

Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en las provincias orientales durante el período 2000-2013

Morbidity due to oral maxillofacial defects in the eastern provinces during the period 2000-2013

Dra. Sandra Cordero García

Clínica de Rehabilitación Bucomaxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 2441 pacientes, atendidos en el Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial de Santiago de Cuba, desde el 2000 hasta el 2013, con vistas a caracterizar la morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en los afectados. Hubo un promedio de 200 ingresos y 159 altas anuales de pacientes atendidos. La mayoría de los casos (63,8 %) pertenecieron a la provincia antes citada. Prevalcieron el sexo masculino (63,0 %), el grupo etario de 60 años y más (33,7 %), el nivel escolar primario (32,6 %), los defectos oculares (80,3 %) y el trauma (53,8 %). En los afectados de 0-19 años predominaron los defectos congénitos, en los de 40-59 los traumas, en personas de más de 60 años los oncológicos y por otras causas. Los defectos oculares se produjeron por traumas en 59,0 %, los nasales por causas oncológicas en 100,0 %, los craneales y auriculares por traumas en 78,6 y 76,5 %, respectivamente.

Palabras clave: morbilidad, defecto bucomaxilofacial, defecto congénito, defecto ocular, trauma, Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study of 2441 patients, assisted in the Service of Oral and Maxillofacial Prosthesis in Santiago de Cuba was carried out from the 2000 to 2013, aimed at characterizing the morbidity due to oral and maxillofacial defects in those affected. There was an average of 200 admissions and 159 annual discharges of assisted patients. Most of the cases (63.8%) belonged to the above mentioned province. Male sex (63.0%), the age group 60 years and over (33.7%), the primary school level (32.6%), the ocular defects (80.3%) and trauma (53.8%) prevailed. In the affected age group 0-19 years, the congenital defects prevailed, in the 40-59 years traumas prevailed, in patients over 60 years the oncological causes and others prevailed. Ocular defects were caused by traumas in 59.0%, the nasal defects were caused by oncological causes in 100.0%, the cranial and ears defects were due to traumas in 78.6 and 76.5%, respectively.

Key words: morbidity, oral maxillofacial defect, congenital defect, ocular defect, trauma, Service of Oral and Maxillofacial Prosthesis.

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos tienen una imagen, concepto y valoración de sí mismos, que en gran parte regula y dirige su conducta, planes y proyectos futuros. La pérdida de cualquier parte del cuerpo no resulta fácilmente aceptada por la mayoría de las personas. Si se refiere particularmente a zonas del rostro, su aceptación se torna aún más difícil.^{1,2}

Con el propósito de brindar atención especializada a personas con afecciones craneofaciales, el 28 de enero de 1992, se creó el Centro de Rehabilitación de Santiago de Cuba, que actualmente forma parte de una red asistencial nacional encaminada a mejorar la calidad de vida de estas personas.¹ A pesar de que esta labor se realiza de forma ininterrumpida, no se registran estudios acerca de la morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en los pacientes atendidos hasta la fecha.

Las estadísticas de morbilidad constituyen la información numérica sobre enfermedades, traumatismos y sus secuelas, incapacidades, así como otras alteraciones en la salud, diagnosticadas o detectadas en la población durante un periodo de tiempo. El conocimiento de este particular resulta de vital importancia para todo el personal dedicado a la actividad, al permitir caracterizar los componentes del estado de salud de las personas afectadas por diferentes tipos de deformidades bucomaxilofaciales,^{3,4} lo cual favorece la formulación de estrategias concretas para intervenir con eficiencia y modificar la calidad de vida de estas personas que requieren atención especializada, de ahí la trascendencia de este estudio.⁵⁻⁷

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo de 2441 pacientes, atendidos en el Servicio de Prótesis Bucomaxilofacial de Santiago de Cuba, desde el 2000 hasta el 2013, con vistas a caracterizar la morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en los afectados.

