

## Hospital General Héroes de Baire Nueva Gerona. Isla de la Juventud

### OCLUSION DENTARIA EN EL TRAUMA MAXILOFACIAL

**Autor:** Dr. Pedro A. Ducasse Olivera.

Calle G núm. 18296 entre 2da. y 3ra. Monterrey. San Miguel del Padrón. Ciudad Habana. [pedro.ducasse@infomed.sld.cu](mailto:pedro.ducasse@infomed.sld.cu)  
Especialista de Primer grado en Cirugía maxilofacial.  
Instructor de Cirugía Oral.

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo del trauma maxilo-facial en nuestro servicio y su relación con la oclusión dentaria. Tuvo como objetivo caracterizar el trauma maxilo-facial en nuestro medio y su relación con la oclusión dentaria; se encontró un predominio masculino en la muestra con 132 casos para 60%, se hallaron 101 lesiones superficiales y 49 % de las fracturas tenía relación con la oclusión dental.

**Palabras clave:** trauma facial, oclusión dentaria.

#### INTRODUCCION

La atención al trauma maxilo-facial se realiza en todos los sistemas de urgencias del país y son atendidos por especialistas en emergencias, estomatólogos generales, cirujanos maxilo-faciales y cirujanos generales, no todos identificados con las alteraciones oclusales que ocurren en el trauma facial.<sup>1,2</sup>

Existen coincidencias entre los factores etiológicos del trauma maxilo-facial y general, caracterizado por suceder, principalmente, asociado a accidentes automovilísticos, riñas, accidentes deportivos y en el hogar.

El trauma facial aparece de 20 a 30% de la generalidad. Independientemente del tipo, pueden aparecer desde lesiones muy simples como excoriaciones, heridas o abrasiones hasta traumas más complejos como trauma extenso o fracturas, las que pueden comprometer la vida del paciente.<sup>1,2,3</sup>

Conocer y diagnosticar estas lesiones no se aparta del proceder habitual, pero sí conlleva a una mejor evolución del paciente y a un más

racional uso de los recursos humanos y materiales; se hace necesario, por tanto, enfatizar sobre el diagnóstico temprano de estas lesiones, a lo cual contribuye el conocimiento acertado de la oclusión dentaria, que no es más que la relación estable y funcional, dispuesta por las arcadas dentarias superiores e inferiores de modo armonioso.<sup>4</sup> Aunque, la mayoría de los autores están de acuerdo con la no existencia de una oclusión ideal, espera, al menos, un patrón de oclusión normal, en el que el individuo presenta la mayor estabilidad y ausencia de problemas funcionales.<sup>4</sup>

Existen fracturas faciales que alteran la oclusión dentaria, por lo que es de importancia vital el conocimiento de éstas. Ellas son fracturas mandibulares y condíleas, fracturas maxilares (Lefort I, II III), fracturas dentoalveolares y dentales, y fracturas de arco cigomático; mientras que otras no la afectan como fracturas nasales y fronto-orbito-nasoetmoidales. Las que participan de la oclusión pueden interferir de modo directo en ella y dar desde bruscos cambios de relaciones oclusales, pequeños cambios sólo perceptibles por la subjetividad del paciente o pueden, incluso, impedir la apertura o cierre bucal.<sup>5,6,7,8</sup>

## **OBJETIVOS**

Por todo lo anteriormente expresado, nos planteamos los objetivos siguientes:

- 1- Caracterizar el trauma maxilo-facial en nuestro medio.
- 2- Precisar la relación entre trauma facial y oclusión dentaria.

## **MATERIAL Y METODO**

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de las historias clínicas de los pacientes, quienes fueron tratados en nuestro Servicio, entre agosto de 1999 y enero del 2000, para lo cual se diseñó una planilla, en la que se recogieron las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad (según grupos).
- Trauma facial que incluye lesiones faciales (heridas, contusión, luxación, etcétera).
- Fracturas faciales.

