

HOSPITAL GENERAL DOCENTE “CIRO REDONDO GARCÍA”, ARTEMISA. CLÍNICA ESTOMATÓLOGICA DOCENTE DE ARTEMISA.

TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES EN NIÑOS

Dr. Juan Carlos Quintana Díaz¹, Dra. Licerba Álvarez Campos², Lic. Bárbara M. Giralt López³.

1. Especialista de II grado en Maxilofacial. Auxiliar.
2. Especialista de I grado en Maxilofacial.
3. Licenciada en Cultura Física. Instructor.

RESUMEN.

Se realizó un estudio en 202 niños atendidos en el municipio de Artemisa con traumatismos de la región maxilofacial, de los cuales el 68.3 % correspondieron al sexo masculino y el 31.7 % al femenino. El grupo de edades más afectado fue el de 3-5 años seguido del de 9-12 años. Las causas principales de los traumatismos fueron la caída de sus pies con 55.5 %, las heridas contusas, la lesión más frecuente de los tejidos blandos, y la fractura dentoalveolar y de los tejidos duros. Las regiones anatómicas más afectadas fueron la dentoalveolar superior, la frontal, nasal y mentoniana por la orden.

Descriptores DeCs: **TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES/etiología; FRACTURAS DE LOS DIENTES/etiología; HUESO NASAL/lesiones; FRACTURAS CRANEALES/etiología; PEDIATRIA**

INTRODUCCIÓN.

En los últimos años, la pediatría mundial viene denunciando el alarmante aumento de las lesiones producidas en los niños por diversos tipos de accidentes. La región facial es una de las zonas del cuerpo humano en la que con mayor frecuencia se producen lesiones traumáticas por diferentes causas.¹⁻⁵ Las lesiones traumáticas, que en su mayoría no comprometen la vida del hombre, ocurren en la parte más visible del cuerpo y tienen el privilegio de causar deformidades que son muy difíciles de tratar. Esto es particularmente importante cuando se trata de niños, debido al incremento de la peligrosidad de las lesiones y las cicatrices faciales, las cuales pueden afectar los centros de crecimiento y desarrollo del macizo facial, y pueden dar lugar a defectos funcionales, traducidos en el futuro adulto en hipoplasias, atrofas o desarmonías faciales.⁴⁻⁸

Con este artículo se pretende analizar el comportamiento de los traumatismos faciales en niños en el municipio de Artemisa, así como determinar las causas, edad y sexo, tipo de lesiones y región facial más afectada.

MATERIAL Y MÉTODO.

El estudio se realizó en el periodo 2001 y 2002 (2 años) en los cuerpos de guardia del Hospital General Docente “Ciro Redondo García” y la Clínica Estomatológica Docente de Artemisa, donde se analizaron y estudiaron todos los niños que se atendieron con algún tipo de traumatismo facial, los que constituyeron nuestro universo de trabajo.

Para facilitar la recolección de la información se confeccionó una planilla donde se recogieron los siguientes datos: nombres y apellidos, edad, sexo, causa, tipo de lesión y región anatómica afectada.

Una vez recopilada la información se llevaron a planillas resúmenes para determinar los porcentajes y promedios y de donde confeccionamos las tablas de salida para los cuales nos auxiliamos con un bioestadístico.

RESULTADOS.

En la tabla 1 se expone la distribución del paciente según el sexo, donde el 68.3 % corresponden al sexo masculino y el 31.7 % el femenino.

Tabla 1: Distribución por sexo

SEXO	No	%
MASCULINO	138	68.3
FEMENINO	64	31.7
TOTAL	202	100

Fuente: Registros estadísticos

Con respecto a la edad (tabla 2) el grupo de edades con más niños afectados fue el de 3-5 años con 42.5 %, seguido del de 9-11 años con 19.8 % y el de 0 a 2 años con 14.9 % siendo el grupo menos afectado el de 12 – 14 años con 8.9 %.

Tabla 2: Distribución de pacientes por edades.

EDADES	No	%
0-2 Años	30	14.9
3-5 Años	86	42.5
6-8 Años	28	13.9
9-11 Años	40	19.8
12-14 Años	18	8.9
TOTAL	202	100

Fuente: Registros estadísticos

Las causas más frecuentes de los traumatismos faciales en niños (tabla 3) fueron las caídas de sus pies, con 55.5 %, seguida de otras caídas con 14.9 %, la agresión con objetos con 10.9 % y los accidentes del tránsito con 9.9 %.

