

FRACTURA CONMINUTA DE LA MANDIBULA EN NIÑOS. INFORME DE UN CASO

Dr. Juan Ignacio Bandera Tavera¹, Dra. Nuria Pérez Delgado, Dr. Francisco Hernández Magdariaga, Dra. Martha Acosta Calderón.

RESUMEN

Debido a la complejidad de la fractura conminuta de la mandíbula en menores, se presenta el caso de un niño de 9 años de edad, atendido quirúrgicamente, con satisfactorios resultados.

Palabras clave: FRACTURAS MANDIBULARES/cirugía; FRACTURAS CONMINUTAS/cirugía; TRAUMATISMOS MANDIBULARES/clasificación.

INTRODUCCION

La traumatología facial en niños constituye un tema de interés para nuestra especialidad, toda vez que el descuido de su tratamiento puede ocasionar graves trastornos en el ulterior desarrollo del macizo facial.^{1,2}

El tratamiento del niño es básicamente igual que en el adulto, aunque existen determinadas diferencias, debido que el trauma ocurre sobre órganos en intenso periodo de crecimiento, lo que puede ocasionar alteraciones morfofuncionales y psíquicas asociadas.^{3,5-7}

La rapidez con que se ocurren los procesos reparadores en esta edad debido a la elevada actividad osteogénica, obliga a la instauración urgente y adecuada del tratamiento.⁸

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.*

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO EN NIÑOS. ^{13,16,18}

- El diagnóstico resulta problemático debido a la escasa cooperación del niño.
- Las radiografías son de difícil interpretación; en ocasiones se requiere de la sedación del niño para su realización.
- Por las características de sus tejidos, es frecuente la hipertrofia de las cicatrices, por lo que se requieren cuidados especiales en el tratamiento de las heridas.

El diagnóstico y tratamiento precoz de las fracturas faciales en el niño evitan secuelas secundarias. Se debe tener en cuenta que: ^{15,19}

- Después de 5 días, la formación del callo óseo interfiere con la reducción de la fractura.
- Después de 10 a 14 días, puede resultar imposible su reducción.
- La pérdida del 20% de la volemia en el niño conduce al choque, por lo que el sangramiento debe controlarse inmediatamente
- En los niños deben utilizarse las técnicas y aparatos más sencillos, con los que se logren resultados eficaces y no interfieran con el crecimiento y la erupción dentaria.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES MAXILOFACIALES PARA SU MEJOR ATENCION ^{9,13,18,19}

- Leves: Aquellas en las que sólo se afectan los tejidos blandos superficiales, con compromiso del tejido celular subcutáneo. Ej.: contusiones, excoriaciones y heridas incisas.
- Menos graves: Aquellas en las que se detecta un compromiso menor del esqueleto facial. Ej.: heridas profundas que interesan el periostio.
- Graves: Aquellas en las que se detecta un compromiso mayor del esqueleto facial. Ej.: heridas desgarradas, heridas avulsivas y fracturas simples del esqueleto facial.
- Con peligro de muerte inminente: Cuando existe compromiso del pasaje aéreo, hemorragia profusa e incontrolable y cuando el trauma facial se encuentra asociado a alteraciones del sistema nervioso central. Ej.: fractura Lefort I, II, III, fractura doble del mentón, lesión externa de la lengua, suelo de boca o ambos, politraumas.

INFORME DEL CASO

Paciente masculino, A.R.D., de 9 años de edad, con antecedente de salud anterior, que sufre caída de un árbol de mamoncillo, de aproximadamente 6 metros de altura. Recibe múltiples golpes en toda la economía, con predominio bucofacial y pérdida transitoria del conocimiento. Recibe los primeros auxilios en el consultorio de su área de salud.

Es rescatado y trasladado por apoyo vital avanzado hacia el cuerpo de guardia del hospital pediátrico "Gral. Pedro A. Pérez", donde se le realizan los procedimientos clínicos preoperatorios. Se decide tratamiento quirúrgico de urgencia.

EXAMEN FISICO:

Cardiorrespiratorio: negativo

SNC: Ligeramente desorientado e intranquilo

Cara: Aumento grosero de volumen del tercio medio e inferior, con solución de continuidad del tejido blando de aproximadamente 10 cm desde la región del mentón y cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo, que interesaba desde la piel hasta el hueso, el cual se observaba con gran conminución de este tejido y múltiples folículos dentarios fuera de sus criptas.

Boca: Sangramiento activo abundante con desgarro del tejido gingival desde 71 a 76 y algunos folículos dentarios sueltos.

