



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2003; 7(1): 10-16

ARTÍCULO ORIGINAL

Tratamiento de la fractura mandibular. 1999 - 2001

Treatment of the mandibular fracture. 1999-2001

Higinio Hernández González¹, Olga Fredys Lazo Novo², Luis E. Torres Rodríguez³, Juan C. Martínez Piloto⁴.

¹Profesor asistente. Especialista de 1er Grado en Máxilo-Facial, J' del Servicio de Máxilo-Facial. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de 1er Grado en Cirugía Máxilo-Facial. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Residente de 3er Año en Cirugía Máxilo-Facial. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Residente de 1er Año en Cirugía Máxilo-Facial. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se ha realizado un estudio descriptivo en los 18 pacientes ingresados por fractura de mandíbula en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Abel Santamaría Cuadrado de la provincia Pinar del Río en el período comprendido entre los años 1999-2001, con el fin de señalar el tratamiento aplicado a cada uno de ellos atendiendo al tipo de fractura y grado desplazamiento encontrado, obteniéndose como resultado mas significativo que todas las fracturas han sido tratadas conservadoramente, la fijación intermaxilar a través de diferentes procederes, fue el métodos de tratamiento conservador más aplicado, y no se reportaron complicaciones postoperatorias.

Descriptor DeCS: FRACTURAS MANDIBULARES / tratamiento

ABSTRACT

A descriptive study is carried out in 18 patients suffering from a mandibular fracture admitted to Abel Santamaría Cuadrado General Hospital between 1999-2001 Pinar del Río in order to explain the management according to the type of fracture and degree of displacement. As a more significant result it is found that all fractures are being treated conservatively. Intermaxilar fixation by means of different procedures was the most conservative method and non-postoperative complications are reported

Subject headings: MANDIBULAR FRACTURES / treatment

INTRODUCCIÓN

Debido a que la mandíbula es un arco de hueso que se articula con el cráneo en sus extremos proximales por medio de dos articulaciones y como el mentón es un rasgo prominente de la cara, la mandíbula es proclive a fracturarse; ocurriendo con mayor frecuencia debido a las colisiones automovilísticas, los accidentes industriales y de otro tipo, y las peleas; los estudios realizados demuestran mayor incidencia en hombres que en mujeres (3 : 1), los accidentes automovilísticos son la causa más común; 44% de todos los casos.¹⁻³

El tratamiento, al igual que el de las fracturas en otras regiones del cuerpo, está dirigido hacia la colocación de los extremos del hueso en relación adecuada de manera que se toquen y se mantengan en posición hasta que se logre la cicatrización.⁴ Con vista a lograr lo anterior se utiliza la reducción cerrada y la reducción abierta, la primera de ella es más simple; sin exposición quirúrgica del hueso a la vista, realizando la reducción y fijación de la fractura de forma conservadora manteniendo los fragmentos mandibulares fracturados en posición mediante los diferentes medios de fijación maxilomandibular: arcos de Erich, asas

de Ivy, usos de tutores de acrílico en pacientes edentes parciales o totales o las prótesis adaptadas; estos últimos son fijados al maxilar y a la mandíbula mediante la colocación de alambres por vía transalveolar o circunmandibular respectivamente, y en algunos casos el paciente resuelve su estado tan solo con la utilización de una dieta adecuada y medicamentos antiinflamatorios.⁴⁻⁶

El procedimiento quirúrgico por su parte utiliza osteosíntesis alámbrica a nivel de los fragmentos óseos reducidos y la fijación maxilomandibular que garantiza la inmovilización suficiente para la consolidación ósea; también pueden usarse placas metálicas como medio de fijación rígida y prescindir en este caso de la fijación intermaxilar.^{7, 8} El método abierto tiene como desventaja: a) remueve el coágulo protector en ese sitio y se incide el periostio intacto, b) es posible la infección aún con procedimientos asépticos extremos y antibióticos.⁴

Al respecto Bochlogyros plantea que en su revisión de 1521 fracturas de mandíbula halló una incidencia significativa de la infección después de la reducción abierta en relación con la cerrada lo que aumenta el tiempo de hospitalización y los costos.^{9, 10}

Sin embargo una ventaja de este método es la visualización directa de las partes fracturadas y en consecuencia; es posible una mejor reducción.⁴ Otros investigadores plantean que las complicaciones están influidas más por la localización de la fractura que por la reducción abierta o cerrada; o si los dientes en la línea de fractura eran eliminados o no.¹¹

En otros estudios se ha analizado la presencia de terceros molares en la línea de fractura, si es aconsejable la reducción por vía abierta o cerrada y si se preserva o no el molar; lo que concluyó siendo indicado preservarlos siempre que la reducción cerrada sea la planificada.¹²

Dada la frecuencia con que se reportan las fracturas mandibulares se realiza esta investigación con el propósito de evaluar el tratamiento aplicado a los pacientes con fracturas de la mandíbula en el período 1999 -2001 en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado de la provincia de Pinar del Río, así como reportar el tratamiento empleado en cada caso.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes (18 en total), que presentaron fractura de mandíbula, ingresados en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Abel Santamaría Cuadrado de la provincia Pinar del Río en el período 1999-2001.

