

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

TRAUMATISMOS DE TEJIDOS BLANDOS DEL AREA
MAXILOFACIAL Y REGION FRONTAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MAXILOFACIAL DEL
HEODRA EN EL PERIODO DE ENERO 2002-DIC. 2003.

ELABORADO POR:

- ❖ Rodolfo Ricardo Mendoza No. 39
- ❖ Zurisadai Molina Casco No. 41
- ❖ Maribel Moncada Bravo No. 42

TUTOR :

Dr. Luis Espinoza Hernández

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Tania Almendárez

León, Nicaragua 27 de enero del 2005

*TRAUMATISMOS DE TEJIDOS BLANDOS DEL AREA
MAXILOFACIAL Y REGION FRONTAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MAXILOFACIAL DEL
HEODRA EN EL PERIODO DE ENERO 2002-DIC. 2003.*

AGRADECIMIENTO:

A Dios, dador y consumidor de la vida; quien nos permite seguir existiendo y alcanzar metas que requieren sabiduría y que solo El la puede dar.

A nuestros padres, por darnos su apoyo emocional y económico durante nuestra preparación.

Al Dr. Luis Espinoza, por su apoyo, dedicación y comprensión en la realización de este trabajo.

Rodolfo R. Mendoza - Zurisadai Molina C. - Maribel Moncada Bravo

DEDICATORIA

A Dios, como muestra de nuestro agradecimiento por iluminar nuestras vidas cada día y proveer lo necesario para poder culminar todas nuestras metas.

A nuestros padres, porque con su sacrificio, amor y especial dedicación hicieron posible la transferencia de sus valores y por tanto la realización de nuestros más anhelados ideales.

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
1. Introducción.....	01
2. Objetivos.....	03
3. Marco teórico.....	04
4. Diseño Metodológico.....	14
5. Operacionalización de Variables.....	15
6. Resultados.....	16
7. Discusión de Resultados.....	22
8. Conclusiones.....	24
9. Recomendaciones.....	25
10. Bibliografía.....	26
11. Anexo.....	27

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de tejidos blandos en el humano son tan antiguas como él mismo, pues los datos históricos revelan que la sociedad no contaba con médicos, por lo que los accidentes se convertían en enfermedades crónicas que dificultaban la vida, haciéndola cruel y corta. El hombre primitivo creía que estas lesiones eran causadas por algo sobrenatural, obra de los espíritus malignos o brujerías por lo que se trataban con encantamientos mágicos.

Todos los procedimientos de cirugía maxilofacial ya eran ejecutados desde tiempos de Hipócrates, pero no eran una especialidad como tal, sino parte de cirugía general. Celsus en Roma, hace las primeras aplicaciones del cauterio y Albucasis en el siglo X cohibe las hemorragias también con el cauterio.

En América (EEUU), uno de los primeros que se ocupó del área maxilofacial (siendo dentista) fue Simon P. Hullihen y el Dr. James Edmun, Garretson (médico y dentista) fue el que creó la especialidad llamada “Cirugía oral” y sugirió que los cirujanos generales debían abandonar las cirugías de la boca y de todas las zonas adyacentes. En 1869 se fundó la cirugía oral como especialidad y luego en la primera y segunda guerra mundial es donde se marca una evolución en esta área por la alta frecuencia de personas heridas, permitiendo que esta práctica creciera como una especialidad.

Las heridas y traumatismos de tejidos blandos, en tiempos anteriores, estaban asociadas a traumatismos durante la guerra; actualmente con el mayor acceso a los automóviles y el incumplimiento de las leyes de tránsito, las herramientas eléctricas, el uso inadecuado de la pólvora, el consumo indiscriminado de bebidas alcohólicas y otros tipos de droga; así como el incremento de la violencia hacen que estas lesiones sean más frecuente cada día. En nuestro medio se consideran muy comunes y aunque generalmente no comprometen la vida del paciente, ocasionan alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas por lo que deben ser tratadas inmediatamente para mejorar la cicatrización de los tejidos involucrados.

Según las autoridades de seguridad y defensa civil de la ciudad de León, cada semana se elevan los abusos, las peleas callejeras, los robos con fuerza; situaciones que incrementan la frecuencia de lesiones en la cara y el cráneo. A esta se le suman

las tradiciones religiosas, deportivas y culturales en las que el uso de la pólvora es común, generando mayor cantidad de accidentes.