Para lograr el segundo objetivo, se realizó la asociación del tipo de fracturas encontrado con la alteración del patrón oclusal. Obtuvimos los siguientes resultados:

## **DISCUSION Y RESULTADOS**

La distribución por grupos de edades (Tabla1) coincide con los grupos de mayor actividad social de 30 a 44 años, con lo cual están de acuerdo los autores revisados.<sup>1,2,3, 6,7</sup>

De los 188 pacientes tratados, 132 fueron masculinos y 56, femeninos. Esto coincide con la literatura revisada. (Gráfico1) De ellos, 87 presentaron fractura, 46 %; la más común resultó la fractura malar,

seguida de la fractura nasal y mandibular con 34 y 32%, respectivamente, (Gráfico 2) lo cual no coincide con los estudios anteriores, en los que aparece como primer tipo de fractura, la nasal.<sup>1,2,3,9,10</sup>

En la gran mayoría de los casos, se observó ausencia de fractura; aparecieron las lesiones leves como mayoritarias, lo que depende del tipo de agente traumático involucrado, sobre todo, asociado a accidentes automovilísticos.<sup>5,6</sup>

De todas las fracturas, 49% presentaron alteraciones oclusales con manifestaciones objetivas y subjetivas, (Gráfico 4) lo cual podemos considerar importante para la cantidad de casos de este estudio, y coincidimos con los realizados por diferentes autores.<sup>8, 12, 13, 14, 15</sup>

Aunque, en la mayoría de los estudios se hace un gran hincapié en el diagnóstico imagenológico,<sup>14,15,16</sup> los autores consideran de gran importancia la clínica para un diagnóstico correcto.

## **CONCLUSIONES**

- 1 El trauma maxilofacial, en nuestro medio, se caracteriza por un predominio masculino y de trauma leve con 54%.
- 2-Existe 49% de fracturas, en las que aparece compromiso oclusal.

## **RECOMENDACIÓN**

Realizar el estudio en un período más largo de tiempo, lo cual contribuiría a validar los resultados obtenidos en este trabajo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1-Kruger G. Cirugía bucomaxilofacial. Fracturas de los maxilares. Editora Revolucionaria;1968. p. 276.
- 2-Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica reconstructiva y estética. Cirugía dentomaxilofacial. Editora Revolucionaria; 1986. T. I, p.324.
- 3- O'Sullivan ST, Snyder BJ, Moore MH, David DJ. Resultado del tratamiento de fracturas maxilares: un análisis de 100 casos consecutivos. Br J Plast Surg. 1999; (52): 519-23.
- 4 -Zielinsky L. Crecimiento, desarrollo y maduración. Parte I. Rev Cubana Ortod. 1996; (11):123-141.

5- Tay AG, Yeow VK, Tan BK, Sng K, Huang MH, Foo CL. A review of mandibular fractures in a craniomaxillofacial trauma centre. *Ann Acad Med. Singapore.* 1999 ; (28): 630-3.

6- Nicholoff TJ Jr, Del Castillo CB, Velmonte MX. Reconstructive surgery for complex midface trauma using titanium miniplates: Le Fort I fracture of the maxilla, zygomatico-maxillary complex fracture and nasomaxillary complex fracture, resulting from a motor vehicle accident. *J Philipp Dent Assoc.* 1999; (50): 5-13.

7- Villarreal PM, Junquera LM, Martínez A, García-Consuegra L. Study of mandibular fracture repair using quantitative radiodensitometry: a comparison between maxillomandibular and rigid internal fixation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000 ; (58): 776-81.

8- Ellis E, Throckmorton G. Facial symmetry after closed and open treatment of fractures of the mandibular condylar process. 3ra. Ed *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; (58): 719-28.

9- Remmler D, Denny A, Gosain A, Subichin S. Role of three-dimensional computed tomography in the assessment of nasoorbitoethmoidal fractures. *Ann Plast Surg.* 2000; (44): 553-62.

10- Raghoobar GM, Stellingsma K, Batenburg RH, Vissink A. Etiology and management of mandibular fractures associated with endosteal implants in the atrophic mandible. *Oral Surg.* 2000; (89): 553-9.

11-- Lee JT, Dodson TB. The effect of mandibular third molar presence and position on the risk of an angle fracture. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; (58): 394-8.

12- Moreno JC, Fernández A, Ortiz JA, Montalvo JJ. Complication rates associated with different treatments for mandibular fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; (58): 273-80.

13- Ellis E, Simon P, Throckmorton GS. Occlusal results after open or closed treatment of fractures of the mandibular condylar process. 3ra. Ed. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; (58): 260-8.