Rx: Vistas AP de mandíbula y lateral oblicua de mandíbula: se observa gran conminución del tejido óseo a nivel del cuerpo izquierdo de la mandíbula y ambos ángulos de la misma (Figuras 1 a 4).

TRATAMIENTOS REALIZADOS

Una vez realizados los exámenes clínicos y de laboratorio de urgencia, se decide emplear tratamiento quirúrgico, el cual consistió en:

- Traqueotomía de urgencia
- Abordaje de los focos de fracturas y osteosíntesis alámbrica en el cuerpo de la mandíbula y reimplante de los folículos dentarios encontrados dislocados en la cavidad bucal durante el tratamiento quirúrgico
- Se traslada a la UCIP, siete horas después, con respiración artificial estertorosa, sangramiento ligero por la boca, muy taquicárdico y hemodinámicamente estable. Se acopla al SERVO 900C, se le aportan volúmenes y se le protege con antibióticos (penicilina y cloranfenicol). El postoperatorio transcurre tórpidamente, aproximadamente 15 días, cuando se presentaron varias complicaciones, como grosero edema de toda la región craneofacial, cuello y tórax, signos de sepsis de la traqueotomía y fiebre mantenida, las cuales fueron controladas con el tratamiento intensivo que permitió, 18 días después, el traslado del paciente a la sala de cirugía del hospital hasta su egreso y seguimiento por consulta externa. Se realizó interconsulta con las especialidades de ortodoncia, prótesis y psicología.

DISCUSION

Aun cuando los traumatismos de los niños son muy frecuentes, la incidencia de las fracturas de la cara es relativamente baja; la resistencia de los huesos del niño pequeño es mayor que la del adulto, ya que sus huesos tienen mayor cantidad de esponjosa y menor de cortical, lo que les proporciona elasticidad.^{2,4,8,9,18,19}

En este paciente el diagnóstico se basó en el cuadro clínico, así como en los estudios realizados de urgencia, considerando que se trataba de un politraumatizado con peligro inminente de muerte.^{9,13,16,9}

Llamó la atención, a pesar del grosero edema bucofacial, el sangramiento, así como la movilidad extrema del cuerpo y el mentón de la mandíbula con varios folículos dentarios sueltos en la cavidad bucal del paciente, el cual se encontraba vivo.

En la bibliografía revisada, muchos autores consideran esta entidad incompatible con la vida en las niños.^{2,4,-9,13,18,19}

Según los principios de tratamiento en los niños, propuestos por varios autores^{13,15,19} y mencionados en este trabajo, se realizó el tratamiento quirúrgico de urgencia establecido para estos pacientes, encaminado a preservar la vida. En el mismo acto se

implantaron todos los folículos dentarios encontrados en la cavidad bucal, aprovechando la solución de continuidad de los tejidos blandos intra y extra bucales de la región de la mandíbula.

Por todo lo antes expuesto y la evolución satisfactoria de nuestro paciente emitimos las siguientes consideraciones finales.

CONSIDERACIONES FINALES

El tratamiento de urgencia oportuno sigue siendo el indicado en las fracturas conminutas en niños.

RECOMENDACIONES

- Continuar trabajando en la prevención de los accidentes domésticos en la comunidad.
- Utilizar el presente trabajo como material de estudio en nuestro servicio y otros hospitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gruss JSMD. Fractures craneofacial. Management and results. WB Saunders, 1995.
2. Guerra I Del Río A. Guías de Practica Clínica: ¿Merece la pena su desarrollo? 1994: 229-04.
3. Hoffmeister B. Pediatric maxillofacial trauma. En: Ward P, Schendel S A, Hausamen JE, Editores. Maxillofacial Surgery. Vol 2. Churchill Livingstone: London; 1999: 221-28.
4. James D. Maxillofacial injuries in children. J Trauma, 1976: 538-57.
5. Journal of Oral and Maxillo Facial. Surgery. March 1996:54 (3).
6. Kaban LB. Diagnosis and treatment of fractures of the facial bones in children 1943-1993. J Oral Maxillofac Surg; 1993;51: 722-29.
7. Kruger OG. Cirugía Buco-Facial. 5ta. Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana 1999.
8. Manson B, *et al.* Craneofacial Fractures. Management and results. United States: WB Saunders 1997.
9. Dirección Nacional de Estomatología. Manual para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía maxilofacial. Ciudad de la Habana: MI NSAP; 1987.