Los pacientes cuyas lesiones poseen cierto nivel de gravedad acuden al HEODRA, único lugar disponible de esta ciudad donde pueden ser atendidas ya que los puestos de salud que se encuentran distribuidos en los barrios y repartos no cuentan con las condiciones adecuadas y el personal capacitado.

Tenemos como finalidad dar a conocer la importancia de que el cirujano dentista domine este tema, para poder valorar y tratar estas heridas en caso de que sea necesario.

En nuestra facultad se hace muy poco énfasis en este tema, por considerarse parte de una especialidad, con nuestro estudio pretendemos concientizar para que en el futuro se capacite a los estudiantes y docentes, ya que la población presenta un alto riesgo de sufrir una lesión traumática, por lo que se demanda que atendamos de manera integral a nuestros pacientes.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Estudiar las lesiones traumáticas en los tejidos blandos en el área maxilofacial y la región frontal del cráneo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la distribución de lesiones traumáticas de tejidos blandos por edad y por sexo.
2. Identificar los tipos de lesiones traumáticas más comunes en los tejidos blandos.
3. Identificar en que regiones son más frecuentes este tipo de lesiones.
4. Determinar la frecuencia de lesiones traumáticas de tejidos blandos acompañadas con fracturas óseas.

MARCO TEÓRICO

Los traumas que afectan la cara producen varias lesiones, estas pudieran ser más sencillas y limitarse a los tejidos blandos o muy complicadas y comprometer el hueso. De todas las lesiones ninguna es tan preocupante para el paciente como las que afectan el rostro, por esta razón todos los esfuerzos deben dirigirse a la restauración de las partes traumatizadas al estado más normal posible. Cualquiera que sea el tipo de herida, la atención rápida es de gran importancia para asegurar la restauración de la función normal y evitar las desfiguraciones faciales⁶.

Si las heridas de los tejidos blandos no se asocian a traumatismos intracraneales, fracturas del cráneo ni otras lesiones graves, incluso las heridas faciales más serias no suelen amenazar la vida; por lo tanto la atención inicial debe dirigirse a cualquier estado que si no se corrige tendrá graves consecuencias. Se ha dicho frecuentemente: “es mejor tener un cuerpo asimétrico que un cadáver simétrico”. Por lo tanto el primer cuidado cuando así esté indicado debe ser mantener y establecer vías respiratorias libres, control de hemorragias, tratamiento del shock, reconocimiento de las heridas de la cabeza y tratamiento de las heridas intraabdominales o torácicas. Estas heridas frecuentemente son de tal gravedad que si no se corrigen tempranamente el paciente puede morir, aunque las heridas faciales son importantes y deben tratarse tan pronto como sea posible, su cuidado no debe preceder a los procedimientos para salvar la vida⁵.

Cuando el estado general del paciente sea estabilizado y su vida no esté en peligro, se debe dar atención a las heridas de los tejidos blandos de la cara. Las heridas abiertas deben limpiarse y cerrarse tan pronto como sea posible, ya que hay pruebas netas de que la cicatrización temprana de estas heridas es deseable. Las heridas que se desbridan y se cierran en las primeras veinticuatro horas cicatrizan mejor y los resultados desde el punto de vista estético, funcional y psicológico son superiores a los del tratamiento tardío. La sutura temprana de la herida evita la infección y facilita la curación rápida que mantiene al mínimo la contracción y el tejido cicatrizado. También reduce la necesidad de los cuidados postoperatorios, mejora la moral del paciente y permite la institución temprana del método satisfactorio de alimentación⁶.

Existen pocos estudios que aborden la frecuencia de traumatismos de los tejidos blandos de la región maxilofacial en la ciudad de León¹.

Un estudio realizado por Richard en 1984, revela que el 83% de las lesiones maxilofaciales se sitúan en los tejidos blandos. En estudios anteriores la información obtenida acerca de este tema está basada en los expedientes clínicos de los hospitales, en los que fueron atendidos en el área de emergencia⁷.