Fueron analizadas las siguientes variables:

- Sexo: femenino, masculino
- Edad: según grupos etarios (en años)
 - 0-19
 - 20-39
 - 40-59
 - 60 y más
- Nivel escolar
 - Primaria: primero a sexto grado
 - Secundaria: séptimo a noveno grado
 - Preuniversitario: décimo a duodécimo grado
 - Universitario: culminado carreras universitarias
- Provincias
 - Holguín
 - Guantánamo
 - Camagüey
 - Las Tunas
 - Granma
 - Santiago de Cuba

- Tipo de defecto
Ocular: afecta el globo ocular unilateral o bilateral.
Orbital: afecta el globo ocular y tejidos adyacentes.
Maxilar: afecta total o parcialmente el maxilar.
Mandibular: afecta total o parcialmente la mandíbula.
Complejo: afecta 2 o más estructuras craneofaciales.
Nasal: afecta total o parcialmente el apéndice nasal.
Auricular: afecta total o parcialmente el pabellón auricular unilateral o bilateral.
Craneal: afecta el cráneo.
- Patogenia del defecto
Congénito: se presenta al nacer y necesita rehabilitación.
Traumático: ocasionado por traumas que necesiten rehabilitación.
Oncológico: resultante de intervenciones quirúrgicas por neoplasias que necesite rehabilitación.
Otras: defectos craneofaciales producidos por infecciones, glaucomas, retinopatías diabética, desprendimiento de retina, que necesiten rehabilitación.
- Ingresos y altas anuales

La información se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes y de la entrevista realizada a ellos y a sus familiares.

RESULTADOS

Al analizar ingresos y altas en el periodo estudiado se observó una estabilidad en la atención brindada a la población a partir del 2001, esto se corresponde con la remodelación realizada en el centro en esa fecha. Los años de mayor incidencia fueron 2004-2007 con un promedio de 200 ingresos y 159 altas anuales (figura). Al comparar los defectos faciales con otros problemas de salud se puede afirmar que su incidencia fue baja.

Entre las provincias orientales, Santiago de Cuba fue la que aportó mayor número de pacientes (1557 para 63,8 %), seguida por Granma y Guantánamo con una incidencia mucho más baja (361 y 305, para 14,8 y 12,5 % respectivamente).

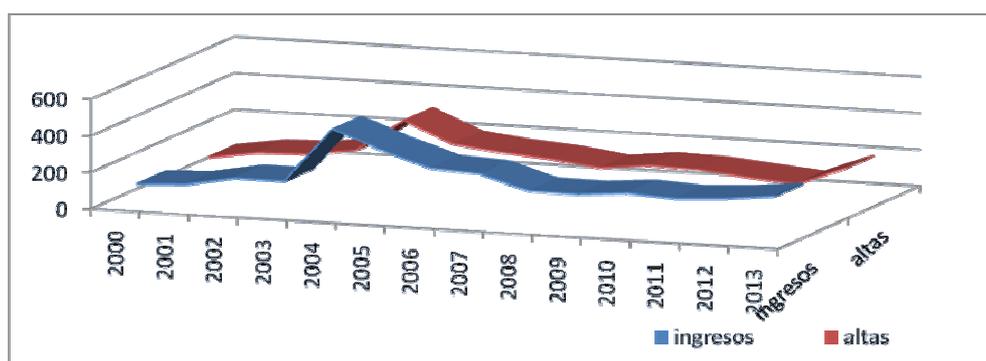


Fig. Ingresos y altas en el periodo 2000–2013

La tabla 1 muestra un predominio del sexo masculino (1536 pacientes para 63,0 %) y de los afectados por traumas (1314 para 53,8 %), seguidos de otras causas (695 para 28,5 %).