Tabla 3: Principales causas de los traumatismos

CAUSAS	No	%
CAIDA DE SUS PIES	112	55.5
CAIDA DE OTRO TIPO	30	14.9
AGRESION CON OBJETO	22	10.9
ACCIDENTES DEL TRANSITO	20	9.9
ACCIDENTES DEPORTIVOS	10	4.0
AGRESION POR ANIMALES	8	3.9

TOTAL	202	100
-------	-----	-----

Fuente: Registros estadísticos

En la tabla 4 se reflejan las lesiones mas frecuentes encontradas, donde hubo un predominio de las lesiones de tejidos blandos con respecto a los duros, las heridas contusas con 45.9 % y las contusiones y excoriaciones con 15.4 % y 9 % (tejidos blandos) y la fractura dentoalveolar 10.9 % (tejidos duros).

Tabla 4: Distribución según tipo de lesión.

TIPO DE LESION	No	%
HERIDAS CONTUSAS	102	45.9
CONTUSIONES	34	15.4
FRACTURA DENTOALVEOLAR	24	10.8
EXCORIACIONES	20	9.0
HERIDAS INCISAS	8	3.6
HERIDAS DESGARRADAS	8	3.6
LUXACION DENTARIA	10	4.5
FRACTURAS NASALES	4	1.8
AVULSION DE DIENTES	6	2.7
INTRUSION DE DIENTES	5	2.3
FRACTURAS MAXILOMALARES	1	0.4

TOTAL	222	100
-------	-----	-----

Fuente: Registros estadísticos

En cuanto a las regiones anatómicas faciales mas afectadas (tabla 5) y en orden de frecuencia, se encontró la dentoalveolar superior (18%). la frontal (15.4 %), la nasal y mentoniana con 12 % cada una y la labial superior con 8.2 %.

Tabla 5: Distribución según región facial afectada

REGION AFECTADA	No	%
DENTOALVEOLAR SUPERIOR	40	18
FRONTAL	34	15.4
NASAL	26	12
MENTONIANA	26	12
LABIO SUPERIOR	18	8.2
LABIO INFERIOR	14	6.4
LINGUAL	14	6.4
GENIANA	8	3.6
MALAR	8	3.6
NASOGENIANA	6	2.7
PALATINA	6	2.7
SUPERCILIAL	4	1.8

DENTOALVEOLAR INFERIOR	4	1.8
MASETERINA	4	1.8
AURICULAR	4	1.8
CUELLO	2	0.9
PARPEBRAL	2	0.9
TOTAL	222	100

Fuente: Registros estadísticos

Discusión.

Los resultados alcanzados en este trabajo coinciden con la mayoría de los autores consultados. Levi¹, Pérez², Andreasen⁸, Brahana⁹ y Chonck¹⁰, coinciden en que los varones son más propensos a lesiones, lo cual se debe a que los niños practican juegos de naturaleza más fuerte que las niñas, con un accionar más rápido y por lo tanto se encuentran más expuestos al trauma. En nuestro estudio, entre las edades de 1 mes hasta los 5 años, se encontraron más del 50 % de la muestra (116 casos). De ello se puede inferir que los niños de estas edades se encuentran más expuestos al trauma, debido a la frecuencia de juegos al comenzar a caminar, la establecimiento sus primeras relaciones sociales y a que los niños de estas edades no tienen visión sobre el peligro. Levi ¹ coincidió con los resultados de este estudio en que el grupo más afectado era el de 3-5 años y el menos el de 12-14 años. Asimismo, se encontró que el 70.4 % de los accidentes ocurrieron por algún tipo de caída, muy similar a lo expuesto por la mayoría de los autores ^{1,3,11}. Sólo el 9.9 % de las lesiones fueron accidentes del tránsito y el 4.9 % en accidentes del deporte, coincidiendo con los resultados reportados, donde se plantea que esta causa constituye entre el 3-18 % de todos los accidentes maxilofaciales. ¹²⁻¹³

Las lesiones de los tejidos duros de la cara en niños son reportadas como poco frecuentes. La relativa baja frecuencia con respecto a los adultos se explica en gran medida a la mayor elasticidad de los huesos de los niños, al menor tamaño de sus huesos fáciles con respecto al cráneo y que ellos están expuestos a traumas de menor intensidad que los adultos. ^{1,13,14,15}. En nuestro estudio se encontraron solamente tres fracturas nasales y una maxilomolar, y como más frecuente, la dentoalveolar, resultado similar a lo planteado por Levi¹, Pérez ², Wedmer³ y Taller.¹³

Es de destacar que durante este periodo no se reportó ningún caso de fractura mandibular a diferencia de algunos autores que la han encontrado con relativa frecuencia. ^{1,6,15}.