Otro estudio realizado en 1996 en el hospital Manolo Morales Peralta, aporta que el sexo masculino es el más afectado y los pacientes jóvenes más que los adultos¹.

Que la mayoría de las lesiones se sitúan en el tercio medio y el tercio menos afectado es el superior. Además esta frecuencia de las lesiones coincide con las distintas épocas del año, encontrándose mayormente en el mes de diciembre y con menor frecuencia en el mes de febrero, los accidentes automovilísticos ocuparon el primer lugar de causa seguido por la agresión física y luego la lesión de tipo industrial. Son mayormente afectadas las personas de la ciudad que las del área rural⁷.

Según otro estudio realizado en el HEODRA, en 1991, encontró que el número de pacientes que presentó lesiones en los tejidos faciales fue de 930 en tres meses, el grupo etáreo más afectado fue de 0 a 10 años, el sexo masculino fue el más afectado. El tercio superior de la cara resultó ser el más afectado; la causa principal de las lesiones fueron los accidentes automovilísticos. El mayor número de las lesiones asociadas correspondieron a las laceraciones, las heridas perforantes resultaron ser las lesiones menos comunes¹.

La literatura ni estudios pasados refieren con que frecuencia está relacionada una lesión traumática de tejidos blandos con fractura ósea⁵.

LESIÓN.-

Es cualquier alteración local visible en los tejidos corporales, como una herida, úlcera, divieso o erupción.

Clasificación de las heridas traumáticas⁶.

- a) **Contusión:** Es un golpe generalmente producido por el impacto de un objeto romo, sin romper la piel. Afecta la piel y el tejido subcutáneo y generalmente provoca una hemorragia subcutánea de naturaleza autolimitante. Habitualmente se pone de manifiesto una equimosis en aproximadamente 48 horas.
- b) **Abrasión:** Es una herida producida por el frotamiento o el raspado de la superficie de recubrimiento, es el resultado de la fricción, es por lo general superficial y produce una superficie cruenta y sangrante.
- c) **Laceración:** Es una herida que se produce como resultado de un desgarramiento. Es la herida de los tejidos blandos que más frecuentemente se encuentra y habitualmente es producida por un objeto agudo como un metal o vidrio. Puede ser superficial o profunda y puede afectar los vasos y nervios subyacentes. Cuando es causada por un objeto duro que deja una herida nítida con márgenes delimitados se le denomina: herida cortante.
- d) **Herida Penetrante:** Generalmente son heridas por punción producidas por objetos puntiagudos tales como un cuquillo, un picador de hielo o un clavo. Casi siempre son profundas y frecuentemente afectan otras estructuras, tales como la boca, la nariz o el seno maxilar. Pueden ser pequeños o grandes dependiendo del objeto que produzca la herida.
- e) **Herida por Disparo de Arma de Fuego, Cohetes o Heridas de Guerra:** Estas heridas son en realidad heridas penetrantes, pero por lo general se clasifican separadamente, debido a la extensión que poseen y a problemas especializados que se encuentran en su manejo.

Se les clasifica a su vez como heridas penetrantes cuando el proyectil es retenido en la herida, heridas perforantes cuando el proyectil produce un orificio de salida y heridas avulsivas cuando son sacadas o destruidas grandes porciones de estructuras blandas u óseas. Estas heridas varían notablemente en sus características dependiendo de la velocidad, la forma y el ángulo de impacto del proyectil. Son características de estas heridas una gran desorganización de tejidos asociados con fracturas del esqueleto subyacente y comprometen otras estructuras faciales, tales como los ojos, la nariz, la cavidad bucal y el seno maxilar.

- f) **Quemaduras:** A menudo involucran los tejidos blandos de la cara, son causadas por el contacto con llamas, líquidos calientes, metales calientes, vapor, ácidos, álcalis, rayos Roentgen, electricidad, luz solar, rayos ultravioleta y gases irritantes.

Clasificación de las Quemaduras:

- 1) Primer Grado: Las que producen un eritema de la piel.
- 2) Segundo Grado: Las que producen formación de vesículas.
- 3) Tercer Grado: Las que provocan una destrucción completa de la epidermis y la dermis, extendiéndose hacia la parte interior del tejido subcutáneo y más allá de él.