Tabla 1. Pacientes según patogenia y sexo

Patogenia	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Congénito	146	58,4	104	41,6	250	10,3
Traumático	346	26,3	968	73,7	1314	53,8
Oncológico	75	41,2	107	58,8	182	7,5
Otras	338	48,6	357	51,4	695	28,5
Total	905	37,0	1536	63,0	2441	100,0

Se observó una mayor incidencia de los defectos maxilofaciales en los adultos pertenecientes a los grupos etarios de 60 años y más (33,8 %), seguido de 40-59 y 20-39 años con 29,7 y 24,5 %, respectivamente; sin embargo, los defectos congénitos predominaron en edades tempranas (0-19 años con 44,4 %). Por su parte, los traumas primaron de 40-59 años (35,6 %), al igual que los oncológicos que además se hallaron en estos afectados (35,7 %) y en los de 60 años y más (37,4 %). Asimismo, otras causas prevalecieron en personas de más de 60 años con 62,2 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes atendidos según patogenia y grupos etarios

Patogenia	Grupos etarios								Total	
	0-19	%	20-39	%	40-59	%	60 y más	%	No.	%
Congénito	111	44,4	84	33,6	42	16,8	13	5,2	250	10,3
Trauma	122	9,3	415	31,6	468	35,6	309	23,5	1314	53,8
Oncológico	25	13,7	24	13,2	65	35,7	68	37,4	182	7,5
Otras	36	5,2	76	10,9	151	21,7	432	62,2	695	28,5
Total	294	12,0	599	24,5	726	29,7	822	33,8	2441	100,0

De los defectos maxilofaciales fueron los oculares los que prevalecieron a través de los años, con 1961 afectados (80,3 %); los restantes defectos se presentaron de manera más discreta.

En cuanto a los pacientes según patogenia y tipo de defecto (tabla 3) se halló que en 1160 de ellos (59,2 %) los defectos oculares se produjeron por traumas (riñas, juegos entre niños, tirapiédras) y en 591 (30,1 %) debido a otras causas (glaucomas, infecciones); 100,0 % de los defectos nasales tuvieron causas oncológicas, 78,6 % de los craneales y 76,5 % de los auriculares ocurrieron debido a traumas (riñas, asaltos, accidentes automovilísticos).

Tabla 3. Pacientes según patogenia y tipo de defecto bucomaxilofacial

Tipo de defecto	Patogenia								Total	%
	Congénito	%	Trauma	%	Oncológico	%	Otras	%		
Ocular	146	7,4	1160	59,2	64	3,3	591	30,1	1961	80,3
Orbital			3	60,0	2	40,0			5	0,2
Maxilar	40	23,3	50	29,0	40	23,3	42	24,4	172	7,0
Mandibular	18	28,6	16	25,4	22	34,9	7	11,1	63	2,6
Compleja	43	23,8	61	33,7	24	13,3	53	29,3	181	7,4
Nasal					28	100,0			28	1,2
Auricular	3	17,6	13	76,5	1	5,9			17	0,7
Craneal			11	78,6	1	7,1	2	14,3	14	0,6
Total	250	10,3	1314	53,8	182	7,5	695	28,5	2441	100,0

DISCUSIÓN

Aunque la incidencia de defectos maxilofaciales no es tan alta como la observada en otras afecciones hay que tener en cuenta que la rehabilitación del paciente cursa con él toda su vida, y debe ser renovada en dependencia del deterioro que sufra con el tiempo. Una vez que las personas adquieren cualquier tipo de defecto se convierten en pacientes vitalicios del Centro de Rehabilitación Bucamaxilofacial, y tanto su calidad de vida como la posibilidad de lograr su reinserción en la sociedad dependen de la calidad de su rehabilitación y la capacidad de los especialistas para brindarles el apoyo emocional que necesitan, así como la seguridad para enfrentar su vida cotidiana con naturalidad.⁸

