

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento clínico-epidemiológico de las lesiones de los tejidos blandos maxilofaciales

Dr. Hormanis Legrá López

Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencia en Estomatología. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Se realiza un estudio para determinar el comportamiento clínico-epidemiológico y tratamiento de los pacientes con lesiones de tejidos blandos maxilofaciales que acuden al Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo en el período de noviembre de 2010 - agosto de 2011 referidos desde los servicios de urgencias de la Atención Primaria de Salud. El universo de estudio está constituido por 913 pacientes, en los cuales se encontraron 1 615 lesiones de los tejidos blandos faciales. Se estudian variables, tales como: edad, sexo, causa de traumatismo, relación con ingestión de bebidas alcohólicas y relación con época del año y días de la semana. Los resultados muestran que las lesiones de los tejidos blandos que predominan son las laceraciones y contusiones, con predominio del sexo masculino. La violencia física es la causa fundamental de producción de dichas lesiones, con mayor frecuencia en los meses de julio agosto y diciembre, y fines de semana.

Palabras clave: tejidos blandos faciales, laceraciones

INTRODUCCIÓN

La cara, es una de las pocas regiones del organismo totalmente desprotegida y como ninguna otra es la que representa la belleza humana. Debido a que la auto imagen ó aceptación social está a menudo derivada de la apariencia facial, cualquier lesión que afecte estos tejidos requiere de particular atención y aunque en su mayoría no comprometen la vida, si pueden tener no solo una alteración funcional, sino también un componente estético de destacada influencia sobre el

psiquismo del paciente resultando así la importancia que tales traumatismos puedan adquirir.¹

La epidemiología permite dar un enfoque más preciso a este fenómeno que no deja de constituir un problema de salud ya que brinda información para combatir la enfermedad, aplica el pensamiento de forma sintetizada no solo al individuo, sino a la comunidad y la familia, con la finalidad de dar a conocer las causas e iniciar medidas que coadyuven a su control.²

En Guantánamo diversos investigadores centran su atención en el estudio del trauma facial, que representa la principal causa de urgencia en los servicios de esta especialidad, cuyo significado está en su frecuencia más común, en adolescentes y adultos jóvenes, lo que implica pérdidas económicas, por concepto de tratamiento médico quirúrgico, o por incapacidad laboral y en algunos casos inciden complicaciones que a corto o largo plazo pueden limitar la calidad de vida del paciente, o determinar secuelas estéticas y funcionales.

Aunque ninguno ha abordado como objeto de estudio a los traumatismos de partes blandas de la cara en su conjunto, siendo la primera causa de asistencia de urgencia en el cuerpo de guardia de este servicio.³

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, utilizando como método fundamental la triangulación metodológica, considerando el comportamiento epidemiológico actual de los traumatismos de los tejidos blandos faciales en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" desde noviembre del 2010 a agosto de 2011, cuyo universo de estudio está integrado por 913 pacientes en los cuales se encontraron 1615 lesiones de los tejidos blandos maxilofaciales, para recoger la información se toma como fuente las hojas de cargos adaptadas para la investigación en este período y las historias clínicas, las cuales contenían diferentes variables relacionadas con los objetivos propuestos.

Criterios de inclusión: Todo paciente con lesiones de los tejidos blandos maxilofaciales que acude al cuerpo de guardia de maxilofacial, durante el período comprendido entre noviembre del 2010 a Agosto del 2011 y dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Criterio de exclusión: Pacientes que asistieron al cuerpo de guardia de urgencias de maxilofacial sin presentar lesiones traumáticas de los

tejidos blandos o que presentando alguna no diera su consentimiento para participar en el estudio.