REGIÓN MAXILOFACIAL²

La cara es el segundo segmento de la cabeza, está situada en la parte anterior e inferior de la cabeza y se divide en dos partes:

- Las partes blandas superficiales que constituyen las regiones superficiales de la cara.
- Las partes blandas profundas que forman las regiones profundas de la cara.

Región Superficial de la Cara.

Las partes blandas prefaciales y laterofaciales forman cinco regiones, las tres primeras son impares y centrales las otras dos pares y laterales, a saber:

- a) Región Nasal
- b) Región Labial
- c) Región Mentoniana
- d) Región Maseterina
- e) Región Geniana

a) Región Nasal:

Región impar y central, corresponde exactamente a la eminencia en forma de pirámide, que se designa ordinariamente con el nombre de nariz. Superficialmente está limitada por arriba por una línea que va de una ceja a la otra, por abajo por una línea que pasa por la extremidad inferior del subtabique, por los lados por una línea oblicua, hacia abajo y afuera la línea nasogeniana.

Está compuesta por cinco planos superficiales y una capa de revestimiento mucoso:

- 1) Piel: Es móvil a nivel del esqueleto óseo y muy adherida a nivel de los cartílagos. Contiene abundantes glándulas sebáceas.
- 2) Tejido Celular Subcutáneo: Contiene poca grasa.
- 3) Capa Muscular: Está formada por el piramidal, transverso de la nariz, mirtiforme, elevador común del ala de la nariz y el labio superior y dilatador propio del ala de la nariz.
- 4) Periostio: Que recubre los huesos nasales.
- 5) Vasos y Nervios: Los planos superficiales de la nariz son muy vascularizados e inervados.

b) Región Labial:

Región impar y central que comprende las partes blandas que constituyen los labios. Su límite superior es la extremidad posterior del subtabique, el borde posterior de las ventanas de la nariz, la extremidad posterior del ala de la nariz y finalmente el surco nasogeniano. Inferiormente está limitada por el surco mentolabial, y lateralmente por las comisuras de los labios.

Los labios comprenden cinco capas:

- 1) Piel: Es gruesa, resistente y firmemente adherida a las fibras musculares subyacentes, contiene abundantes folículos pilosos y por consiguiente glándulas sebáceas.
- 2) Tejido Celular Subcutáneo: En las partes laterales de la región.
- 3) Capa Muscular: Constituida por el orbicular de los labios, elevador propio del labio superior, canino, cigomático mayor y menor, risorio, buccinador, triangular de los labios y cuadrado de la barba.
- 4) Capa Glandular: Constituida por una multitud de glándulas salivales labiales.
- 5) Mucosa Labial: Tapiza profundamente toda la región.

c) Región Mentoniana

Es impar y central, comprende la eminencia mentoniana de la mandíbula con las partes blandas que la cubren por delante. Su límite superior es el surco mentolabial, el inferior lo constituye el borde inferior de la mandíbula, y lateralmente la extremidad medial del surco labiogeniano.

Presenta tres planos superficiales:

- 1) Piel: Es gruesa y contiene abundantes folículos pilosos.
- 2) Capa Musculoadiposa: Está formada por músculos (triangular de los labios, cuadrado de la barba, borla de la barba, algunas fibras del cutáneo del cuello o platisma) y poco tejido adiposo.
- 3) Periostio: Que recubre la mandíbula.

d) Región Maseterina:

Se haya situada en la parte posterior y lateral de la cara, comprende la rama de la mandíbula y las partes blandas que lo cubren superficialmente. Su límite superior es el arco cigomático, el inferior lo constituye el ángulo y la parte posterior del borde inferior de la mandíbula, dorsalmente limita con el borde posterior de la rama mandibular, y centralmente limita por el borde anterior del masetero.

Posee dos planos superficiales:

- 1) Piel: Se desliza fácilmente sobre la aponeurosis subyacente.
- 2) Tejido Celular Subcutáneo: Contiene la prolongación anterior de la parótida y en la parte inferior el risorio de santorini.

e) Región Geniana:

Tiene forma cuadrilátera e irregular, ocupa las partes laterales de la cara. Su límite superior es el reborde inferior de la órbita, el inferior es el borde inferior de la mandíbula, lateralmente el borde anterior del masetero, medialmente el surco nasogeniano.