El sexo masculino fue el más afectado por deformidades faciales, esto se debe a que está más expuesto a sufrir traumatismos por causas de índole socioculturales y físicas, que como se pudo observar fueron las que mayor número de afecciones bucomaxilofaciales produjeron. Además, los hombres realizan actividades cotidianas más fuertes e intensas que pueden provocar lesiones, esto ocurre igualmente en la infancia, puesto que los juegos y actividades de varones son más violentos, riesgosos y agresivos que en los que participan las niñas. Esta tendencia tiene similitud con estudios nacionales e internacionales realizados.²⁻¹³

Por otro lado, en esta serie el trauma constituyó la causa predominante, lo cual coincide con otras investigaciones.¹⁴ Este es en gran medida prevenible, pues al estar expuestos a riesgos, se deben tomar medidas adecuadas de protección; de ahí la importancia de la toma de conciencia de la población de que este tipo de accidentes pueden incapacitar a una persona de por vida. Además, los traumatismos producidos en el hogar son semejantes a los ocurridos en ambientes laborales, por lo que tiene gran importancia el uso de lentes protectores y todo tipo de medidas de seguridad, a fin de prever estos incidentes. Otras causas de deformidades faciales son las actividades deportivas y los accidentes automovilísticos, que está demostrado dependen de factores humanos en 80-95 %.

Se dice que de 5 a 30 % de las fracturas faciales se producen en los maxilares ocasionados por accidentes automovilísticos, deportivos, laborales, domésticos, caídas, y violencia interpersonal; además, que las fisuras labiopalatinas ocupan el primer lugar entre las malformaciones que afectan cabeza y cuello.^{15,16}

La mayor incidencia de los defectos faciales en edades adultas puede responder al hecho que esas personas han tenido mayor probabilidad de haber sufrido durante su vida alguna afección que provoque lesiones maxilofaciales, han estado más expuestos a traumatismos o a neoplasias que, por las técnicas quirúrgicas y terapéuticas cada vez más efectivas, generan mayor supervivencia en periodos largos.

Como es sabido, en Cuba la esperanza de vida al nacer ha aumentado a 75 años en las 3 últimas décadas, y que el sector poblacional de más de 60 años creció en 12,4 %, pero continuara ascendiendo; por tanto, propiciará el envejecimiento de la población cubana y por ende una mayor probabilidad de que aparezcan afecciones maxilofaciales. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios realizados en diferentes provincias del país.³⁻¹²

Los defectos oculares prevalecen, pues constituyen 80,3 % de todos los defectos maxilofaciales estudiados. Estos datos se corresponden con los obtenidos en investigaciones realizadas en isla de la juventud,¹³ Habana,³⁻⁶ Santi Spíritus⁷ y Camagüey.²

Por otra parte, el ojo es el órgano de la cara más sensible y expuesto a sufrir traumatismos, además de tener carácter bilateral. A escala mundial, el trauma ocular es reconocido como causa fundamental de la pérdida visual o atrofia del globo ocular, el cual puede ser afectado por otras causas, entre las cuales figuran: procesos infecciosos, glaucoma, desprendimientos de retina, entre otras. Existen múltiples afecciones oculares que llevan a la pérdida del globo ocular, pero, al no existir tratamiento quirúrgico capaz de rehabilitarlo, será siempre necesario recurrir al tratamiento protésico.¹⁷

No existen diferencias con otros estudios realizados en diferentes provincias del país en cuanto a que los defectos oculares predominan y que la mayoría de ellos se deben a causas traumáticas; sin embargo, si existen variaciones en relación con los demás defectos bucomaxilofaciales que se presentan de forma mucho más discreta.