Técnicas de procesamiento y análisis estadístico

Se emplea una computadora Pentium IV con ambiente Windows 7 ultimate. Los textos se procesan con Microsoft Word 2007, las tablas se realizaron con Microsoft Excel 2007. Para el análisis e interpretación de los resultados se utiliza como medida resumen el porcentaje. Todos los análisis realizados permiten finalmente establecer conclusiones y se emiten recomendaciones según los resultados obtenidos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Desde noviembre del 2010 hasta agosto del 2011, recibieron atención médica en cuerpo de guardia del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia de Guantánamo un total de 913 pacientes por concepto de traumatismos de los tejidos blandos del área maxilofacial, con un comportamiento estadístico como se describe a continuación

Los grupos de edades más afectados por traumatismos de los tejidos blandos maxilofaciales en el período revisado correspondió al de 25-34 y 15-24 años para un 26.6 % y 24.7 % respectivamente del total de examinados. El sexo más representativo (Tabla 1) fue el masculino con 510 pacientes para el 55.8 % mientras que el femenino con 413 para el 49.2 %.

Arellano encuentra en su investigación una proporción de 5 a 2 del sexo masculino en relación al femenino, resultados similares obtienen la totalidad de las revisiones realizadas para este estudio, coincidiendo en afirmar que la causa fundamental se debe a que los varones están expuestos a trabajos y prácticas de deportes más rudos que las hembras, así como también a la ingesta de bebidas alcohólicas entre otras actividades que generan acciones violentas lo que explica que los procesos traumáticos son más comunes en varones jóvenes; edades en las cuales se definen aspectos importantes desde el punto de vista estético, socioeconómico, patrones culturales y de selección de pareja entre otros se tendrá en cuenta el devastador daño funcional, estético y psicológico que ocasionan estos traumatismos en las edades tempranas de la vida.

Al analizar las principales causas de los traumatismos de los tejidos blandos faciales (Tabla 2) se aprecia que de forma general las acciones

violentas como las peleas y la violencia domestica por diversos motivos jugaron un papel preponderante con 473 pacientes afectados lo que representa el 51.8 % de los traumatismos de partes blandas de la cara, seguidas de los accidentes del tránsito con 283 pacientes (30.9 %), luego los accidentes durante la práctica de deportes, 45 (4.9 %) y los menos significativos en el estudio fueron los accidentes laborales y las mordidas de animales y humanas con el 2.9 y 1.9 %, respectivamente.

Rahman y colaboradores describen en un estudio sobre los traumatismos maxilofaciales en general, realizado en Malasia un predominio de los accidentes de vehículos y motores como la causa más común de lesiones maxilofaciales, seguidas de las caídas y los asaltos.

Otros estudiosos como Kieser y colaboradores, en Nueva Zelanda encontraron resultados similares a los de este estudio. La literatura nacional e internacional informa que los accidentes ocupan el primer lugar seguido de las riñas. Estudios realizados en otras provincias encontraron estos dos agentes como los de mayor incidencia en estas afecciones.

Trumpy y Kruger plantean que la violencia física es responsable del 69 % de los traumas faciales. Cuenca y Rednibd, obtuvieron resultados diferentes en una serie de casos en México y el Reino Unido, donde el mayor porcentaje (67 %) de lesiones fue debido a los accidentes del tránsito y luego la práctica de deportes. Internacionalmente los accidentes de tránsito son la primera causa de traumas faciales graves en áreas rurales. En contraste, en áreas metropolitanas la violencia doméstica es la principal causa de trauma facial en las poblaciones más densas, la diferencia puede ser debido al reforzamiento de las leyes del tránsito.

En Guantánamo en los últimos tiempos se han incrementado las afecciones traumáticas como resultado de las acciones violentas lo que ha generado estudios sobre la violencia física e intrafamiliar encontrando resultados similares a estos^{12,13}. Por tales motivos se considera continuar el estudio futuro de estas causas en la población guantanamera.

El 70.3 % de las lesiones corresponden a personas que viven en áreas de procedencia urbanas y solo el 29.7 % restante pertenecen a las áreas rurales. Las laceraciones y contusiones constituyen las lesiones de mayor incidencia en ambos grupos poblacionales. Las abrasiones afectan al 1.9 % de la población que vive en zonas rurales ello demuestra la poca asistencia de pacientes con este tipo de afección que acude al cuerpo de guardia.