Está constituida por cinco capas:

- 1) Piel: Es fina, muy móvil y vascularizada con abundantes glándulas sudoríparas y sebáceas.
- 2) Tejido Celular Subcutáneo: Está formado por delgadas laminillas de tejido conectivo y la bola adiposa de Bichat entre el masetero y el buccinador.
- 3) Capa Muscular Superficial: Comprende numerosos fascículos pertenecientes a los músculos periorales.
- 4) Buccinador y su Aponeurosis: Es un músculo aplanado situado más profundamente que los músculos cutáneos de la cara, cubierto por su aponeurosis
- 5) Mucosa Bucal y Periostio: Profundamente la región está revestida de la mucosa bucal y más superficialmente se encuentra el periostio recubriendo la apófisis alveolar maxilar y mandibular.

f) Región Frontal del Cráneo^{9y11}:

Es impar, en las porciones anteriores llega hasta la sutura nasofrontal (raíz de la nariz) y los bordes supraorbitales; por detrás hasta la región parietal; y por los lados hasta las regiones temporales.

Comprende cuatro capas:

- 1) Piel: Está en estrecha relación con las aponeurosis y se mueve con facilidad, separada del periostio por la capa de tejido celular subcutáneo.
- 2) Tejido celular Subcutáneo: Es de tipo laxo. La adventicia de vasos sanguíneos y nervios se alojan aquí.
- 3) Capa muscular: Se encuentran los músculos corrugador de las cejas, prócer o piramidal y vientre frontal del occipitofrontal.
- 4) Capa glandular: Contiene glándulas sudoríparas y sebáceas. Dividida por cordones conjuntivos en celdas llenas de tejidos adiposo.

FRACTURA¹⁰.

La palabra fractura es derivada del latín fragere: romper, define la lesión ósea como pérdida de su solución de continuidad. Es la rotura de un hueso producida por causa violenta en mayor o menor grado.

Clasificación de las fracturas³:

1) Según su causa.

- Fracturas patológicas.
- Fracturas traumáticas: Existe una fuerza violenta que se aplica contra los huesos faciales, existe un sitio de impacto y un golpe: Un factor mecánico y otro dinámico.

2) Según su relación con el medio externo:

- Fractura simple: La mucosa o piel que cubre la línea de fractura permanece intacta, no habiendo comunicación con el medio exterior. Estas a su vez pueden ser: Simples únicas: el hueso solo presenta una línea de fractura.
Simples múltiples: El hueso presenta más de dos líneas de fractura.
- Fracturas compuesta o expuestas: Se produce una herida en la superficie comunicando el área fracturada con el medio externo, haciéndola susceptible a infecciones. Pueden ser, únicas o múltiples.

3) Según el número de fragmentos:

- Bifragmentarias
- Trifragmentarias
- Múltiples
- Conminutas: El hueso se rompe en numerosos fragmentos. Radiográficamente se observa como un estallido de hueso. Pueden ser simples o compuestas y generalmente son clásicas en las heridas por armas de fuego.

4) Según la influencia que ejercen los músculos sobre los fragmentos óseos:

- Favorable: Cuando la acción de los músculos une los fragmentos fracturados
- Desfavorable: Cuando la acción de los músculos en vez de unir los fragmentos los separa aún más.

5) Tipos especiales de fractura:

- Fractura complicada: Ocurre a nivel de estructuras anatómicas relevantes, afectando reversible o irreversiblemente vasos y nervios adyacentes.
- Fracturas indirecta: se produce cuando además de la fractura ocurrida cuando el impacto en un sitio de determinado hueso, este traumatismo repercute afectando indirectamente un sitio distante.
- Fractura en tallo verde: Son comunes en niños. Un lado del hueso se rompe y el otro se dobla pudiendo ser expuesto o no

CLASIFICACION SEGÚN LA LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA¹⁰:

1) Fractura del tercio inferior de la cara o mandíbula:

- Dentoalveolares
- Angulo
- Cóndilo
- Región de molares
- Región de premolares
- Sínfisis
- Región canina
- Rama ascendente
- Apófisis coronóide

2) Fractura del tercio medio de la cara:

- Dentoalveolares
- Nasal
- Complejo cigomático
- Le_fort I
- Le_fort II
- Le_fort III

3) Fractura de la región frontal del cráneo.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo no probabilístico, de Corte Transversal.