10. Paparella M M. Otorrinolaringología. Cabeza y Cuello. 3a. ed. Vol III Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.
11. Peter WB, Stephen A. S, Jarg EH. Maxilofacial surgery and trauma. United States: WB Saunders 1999.
12. Protectores bucales. 2001. Disponible en : <http://www.infomed.es>
13. Quetglas J. Traumatología Facial. Cirugía Plástica. Sociedad Española de Cirugía Plástica Madrid: Iberoamericana; 1989.
14. Converse JM. Orbital and naso-orbital fractures. Symposium of Plastic Surgery in the Orbital Region. Mosby & Co: San Luis; 1976.
15. Crockell DM, Funk GF. Management of complicated fractures involving the orbits and nasoethmoid complex in young children. Otolaryngol Clin North Am; 1991;24: 119-137.
16. Dingman RO, Converse JM. En: Converse JM. Reconstructive Plastic Philadelphia: WB Saunders & Co.; 1997.
17. Ellis RJ. The classifications and treatment of injuries to the teeth of children. 5ª ed. Chicago: Year Book Medical Publisher; 1970.
18. Ellis E, Chali GE. Lag screw fixation of anterior mandibular fracture. J Oral Maxillofac Surg; 1991; 49: 234-243.
19. Felipe FACS. Cirugía plástica reconstructiva y estética. Juan N Corpas, Bogotá, Colombia, 1997.

FIGURAS

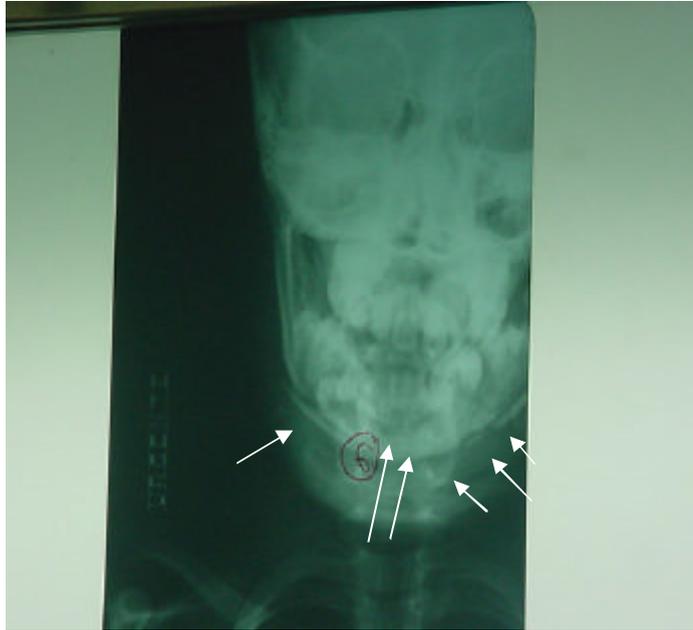


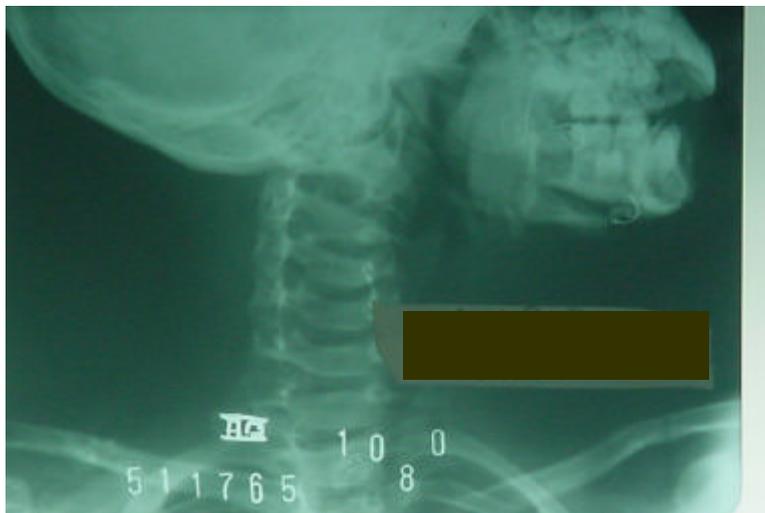
Figura 1. Fractura conminuta de mandíbula. Vista AP con pérdida de incisivos antero-inferiores.



Figura 2. Fractura conminuta de mandíbula. Vista lateral preoperatoria.



*Figura 3. Fractura conminuta de mandíbula.
Vista AP posoperatoria.*



*Figura 4. Fractura conminuta de mandíbula. Vista AP
posoperatoria.*