxillofacial Surg. 2000.
2. Ellis E, Simon P, Thockmorton GS Occlusal results after open or closed treatment of fractures of the mandibular condylar process. 2000.
3. Villarreal PM, Junquera LM, and Martinez a, Garcia Consuegra L. Study of mandibular fracture repair using quantitative radio densitometry: a comparison between maxillomandibular and rigid internal fixation. 2000.
4. Lee JT, Dodson TB. Treatments for maxillofacial fractures. J Oral Maxillofac Surg 2000.
5. Raghoebar GM, Stellingsma K, Batenburg RH, Vissink A. Etiologiy and manament of mandibular fractures associated whit end steal implans in the atrophic mandible. 2000.
6. Kaban 2004
7. Esquivel D. 2004.
8. Sven Norholt. J. OMS 1993.
9. Kaban y LUND 2004.
10. Shultz Rc, Meilan 2000
11. Cesar S. Pedroza. 1987.

CORREO ELECTRONICO:
Dyany21@hotmail.com
Tatyan85@hotmail.com
Monitalinda03@hotmail.com
Ivoncita1208@hotmail.com