Autores como Díaz, Paultre y otros encontraron resultados similares y se plantea que en la ciudad hay mayor concentración de la población y se realizan más actividades recreativas, deportivas y culturales. En el 69 % de los pacientes afectados está presente la ingestión de bebidas con 633 pacientes, esto contribuyó a que aumentaran las lesiones de los tejidos faciales por concepto de peleas, violencia física intrafamiliar y accidentes del tránsito, lo que tal vez se hubiese evitado sin el consumo exagerado en la población objeto de estudio de las bebidas alcohólicas que como se conoce en la literatura nacional y foránea aumenta el riesgo potencial de padecer enfermedades y accidentes dentro de ellos los traumas.

Cunningham en sus estudios sobre demografía fisiopatología y manejo de las lesiones maxilofaciales encontró resultados similares a los anteriores.

La mayor parte de las lesiones de los tejidos blandos maxilofaciales ocurren en personas que ejercen alguna actividad laboral o estudiantil, si se tiene en cuenta que las lesiones predominantes en la población económicamente activa son la laceraciones 29.4 % y las contusiones 27.8 % y que por demás se producen con mayor frecuencia en personas jóvenes, se tendrá una idea de cuanto afecta al desarrollo socioeconómico e intelectual el impacto de estas lesiones por concepto de subsidios y certificados médicos.

Esto sin descontar el costo que genera en las instituciones de salud el ingreso para la observación y estudio de las personas afectadas y el gasto de insumos médicos que ellos generan en un país donde la atención medica es completamente gratuita y muchos de los medios como: suturas, guantes y anestesia se importan de terceros países.

Se observa como de todas las lesiones que se produjeron en los tejidos blandos faciales solo el 24.1 % se acompañaba de lesiones óseas, 500 de las heridas o laceraciones presentadas no acompañó en ningún modo al tejido óseo, y el 31.3 % de las contusiones también se produjeron de forma aisladas sin la presencia de ninguna afección ósea.

El dolor con 86.2, el aumento de volumen 70.5 y el sangramiento 29.6 % fueron en ese orden los síntomas más frecuentes asociados con las lesiones de los tejidos blandos faciales. Los resultados de Merino PF y colaboradores en su estudio sobre las injurias faciales realizado en España en el 2009 coinciden con los encontrados con el autor.

Se constató que los sábados es el día de mayor ocurrencia de lesiones con 290 (17.9 %), seguido de los viernes y domingos donde la distribución de las lesiones tuvieron un comportamiento similar con 241 en ambos días (14.9 %) (Tabla 5), mientras que el martes fue el día de

menor incidencia de los traumatismos de los tejidos blandos de la cara con 189 lesiones (11.7 %).

Si se relacionan estos resultados con los obtenidos en la Tabla 4, se observa que los meses de agosto, julio y diciembre fueron por su orden los de mayor incidencia de lesiones con 215; 213 y 191, respectivamente y que el por ciento menor de estos traumatismos ocurrieron en el mes de Febrero con 109 lesiones de este tipo para el 6.7 %.

Se puede afirmar, que en la provincia Guantánamo, estas lesiones ocurren mayoritariamente los fines de semanas y en los meses de julio, agosto y diciembre. Esto parece estar en relación con los días festivos y la vacaciones donde se desarrollan un mayor número de actividades sociales y recreativas, viajes a la playa, ríos y campismos populares que por lo general se encuentran geográficamente distantes de la cabecera provincial, además de la celebración de los carnavales, paseos populares, se expenden una mayor cantidad de bebidas alcohólicas, la circulación de vehículos, bicicletas y motos es mayor, también se genera un mayor nivel de violencia.

En el mes de diciembre se celebran en la provincia actividades culturales con motivo de celebración de fiestas religiosas, canturías por la celebración a Santa Bárbara y San Lázaro, la fiesta de la cultura guantanamera, además de la celebración por el día de nacimiento de Cristo, que tiene su día feriado nacional, junto con las celebraciones por el año nuevo y el triunfo de la Revolución Cubana; parecen tener una gran influencia, en el desarrollo, producción e incidencia de una mayor cantidad de lesionados. Lo que permite conocer en qué época del año ocurre la mayor cantidad de afectaciones por estas enfermedades; facilitando la organización, planificación de recursos tanto materiales como humanos, para garantizar la atención con calidad de estos pacientes.

CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de lesiones de los tejidos blandos faciales, ocurren en las edades comprendidas entre los 15 y 44 años y en los hombres, con predominio de las laceraciones y contusiones.
- Las acciones violentas y los accidentes de tránsito constituyen las primeras causas de lesiones de los tejidos blandos faciales en la población guantanamera.
- Los pacientes afectados provienen generalmente de zonas urbanas, la mayoría de las lesiones de tejidos blandos ocurren en la

población con vínculo laboral o estudiantil, y en muchos de los casos se relaciona con la ingestión de bebidas alcohólicas.

- En la mayoría de los pacientes no existió coexistencia de lesiones de los tejidos blandos y afectación del tejido óseo subyacente.
- Las lesiones de los tejidos blandos faciales en Guantánamo, predominan en los meses de julio, agosto y diciembre; los sábados, viernes y domingos son los días en que ocurre la mayor incidencia de lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quetghs J. Traumatología Facial. Cirugía Plástica, iberoamericana ed. Sociedad Española de Cirugía Plástica. Madrid 1989.
2. Levi Alfonso J. Cirugía Maxilofacial Pediátrica. La Habana, Ministerio de Salud Pública. 2007.
3. Baró Robert. Morbilidad Quirúrgica en pacientes ingresados en el servicio de Maxilofacial del Hospital General Docente Dr. Antonio Agostinho Neto de Guantánamo. Tesis de Grado. Guantánamo, 2002.
4. Díaz Fernández JM, Gámez Rodríguez MF. Estudio diagnóstico-terapéutico de las lesiones buco faciales por accidentes ciclístico. Rev. Cubana Estomatología vl. 42n.1 Ciudad de la habana ene-abr. 2005.
5. Arellano C. Traumatismo Maxilofacial.2006 Disponible en < URL <http://www.odontología.com.mx/>.
6. Bandera Tavera J I Comportamiento epidemiológico de las fracturas de los huesos del macizo facial” [Trabajo para optar el título de Master en salud comunitaria] Guantánamo 2009.
7. Rahman RA, Ramli R, Rahman NA, Idnus SM, Hamid AL. Maxillofacial trauma in Malaysia: a retrospective study from 1999 to 2001 in three hospitals. Disponible en [Int J Pediatr Otorhinolaryngol_ 2007] - Pubmed Result.htm. Fecha de acceso 23 de enero 2010.
8. Díaz Fernández JM. Comportamiento de la epidemiología de las urgencias maxilofaciales. Rev. Cubana. Estomatología 2006; 43(3).
9. Estrada sarmientos M. morbilidad quirúrgica de Maxilofacial en el Hospital “Carlos Manuel de Céspedes”. Granma 1997. Rev. Cubana Estomatología vl. 40n.1 Ciudad de la habana ene-abr. 2008.
10. Trumpy IG: The forces of Violence. A violent Society Tidsskenon Laegeform 112(3):321-4, ENE 2007.
11. Kruger, E. Schwenzer, N. Y. Midface fractures. . Oral and Maxillofacial traumatology. Kruger, E. y Schili, W. Vo2, 107-223, Quintessence Publling Co. 2007.

12. Cuenca PJ, Álvarez DC. Traumatismos faciales en accidentes automovilísticos. *Cir Plástica* 2008; 8: 82-84.
13. Rednib D, Johnstone S, Maryosh G, Empleton IA. Trauma Centre in the UK. *Am R Coll Surg Engl*. 2008; 85: 317-24.
14. Santiago Silva D. Violencia de Género. Tesis de grado. Guantánamo 2004.
15. Simons Preval SJ. Traumatismo facial y violencia en la mujer. Febrero 2003-Febrero 2004 [Trabajo para optar por la especialidad de primer grado en cirugía maxilo-facial], Gtmo; 2008.
16. Díaz Fernández J M, Sánchez Torres A y Gros Fernández MC Revisión Bibliográfica de las fracturas faciales. *Revista Cubana de Estomatología*, julio-diciembre, 1995 Visitado 24 mayo 2009
17. Paultre, R, S Estudios estadísticos de factores faciales. Trabajo Científico presentado en el III Congreso de Cirugía Maxilofacial, Santiago de Cuba, 2007.
18. Cunningham L. Haug R. Ford J. Firearm Injuries to the Maxillofacial Region: An Overview of Current Thoughts Regarding Demographics, aetiology, and Management. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007; 61: 932-942.
19. Merino Peñafiel F, Rioja Torrejón L, Moreno Lorenzo R. Heridas. En: *Manual Médico Quirúrgico*. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía 2009.
20. Brasileiro BF, Passerí LA .Epidemiology of maxillofacial fractures in Brazil: a 5 year prospective study. Disponible en [Oral Surg Oral Med oral pathol oral Radiol Endod-2007]-PubMed Result.htm. Fecha de acceso 11 febrero 2007.
21. Cannell H, Paterson A, Loukota R. Maxillofacial injuries in multiply injured patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 34(4): 303-308.