En cuanto a las zonas más afectadas, los resultados de este estudio no coinciden totalmente con los reportados en la literatura. Indistintamente se han encontrado como la región más frecuente, la frontal labial o la nasal ^{1,3,7,11}, sin embargo, nosotros si creemos que las regiones dentoalveolar, labial y nasal se encuentran más expuestas a recibir traumas de consideración por su posición algo más adelantada que los demás.

De todo lo expuesto en nuestro trabajo, estimamos que lo más importante es prevenir estos traumas que se traducen en ocasiones en deformidades muy desagradables que pueden afectar la psiquis de los niños y que mediante una adecuada educación para la salud se pueden disminuir en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Levi Alfonso J. Lesiones traumáticas del macizo facial en niños. Rev Cubana Estomatol 1982; 20; 215-22.
2. Pérez R, Berkowitz R, McIveen L, Forrester D . Dental trauma in children: a survey. Eudod Dent Traumatol 1991; 7(5):212 -3.
3. Widmer RP. Orofacial trauma in children. Aust Fam Physician 1992; 21(9):1263-5.
4. Henry RJ. Pediatric dental emergencies. Pediatr Nars 1991; 17(2):162-7.
5. Levi Alfonso J. Secuelas de las lesiones traumáticas faciales en niños. Rev Cubana Estomatol 1984; 21; 217- 22.
6. _____. Doun Ason N. Análisis de las lesiones faciales por traumatismos en niños que motivaron la hospitalización en un periodo de 2 años. Rev Cubana Estomatol 1985; 22; 268-75.
7. _____. Análisis de las regiones del cuerpo afectadas en niños politraumatizados. Rev Cubana Estomatol 1984; 21; 223-31.
8. Andreasen FM, Dangaard JJ. Treatment of traumatic dental injuries in children. Curr Opin Dent 1991; 1(5):535-50.
9. Braham RL. Management of dental trauma in children and adolescents. J Trauma 1997; 17:11-3.
10. Chouck Lins SO, Yang CC, La CS, Tsai CW, Chang CW. Management of windshield facial injuries. Kao Hsiung I Hsuch Ko Husuch Tsa Chih 1993; 9(3):153-61.
11. Kaban L. Facial fractures in children. Plast Recons Surg 1997; 59; 1-4.
12. Quintana Díaz JC, Giralt López B. Incidencia de fracturas maxilofaciales relacionadas con el deporte. Rev Cubana Estomatol 1996; 33(2):87-90 .
13. Taller SR, Huang V. Midfacial fractures in the pediatric population. Ann Plast Surg 1992; 29 (4):348-52.
14. Blez P, Champy M, Klink M, Kahn JL, Valfrey J, Bientz J. Fractures of the middle third of the face in children: anatomaclinical; diagnostic and terapeutical characteristics. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1992; 93(3):148-50.
15. Spitzer WJ, Hirschfelder U, Mussig D, Hertrich K. I findings following functional orthopedic treatment of TMJ fractures in the growth period. Dtsch Zahnarztl Z 1991; 46 (1):57-9.

SUMMARY

A study of 202 children attended in Artemisa municipality with injuries in the maxillofacial region in

which the 68.3% corresponded to the male sex and 31.7% to the female sex was done.

The principal causes of the injuries were fall from their feet with 55.5% , the wounds and the most frequent lesions were of the soft tissues and the alveolar and hard tissue. The most affected anatomic regions were the higher dentoalveolar the front, nasal and chin region.

Subject headings: **MAXILLOFACIAL INJURIES/etiology; TOOTH FRACTURES/ etiology; NASAL BONE/injuries; SKULL FRACTURES/etiology; PEDIATRICS**