

Incidencia de fracturas maxilofaciales en el municipio Artemisa

DR. JUAN CARLOS QUINTANA DÍAZ,¹ DR. DANIEL HERNÁNDEZ IZQUIERDO² Y LIC. BÁRBARA M. GIRALT LÓPEZ³

Quintana Díaz JC, Hernández Izquierdo D, Giralt López BM. Incidencia de fracturas maxilofaciales en el municipio Artemisa. Rev Cubana Ortop Traumatol 1998;12(1-2):69-71.

Resumen

Se realiza un estudio sobre la incidencia de las fracturas maxilofaciales tratadas en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa, entre los años 1994-97. Del total de 167 casos tratados el 62,3 % correspondió al sexo masculino y el 37,7 % al femenino. Las causas más frecuentes fueron los accidentes del tránsito, las caídas, las riñas y los accidentes deportivos y del trabajo. Al igual que en la mayoría de los estudios la fractura nasal fue la más frecuente, siguiéndole en orden las maxilomolares, las dentoalveolares y las mandibulares.

Descriptor DeCS: HUESOS FACIALES/lesiones; FRACTURAS CRANEALES/epidemiología; FRACTURAS MAXILOMANDIBULARES/epidemiología; FRACTURAS CRANEALES/etiología; FRACTURAS MAXILOMANDIBULARES/etiología.

La etiopatogenia de las fracturas maxilofaciales es muy variada; según numerosos reportes de la literatura médica en el mundo se plantean los accidentes del tránsito como su causa más frecuente los que ocasionan además fracturas faciales más severas, teniendo en cuenta el desarrollo del automovilismo.¹⁻⁵ Otras causas ocupan lugares importantes como las riñas, accidentes deportivos, domésticos y de trabajo, así como estados patológicos que, en ocasiones, producen fracturas espontáneas.⁴⁻¹⁰

El motivo de este trabajo es determinar cómo se comporta la incidencia de fracturas maxilofaciales en el municipio Artemisa desde 1994 a 1997, después de creado el Servicio de Cirugía Maxilofacial y de llevar el control estadístico de este tipo de afección, pues anteriormente se remitían todos estos pacientes para los hospitales de Ciudad de La Habana donde sí se recogían muchos trabajos de terminación de residencia con este tema como

los de *Lacosta* (1989), *Ramos* (1991), *Castillo* (1993) y otros.

Los objetivos de este trabajo son: determinar cómo se comportan las fracturas maxilofaciales en Artemisa por edades y sexos, así como las causas más frecuentes y el tipo de fractura.

Métodos

Se realizó un estudio clínico en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Ciro Redondo" del municipio Artemisa en la provincia La Habana, a todos los pacientes que fueron atendidos con fracturas maxilofaciales, desde 1994 hasta 1997, los que fueron sometidos a interrogatorio y exámenes físico y radiográfico.

Una vez determinado que los pacientes presentaban fractura del complejo maxilofacial se llenó su historia clínica para el tratamiento en nuestro

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor del ISCM-H.

² Estomatólogo general.

³ Licenciada en Cultura Física.

Servicio y se recogieron datos generales, edad, sexo y causa, localización y tipo de fractura. Estos datos fueron llevados a unas planillas resumen con el fin de facilitar el procesamiento estadístico y la confección de las tablas de salida para el análisis y discusión de los resultados.

Los porcentajes y promedios fueron determinados por métodos manuales con una calculadora marca "CASIO", y la ayuda de un bioestadístico; la clasificación de las fracturas se hizo según lo descrito en las Normas Cubanas de Cirugía Maxilofacial.

Resultados

En nuestro estudio se encontró en los 167 pacientes con fracturas maxilofaciales un predominio de los masculinos (62,3 %) sobre los femeninos (37,9 %).

La tabla 1 demuestra que en cuanto a la edad en uno y otro sexos, aproximadamente el 75 % de los casos con estas fracturas fueron pacientes de menos de 45 años, mientras que el grupo de pacientes menores de 15 años representó el 5,9 % del total de los casos.