ÁREA DE ESTUDIO: El Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello, está situado en la ciudad de León, único hospital de esta ciudad, se encuentra en el barrio Sagrario y aquí acuden los pacientes cuyas lesiones poseen cierto nivel de gravedad, ya que es el único lugar disponible donde pueden ser atendidos; pues los Puestos de Salud que se encuentran distribuidos en los barrios y repartos no cuentan con las condiciones adecuadas y el personal capacitado como el que dispone este hospital.

UNIVERSO: Todos los expedientes de los pacientes con lesiones traumáticas de tejidos blandos de las regiones de la cara y la región frontal del cráneo, ingresados en el servicio de maxilofacial del HEODRA, correspondiendo éstos a 63 casos.

FUENTE: Secundaria, los expedientes de pacientes ingresados al servicio de maxilofacial de HEODRA.

INSTRUMENTO: Fichas de recolección de datos, cuyo contenido está acorde con el cumplimiento de nuestros objetivos. La ficha contenía lo siguiente: edad, sexo, fecha, tipo de lesión, área afectada, con fractura y sin fractura.

ASPECTOS ETICOS: Se solicitó al director del HEODRA, su autorización para la revisión de los expedientes clínicos, asegurándole que la información personal obtenida; será conocida solamente por los autores y utilizada únicamente para cumplir con los objetivos del presente estudio.

PLAN DE ANÁLISIS: Los datos se procesaron en el Software SPSS, versión 10.0.

CRITERIOS DE INCLUSION: Fueron incluido en este estudio todos los expedientes que tenían como diagnóstico, lesiones traumáticas de tejidos blandos de la cara, facilitado por el departamento de estadística del HEODRA; atendidos en el periodo que comprendía el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Subvariable	Indicador	Valor	Técnica
Lesión traumática de tejido blando				
Edad		Edad que indique el expediente	Años	Consultar expediente
Sexo		Sexo que indique el expediente	Masculino Femenino	Consultar expediente
Tipo de Lesión		Tipo de Lesión que indique el expediente	Contusión Abrasión Laceración H. Penetrante H. Por disparo Quemaduras: <ul style="list-style-type: none"> • Primer grado • Segundo grado • Tercer grado • Cuarto grado 	Leer en el expediente
Región más Afectadas		Región que indique el expediente	R. Nasal R. Labial R. Mentoniana R. Maseterina R. Geniana	Leer en el expediente
Presencia de Fracturas Óseas		Lo que indique el expediente	R. Nasal R. Labial R. Mentoniana R. Maseterina R. Geniana	Leer el expediente

RESULTADOS

TABLA 1

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TRAUMAS DE TEJIDOS BLANDOS DEL
ÁREA MAXILOFACIAL Y LA REGIÓN FRONTAL SEGÚN EDAD Y SEXO
ATENDIDOS EN EL “HEODRA”
LEON, ENERO 2002-DICIEMBRE 2003**

SEXO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1-10	8	12.70	5	7.94	13	20.63
11-20	13	20.63	1	1.59	14	22.22
21-30	12	19.04	3	4.76	15	23.81
31-40	12	19.04	1	1.59	13	20.63
41-50	4	6.35	0	0	4	6.35
51 y más	1	1.59	3	4.76	4	6.35
Total:	50	79.35	13	20.64	63	99.99

❖ Fuente secundaria: Departamento de estadística del HEODRA.

El grupo etáreo más afectado en el sexo masculino fue de 11-20 años que constituye 13 casos lo cual corresponde a 20.63% de los 63 casos estudiados, de 21-30 y de 31-40 años se presentaron 12 casos en cada rango de edad que constituyen 19.04% en cada rango respectivamente.

Del grupo etáreo más afectado en el sexo femenino fue de 1-10 años con 5 casos que corresponden al 7.94% de los 63 pacientes estudiados, seguido del grupo de 21-30 años y de 51y más años constituyendo 3 casos en cada rango de edad representando 4.76% en cada rango respectivamente.