14- Guss DA, Clark RF, Peitz T, Taub M. Pantomography vs. mandibular series for the detection of mandibular fractures. *Acad Emerg Med.* 2000; (7):

141-5.

15- Laskin DM, Best AM. Current trends in the treatment of maxillofacial injuries in the United States. J Oral Maxillofac Surg. 2000; (58): 207-15.

16- Begum P, Jones S. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Radiological diagnosis of mandibular fracture. J Accid Emerg Med. 2000; (17): 46-7.

## ANEXOS

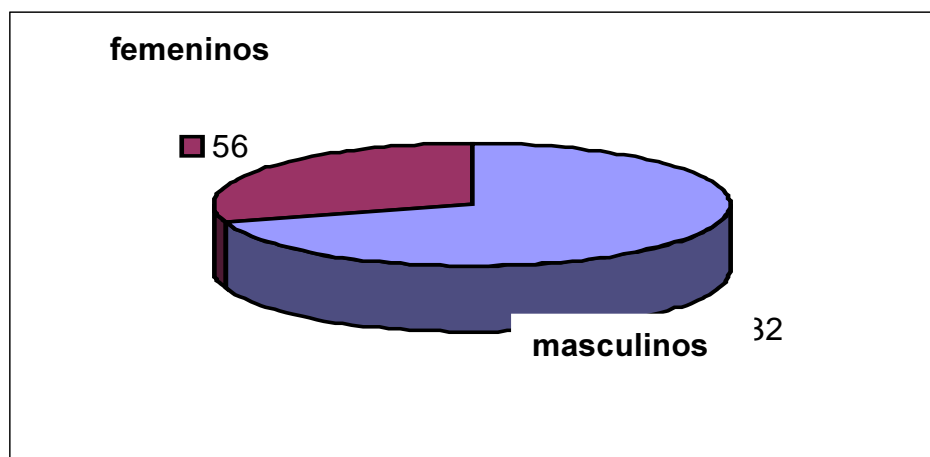
**TABLA 1: Distribución del trauma según edades**

Clases de edades	Total
0-14	20
15-29	50
30-44	65
45-60	34
60 y más	19
<b>Total</b>	<b>188</b>

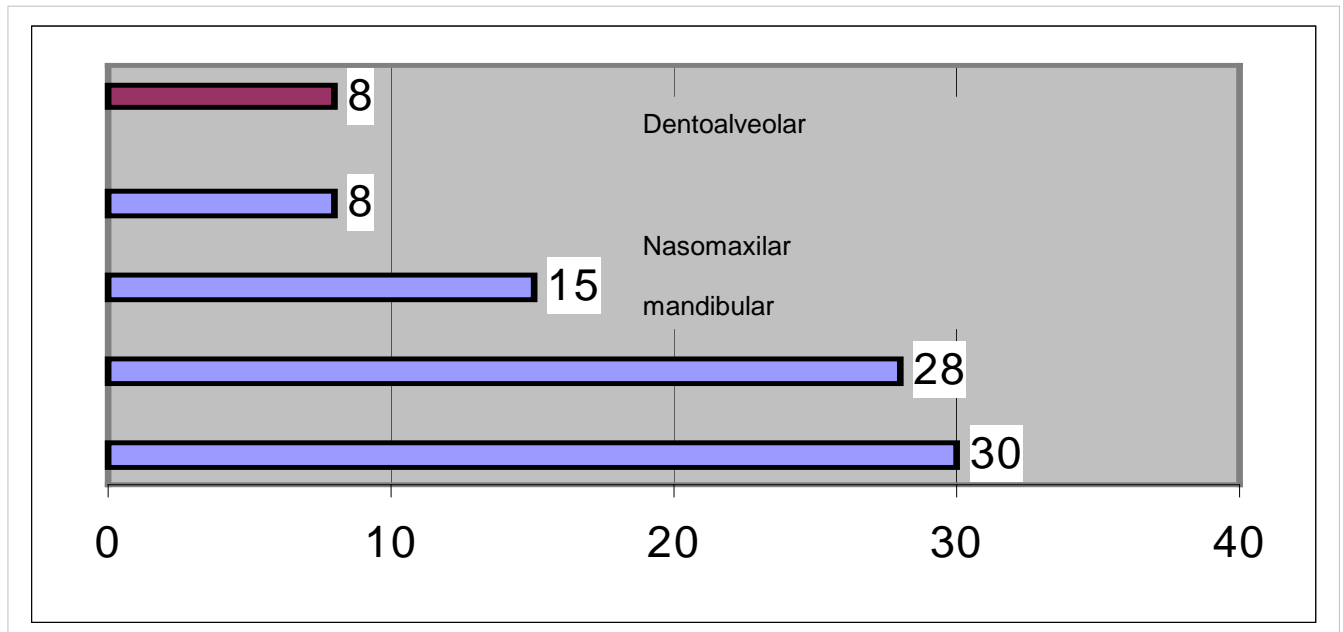
**Fuente :** Historias clínicas.