TABLA 1. Distribución porcentual por edades y sexo

Edades (años)	Masculino		Sexo Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15	7	4,2	3	1,7	10	5,9
16-30	45	26,9	32	19,2	77	46,1
31-45	30	18,0	8	4,8	38	22,8
46-60	14	8,4	6	3,6	20	12,0
61 y más	8	4,8	14	8,4	22	13,2
Total	104	62,3	63	37,7	167	100

En la tabla 2 exponemos la distribución porcentual según la causa de la fractura donde correspondieron 64 pacientes (38,4 %) a los accidentes del tránsito de los cuales en 30 casos fueron partícipes ciclistas, cuya cifra ha aumentado considerablemente en nuestro país después de la década de los años 90. Siguió en orden las caídas (22,2 %), las riñas (19,8 %) y los accidentes del trabajo y deportivos (5,9 %); los accidentes domésticos y otras causas no llegaron al 5 %.

En la tabla 3 encontramos que se trataron un total de 171 fracturas maxilofaciales ya que en

4 pacientes se reportaron 2 fracturas a la vez. La fractura más frecuente fue la nasal (51,4 %), siguiéndole en orden la maxilomalar (22,8 %), la mandibular (11,7 %); los tipo Lefort y frontonasal no llegaron al 2 % de los casos.

TABLA 2. Distribución porcentual según causa de la fractura

Causas	No.	%
Accidentes del tránsito	64	38,4
Riñas	33	19,8
Caídas	37	22,2
Accidentes del trabajo	10	5,9
Accidentes deportivos	10	5,9
Otras causas	7	4,2
Accidentes domésticos	6	3,6
Total	167	100

TABLA 3. Distribución según tipo de fracturas maxilofaciales

Tipo de fractura	No.	%
Nasales	88	51,4
Maxilomolares	39	22,8
Dentoalveolares	21	12,3
Mandibulares	20	11,7
Lefort	2	1,2
Frontonasal	1	0,6
Total	171	100

Discusión

El predominio del sexo masculino y los grupos de edades menores de 45 años tiene relación con que los hombres y las personas más jóvenes de los 2 sexos realizan actividades cotidianas más fuertes e intensas que son capaces de causar estas fracturas, lo que resulta similar a lo encontrado por varios autores estudiados.^{5,6,9,11}

En cuanto a los pocos casos encontrados en menores de 15 años esto puede relacionarse con la extrema elasticidad de los huesos de los niños, que éstos tienen más pequeña la cara en relación con el cráneo y que no están frecuentemente expuestos a traumatismos tan intensos como los adultos.^{8,12}

Comparando nuestros resultados en cuanto a las causas más frecuentes de las fracturas maxilofaciales coincidimos con varios autores,^{1-3,5} en que los accidentes del tránsito ocupan el primer lugar, sin embargo el número de casos en que estas fracturas son causadas por la violencia interpersonal

(riñas) sobre todo por el abuso de alcohol ha aumentado en todos los estudios consultados. *Torgensen*⁴ y *Hammond*¹³ la reportan en primer lugar y *Hill*⁹ encontró un incremento considerable.

Las caídas continúan entre los primeros lugares de esta afección y los accidentes deportivos se correspondieron con la media internacional que plantea que entre el 3 y 18 % de las fracturas de la cara ocurrieron durante la práctica de algún deporte, sobre todo en algunos de gran rudeza a pesar del uso de medios de protección.^{1,6,7}

En cuanto a los accidentes del trabajo se debe destacar que si sólo se registró el 5,9 % de los casos, se puede disminuir aún más su casuística si se vela por el cumplimiento de las normas de protección e higiene laboral que en ocasiones no se cumplen. Es necesario recordar que estas fracturas pueden invalidar al hombre por períodos prolongados de reposo y que, en ocasiones, producen considerables deformidades que afectan el estado psíquico por alterar la estética facial.

En cuanto a las fracturas más frecuentes coincidimos con la mayoría de los autores,^{1-3,6,10,11,14} debido a que la nariz es la parte más prominente de la cara y queda expuesta ante la mayoría de los traumatismos. El tratamiento inmediato de estas fracturas determina en gran medida la restauración estética y funcional de estos pacientes; el 87 % de estos casos requirió de tratamiento quirúrgico en nuestro Servicio y en su gran mayoría hubo un resultado excelente, por lo que se incorporaron rápidamente a su vida social y laboral.