En esta investigación se observó mayor incidencia de pacientes con defectos maxilofaciales en el período 2004-2007, con predominio de 200 ingresos y 159 altas anuales. Santiago de Cuba, fue la provincia que aportó mayor número de pacientes. Prevaleció el sexo masculino, el nivel escolar primario, los defectos oculares, las personas con 60 años y más, así como la patogenia traumática. Igualmente, los defectos congénitos prevalecieron en los afectados de 0-19 años, los defectos provocados por traumas en 40-59 años, los oncológicos y otras causas en personas de más de 60 años. Los defectos oculares, craneales y auriculares se produjeron debido a traumas y los nasales por causas oncológicas en su totalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Travieso ML, Álvarez Rivero AV, Álvarez Torres M, Delgado Pérez EC, Barreiro González H, Lazo Sosa L. Procederes básicos clínico asistenciales en prótesis bucomaxilofacial. La Habana: Editorial CIMEQ; 2008. p. 11-8.
2. Puig Capote E, Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM, Rodríguez Alpízar R. Urgencias de prótesis bucomaxilofacial en el municipio Camagüey. AMC. 2009 [citado 8 Oct 2013]; 13(3).
3. Álvarez Alonso F. Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en adultos mayores. La Habana: CIMEQ; 2010.
4. Lopez Godínez N. Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales. Facultad de Estomatología de la Habana. [citado 8 Oct 2013]; 13(3).
5. Falcón del Valle I. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en Caimito de Julio 2008 a Enero 2010. [citado 8 Oct 2013].
6. Gálvez Díaz L. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en el municipio Bauta, La Habana. Julio 2008 a Enero 2010. [citado 8 Oct 2013].
7. Barreto Ortega MA. Comportamiento clinicoepidemiológico de las lesiones bucomaxilofaciales en la provincia de Sancti Spiritus. Enero 2007- 2010. 2011.
8. Álvarez Rivero A, Capín Quintero E, García Alfonso G. Necesidades de prótesis buco-máximo-facial en la provincia Ciudad de la Habana, Cuba (2001-2004). La Habana: CIMEQ. [citado 8 Oct 2013].
9. Sorhegui Rodríguez A, Álvarez Rivero A. Necesidades de prótesis buco-máximo-facial en el municipio Playa 2000-2003. [citado 8 Oct 2013].
10. Martínez González K. Necesidades de prótesis buco-máximo-facial en el municipio Boyeros. La Habana: Facultad de Estomatología; 2003.
11. Ramos Lorenzo M. Necesidades de prótesis buco-máximo-facial en el municipio Plaza. La Habana: Facultad de Estomatología; 2003.
12. Fundora Trujillo G. Necesidades de prótesis buco-máximo-facial en el municipio Plaza. La Habana: Facultad de Estomatología; 2004.
13. Peña Wood R. Necesidades de Prótesis buco-máximo-facial en el municipio Isla de la Juventud. La Habana: Facultad de Estomatología; 2002.
14. Casanova Díaz C, Peñón Vivas P. Trauma maxilar, manejo integral. En: Procedimientos básicos en la rehabilitación de los defectos maxilares. La Habana: CIMEQ; 2013.
15. Capín Quintero E, Álvarez Rivero A, Alonzo Travieso L, Morera Amaro A, Sorhegui Rodríguez A, Borrego Brito B. Rehabilitación protésica en los defectos maxilares. En: Procedimientos básicos en la rehabilitación de los defectos maxilares. La Habana: CIMEQ; 2013.

16. Trigo G. Fisura labio-alvéolo-palatina. En: Jankielewicz I. Prótesis buco-máxilo-facial. Barcelona: Quintessence; 2003. p.149-60.
17. Alonso Travieso ML, Álvarez Rivero AV, Álvarez Torres M, Delgado Pérez EC, Barreiro González H, Lazo Sosa L. Procederes básicos clínico asistenciales en el tratamiento del defecto ocular. En: Procederes básicos clínico asistenciales en prótesis bucomaxilofacial. La Habana: CIMEQ; 2008. p. 32-53.

Recibido: 27 de enero de 2014.
Aprobado: 23 de marzo de 2014.

Sandra Cordero García. Clínica de Rehabilitación Bucomaxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: scordero@medired.scu.sld.cu