Los datos tales como: edad, sexo, dirección, tratamiento aplicado y estadía hospitalaria, fueron recogidos por el investigador, de las historias clínicas de cada uno de los pacientes y plasmados en una encuesta elaborada al efecto (se adjunta en la página siguiente).

Para evaluar la aparición de complicaciones, los pacientes fueron seguidos a través de consulta externa con una frecuencia semanal durante los 3 primeros meses inmediatos al tratamiento; y posteriormente con una periodicidad de una consulta quincenal hasta los 6 meses; se continuó hasta el año con los controles mensuales y su alta definitiva.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron medidas de frecuencia y estos fueron llevados a cuadros y gráficos.

RESULTADOS

En el gráfico 1 se presente la modalidad de tratamiento conservador aplicado donde observamos que se utilizó dieta blanda más antiinflamatorio de uso oral en 7 pacientes mientras que al resto (11 pacientes) le fue aplicado formas de fijación maxilomandibular tales como (asas Ivy, arco de Erich y tutores de Gunning).

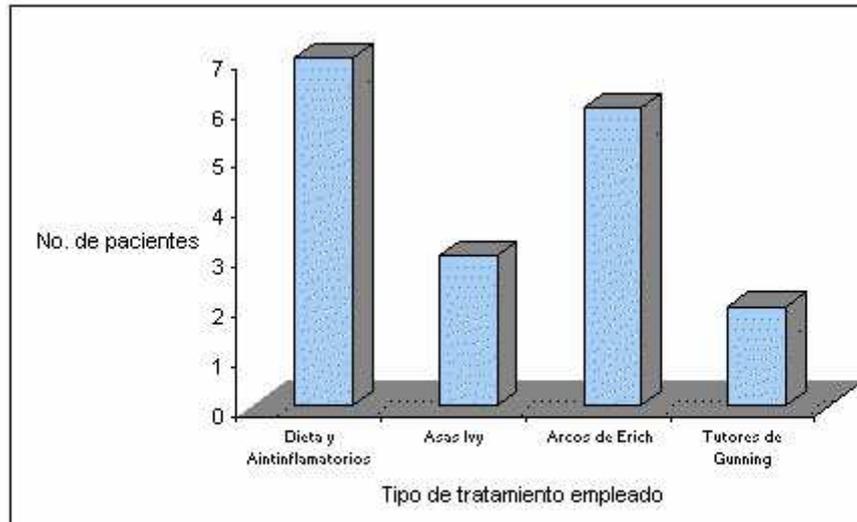


Gráfico 1. Fractura de mandíbula. Modalidad de tratamiento conservador empleado.

En nuestro estudio no aparecieron complicaciones en ninguna de las modalidades de nuestro tratamiento.

La estadía hospitalaria es reflejada en el gráfico 2. En el mismo observamos que sobresale la de 3 días que se presentó en 8 pacientes, después le siguieron las de 2, 4 y 7 días que se presentaron con 2 pacientes cada una.

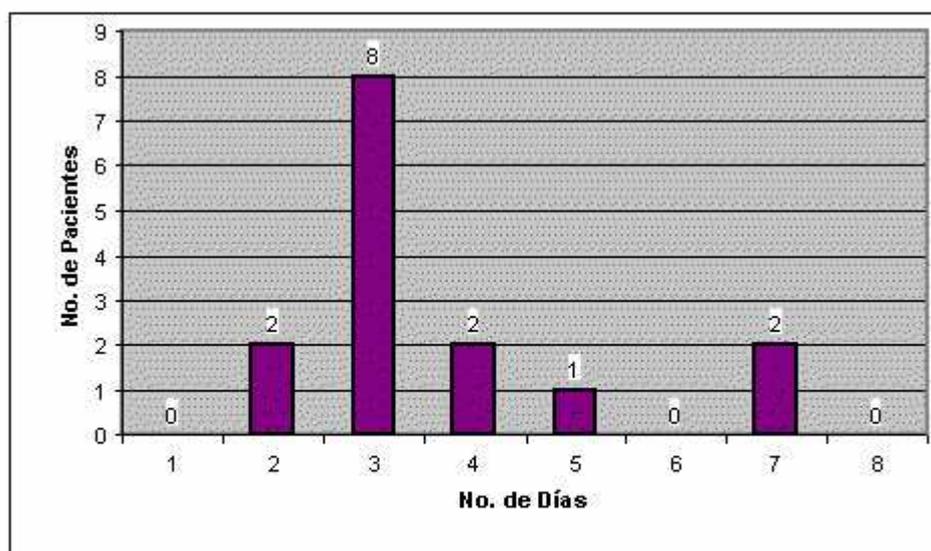


Gráfico 2. Fractura mandibular. Estadía hospitalaria.