**GRAFICO 1: Distribución del trauma según sexo**

**Fuente :** Historias clínicas.

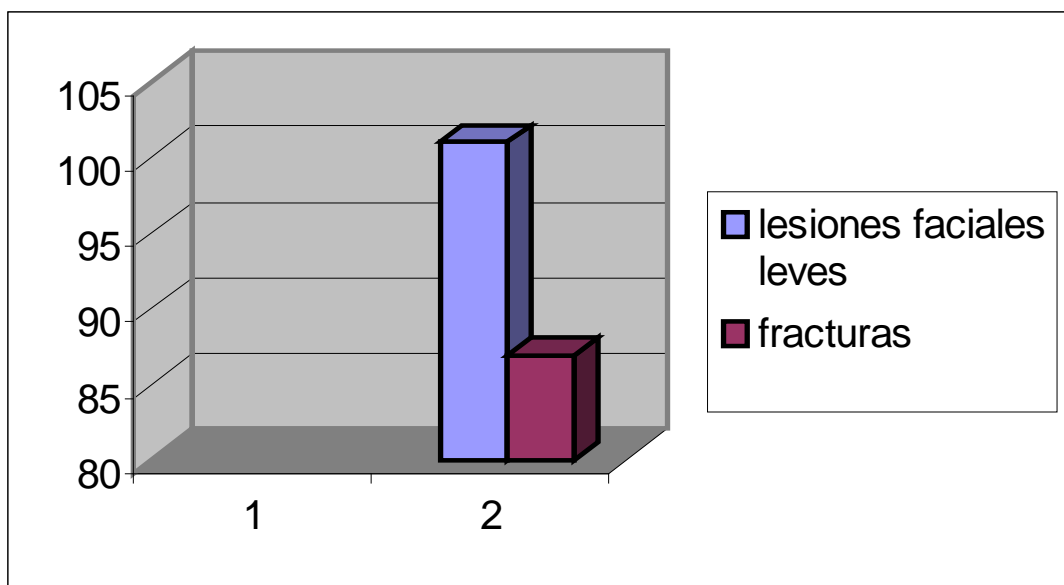


**GRAFICO 2: Distribución de las fracturas según tipo**

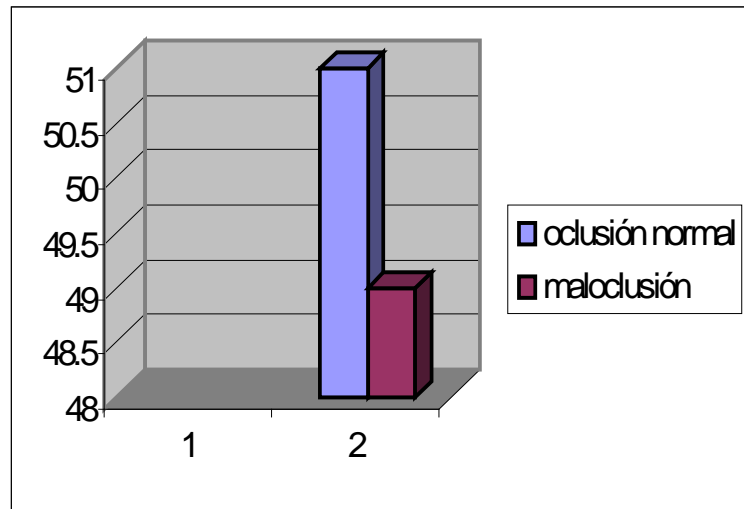


Fuente : Historias clínicas.

**GRAFICO 3: Distribución de las lesiones faciales**



Fuente : Historias clínicas.

**GRAFICO 4: Distribución de la oclusión**

**Fuente :** Historias clínicas.