Recibido: 22 de junio de 2012

Aprobado: 12 de julio de 2012

Dr. Hormanis Legrá López. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email: hormani@infosol.gtm.sld.cu

Tabla 1. Grupos de edades y sexo

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 14	42	4.6	53	5.8	95	10.4
15 - 24	103	11.2	124	13.5	227	24.7
25 - 34	116	12.7	127	13.9	243	26.6
35 - 44	86	9.4	109	11.9	195	20.3
45 - 54	45	4.9	67	7.3	102	12.3
55 - 64	14	1.5	19	2.0	33	3.5
65 y más	7	0.7	11	1.2	18	1.9
Total	413	45.2	510	55.8	913	100.0

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 2. Causa de producción

Causa de la lesión	Contusión		Abrasión		Laceración		Herida penetrante		Herida por arma de fuego	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Violencia doméstica	206	32.0	27	15.5	234	34.5	27	22.8	2	100
Peleas	159	24.0	52	29.8	213	31.4	37	31.3	-	-
Accidentes de tránsito	190	29.5	34	19,5	108	15.9	32	27.1	-	-
Práctica de deportes	24	3.7	13	7.4	34	5.0	-	-	-	-
Caídas	32	4.9	15	8.6	34	5.0	7	5.9	-	-
Accidentes laborales	19	2.9	11	6.3	21	3.0	12	10.1	-	-
Mordidas de animales y humanas	-	-	13	7.4	19	2.8	-	-	-	-
Otras causas	13	2.0	9	5.2	15	2.2	3	2.5	-	-
Total	643	100	174	100	678	100	118	100	2	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 3. Relación entre causas de los traumatismos e ingestión de bebidas alcohólicas

Causas de la lesión	Ingestión de bebidas alcohólicas		No ingestión de bebidas alcohólicas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Violencia doméstica	280	30.6	43	4.7	323	35.1
Accidentes de tránsito	184	20.1	99	10.8	283	30.9
Peleas	121	13.2	29	3.2	150	16.4
Práctica de deportes	7	0.7	38	4.1	45	4.8
Caídas	19	2.1	13	1.4	32	3.5
Accidentes laborales	7	0.7	20	2.1	27	2.8
Mordidas de animales y humanas	3	0.3	15	1.6	18	1.9
Otras causas	12	1.3	23	2.5	35	3.8
Total	633	69.3	280	30.7	913	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 4. Relación entre traumatismos y época del año

Traumatismo	2009		2010								Total
	Nov.	Dic.	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	
Laceraciones	49	87	58	39	59	65	70	63	91	97	678
Contusiones	62	69	58	47	59	57	64	70	82	75	643
Abrasiones	14	19	17	16	14	18	15	16	21	24	174
Heridas penetrantes	6	16	13	7	11	9	8	12	17	19	118
Heridas por arma de fuego	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Total	131	191	146	109	143	149	157	161	213	215	1615

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 5. Distribución porcentual según días de la semana

Lesión de los tejidos blandos de la cara	Lun	Mar	Miér	Jue	Vie	Sáb	Dom	Total
Laceraciones	85	89	78	93	111	117	105	678
Contusiones	106	83	74	81	87	119	93	643
abrasiones	23	21	24	23	25	31	27	174
Heridas penetrantes	17	16	11	17	18	23	16	118
Heridas por arma de fuego	-	-	-	-	-	-	-	2
Total	231	209	189	214	241	290	241	1615

Fuente: Planilla de recolección de datos