DISCUSIÓN

El tratamiento de las fracturas mandibulares puede realizarse con el método cerrado o el abierto. En nuestro caso la intención principal fue de utilizar el primero, donde la fijación maxilomandibular se empleó en el 60% de los casos (11 pacientes) coincidiendo con Chávez¹³ que en su trabajo de 93 pacientes "Diagnostico y Tratamiento de Fracturas Mandibulares" en el 60% fue aplicada la fijación maxilomandibular. En el resto de los pacientes se utilizó antiinflamatorios de uso oral porque las condiciones de los pacientes lo permitía. Estas condiciones fueron:

En el caso de no complicaciones influyó positivamente la no manipulación de los tejidos que se produce con la cirugía abierta ya sea por vía endobucal o externa. Nuestro criterio coincide con el de otros autores destacándose Bochlagyros que encontró una incidencia significativa de la infección después de una reducción abierta en una muestra de 1521 fracturas.⁹

Evaluamos con resultados positivos la situación de estadía hospitalaria que como se refleja hubo una mínima de 2 y una máxima de 7 con un promedio de 4.1 lo que favoreció la recuperación de los pacientes fuera de la institución hospitalaria evitando con ello el riesgo de infección nosocomial. Hay autores como Artigas y Smith que en su trabajo de tratamiento conservador de fracturas de mandíbula plantean que el método cerrado reduce la estancia hospitalaria y los costos por esta patología.¹⁴ Similar criterio se recoge del estudio de Irby WB en 1996.¹⁵ También hay coincidencia en los criterios de Bradley y colaboradores los cuales manifiestan que la estadía hospitalaria se reduce considerablemente con el tratamiento conservador de las fracturas mandibulares.¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cossio PI, Gálvez FE, Pérez JL, García-Perla A, Guisado IMA. Mandibular fractures; A retrospective study of 99 fractures in 59 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 329-331.
2. Ruzin GP. The rule of adaptation to new medicogeographical conditions in mandibular fractures. *Stomatologilia Mosk* 1995; 74 (3): 43-3.
3. Barrera JE. Mandibular body fractures. *Medice Journal* 2002; 3 (5): 7-12.
4. De Rio G, Gamba U, Anghinoni M, Sesenna E. A comparison of a closed treatment of condilar fractures. A change in philosophy: *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30 (4): 384-9.
5. Sajdar N, Miechan IG. Relation ship between fractures of the mandibular angle and the presence and state of eruption of lower third molar. *Oral Surg* 1998; 79(6):680-4.
6. Lazo Novo OF. Comportamiento de las fracturas mandibulares en el Hospital Abel Santamaría en el período 1997-1999 (TESIS) Pinar del Río: Abel Santamaría; 2001.

7. Evans GR, Clark N. Role of mini and microplate fixation in fractures of mandible. *Ann Plast Surg* 1997; 34 (5): 453-6.
8. Katon F. Fixation of mandibular body fracture with combination of one piece east splint and miniplate. *Tokohu J Exp Med* 1998; 175 (2): 111-21.
9. Bochlogyros PN. A retrospective study of 1521 mandibular fractures. *I Oral Maxillofac Surg* 1985; 43 (5): 597-599.
10. Arches WH. Fractura de los huesos maxilares y faciales. *Cirugía bucal*. 2ª ed. t II. Ciudad Habana: Editorial Científico-Técnica; 1971. pp. 775-926.
11. James RB. Prospective study of mandibular fractures. *I Oral Surg* 1981; 34-273.
12. Díaz Fernández IM. Morbilidad asociada con los 3eros. molares retenidos o parcialmente erupcionados en la línea de fracturas mandibulares. *Rev Cubana Estomatol* 1995; 32 (1): 41-44.
13. Chávez A. Incidencia, diagnóstico y tratamiento de las fracturas del maxilar inferior en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 1991-1995. Arequipa: UNAS; 1996. pp. 71.
14. Artigas M, Smith A. Conservative treatment of mandibular fractures. *Folha*; 1997; 114 (supp 1): 13-7.
15. Irby WB. Facial trauma and concomitant problems. Part I. *I Oral Maxillofacial Surgery* 1996; 49 (8): 931-6.
16. Bradley KL. Treatment of fracture mandible. *Am I Surg* 1997; 129: 1054-63.

Recibido: 9 de septiembre del 2002.

Aprobado: 6 de marzo del 2003.

Dr. Higinio Hernández González. Calle 1ra e/ A y B. Hermanos Cruz. Pinar del Río.
E -mail: higinio@has.pri.sld.cu