Conclusiones

1. Se encontró un predominio de fracturas maxilofaciales en el sexo masculino y en pacientes más jóvenes.
2. Los accidentes del tránsito fueron la causa más frecuente con un elevado porcentaje de ciclistas.
3. La fractura nasal fue la más frecuente.

Summary

A study on the incidence of jaw fractures treated at the Service of Maxillofacial Surgery, in Artemisa, from 1994 to 1997, was conducted. Of the 167 cases that received treatment 62.3 % were males and 37.7 % females. The most frequent causes were traffic accidents, falls, quarrels, and sports and working accidents. As in most of the studies, nasal fracture was the most frequent, followed by maxillomolar, dento-alveolar and jaw fractures.

Subject headings: FACIAL BONES/injuries; SKULL FRACTURES/epidemiology; JAW FRACTURES/epidemiology; SKULL FRACTURES/etiology; JAW FRACTURES/etiology.

Résumé

Une étude sur l'incidence des fractures maxillo-faciales traitées au Service de Chirurgie maxillo-faciale d'Artemisa a été réalisée entre 1994 et 1997. Du total de 167 cas traités, 62,3 % correspond au sexe masculin et 37,7 % au sexe féminin. Les causes les plus fréquentes ont été les accidents du trafic, les chutes, les bagarres et les accidents de sport et de travail. La fracture du nez a été la plus fréquente, de même que la plupart des études, puis les fractures maxillo-molaires, les dento-alvéolaires et les mandibulaires.

Mots clés: OS FACIAUX/lésions; FRACTURES CRÂNIENNES/épidémiologie; FRACTURES MAXILLO-MANDIBULAIRES/épidémiologies; FRACTURES CRANIENNES/étiologie; FRACTURES MÁXILLO-MANDIBULAIRES/étiologie.

Referencias Bibliográficas

1. Alzelius E, Rosen C. Facial fractures; a review of 368 cases. *Int J Oral Surg* 1980;9(2):25-30.
2. Telfer MR, Jones GM, Shepherd JP. Trends in the actiology of maxillofacial fractures in United Kingdom. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991;29(4):250-5.
3. Brook IM, Wood N. Actiology and incidence of facial fractures in adults. *Int J Oral Surg* 1983;12(4):293-8.
4. Torgesen S, Tornes K. Maxillofacial fractures in a Norwegian district. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992;21(6):335-8.
5. Muraoka M, Nakai Y, Shimada K, Nakaki Y. Ten-year statistics and observation of facial bone fracture. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh)* 1991;486:217-33.
6. Quintana JC, Giralto BM. Incidencia de fracturas maxilofaciales relacionadas con el deporte. *Rev Cubana Estomatol* 1996;33(2):87-90.
7. Sane J, Lindquist C, Kontio R. Sport related maxillofacial fractures in a hospital material. *Int J Oral Surg* 1988;17(2):122-4.
8. Thaller SR, Huang V. Midfacial fractures in the pediatric population. *Ann Plast Surg* 1992;29(4).
9. Hill CM, Crosher RF, Carroel MJ, Mason DA. Facial fractures. The result of a prospective four year study. *J Craniomaxillofac Surg* 1984;12(2):267-70.
10. Zachariadis N, Papavassilicu A, Papadometrico I, Koundoviris I. Fractures of the facial skeleton in Greece. *J Maxillofac Surg* 1983;11(1):142-4.
11. Levi Alfonso J. Análisis de las regiones del cuerpo afectadas en niños politraumatizados. *Rev Cubana Estomatol* 1984;21(2):223-31.
12. Levi J, Dou Ason N. Análisis de las lesiones faciales por traumatismos en niños que motivaron la hospitalización en un período de 2 años. *Rev Cubana Estomatol* 1985;22(2):268-75.
13. Hammond KH, Ferguson JW, Edwards JL. Fractures of the facial bones on the Otago region 1979-1985. *NZ Dent J* 1991;87(387):5-9.
14. Renner JR. Management of nasal fracture. *Otolaryngol Clin North Am* 1991;24(1):195-203.

Recibido: 4 de julio de 1998. Aprobado: 17 de septiembre de 1998.

Dr. Juan Carlos Quintana Díaz. Avenida 41 entre 34 y 40. Edificio 73, apartamento 13, 3er. piso. Artemisa, La Habana.