El sexo más afectado fue el masculino con 50 casos que corresponden al 79.35%. La edad más afectada de los 63 casos estudiados fue de 21-30 años representando el 23.81%.9

TABLA 2

**TRAUMAS DE TEJIDOS BLANDOS DEL ÁREA MAXILOFACIAL Y LA REGIÓN
FRONTAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL “HEODRA”
LEON, ENERO 2002-DICIEMBRE 2003**

TIPO	No.	%
Contusión	44	44.90
Abrasión	8	8.16
Laceración	43	43.88
Herida Penetrante	3	3.06
Heridas por Disparos	0	0
Quemaduras	0	0
Total:	98	100

❖ Fuente secundaria: Departamento de estadísticas del HEODRA.

En los 63 expedientes de pacientes con lesiones traumáticas, se presentaron 98 lesiones; siendo la contusión la lesión más frecuente con 44 casos que equivalen al 44.90% seguido de la laceración con 43 casos que corresponden al 43.88%. no se encontraron HPAF y Quemaduras.

TABLA 3

**REGIONES MAS AFECTADAS POR TRAUMAS DE TEJIDOS BLANDOS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL “HEODRA”
LEON, ENERO 2002-DICIEMBRE 2003**

REGION	No.	%
Región Nasal	34	34.69
Región Labial	11	11.22
Región Mentoniana	5	5.10
Región Maseterina	5	5.10
Región Geniana	28	28.57
Región Frontal	15	15.31
Total:	98	99.98

❖ Fuente Secundaria: Departamento de estadística del HEODRA.

De los 63 pacientes con lesiones traumáticas que se estudiaron se presentaron 98 lesiones, 34 se localizaron en la región nasal lo que equivale al 34.69%, siendo esta la región más afectada; seguida por la región geniana con 28 lo que equivale al 28.57% y en tercer lugar la región frontal con 15 lo que equivale al 15.31 %.

TABLA 4

**FRECUENCIAS DE TRAUMAS DE TEJIDOS BLANDOS DEL ÁREA
MAXILOFACIAL Y REGION FRONTAL SEGÚN EL TIPO DE LESION Y REGION
MAS AFECTADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL “HEODRA”
LEON, ENERO 2002-DICIEMBRE 2003**

TIPO DE LESION	REGION											
	Nasal		Labial		Mentoniana		Maseterina		Geniana		Frontal	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Contusión	18	18.37	2	2.04	2	2.04	2	2.04	16	16.33	4	4.08
Abrasión	3	3.06	2	2.04	0	0	0	0	2	2.04	1	1.02
Laceración	12	12.24	7	7.14	3	3.06	2	2.04	10	10.20	9	9.19
H. Penetrante	1	1.02	0	0	0	0	1	1.02	0	0	1	1.02
H. Disparos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quemaduras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales:	34	34.69	11	11.22	5	5.10	5	5.10	28	28.57	15	15.31

❖ Fuente secundaria: Departamento de estadística del HEODRA.

De las 98 lesiones se encontró que en la región nasal la contusión fue el tipo más frecuente con 18 casos que corresponden al 18.37%, en la región labial predominó la laceración con 7 casos que equivale a 7.14%; en la región mentoniana predominó la laceración con tres casos equivalentes al 3.06 %; en la región maseterina se presentaron en igual proporción la contusión y la laceración con dos casos correspondientes al 2.04 %; en la región geniana predominó la contusión con 16 casos, equivalentes al 16.33 % y en la región frontal la laceración con 9 casos, que corresponden al 9.19 %.

TABLA 5

**FRECUENCIAS DE TRAUMAS DE TEJIDOS BLANDOS ACOMPAÑADOS CON
FRACTURAS OSEAS SEGÚN LA REGION AFECTADA EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL “HEODRA”
LEON, ENERO 2002-DICIEMBRE 2003**

REGION	SOLAMENTE LESION		LESION MAS FRACTURAS	
	No.	%	No.	%
Región Nasal	14	14.28	20	20.41
Región Labial	9	9.18	2	2.04
R. Mentoniana	3	3.06	2	2.04
R. Maseteriana	4	4.08	1	1.02
Región Geniana	20	20.41	8	8.16
Región Frontal	13	13.27	2	2.04
Total:	63	64.28	35	35.71

❖ Fuente Secundaria: Departamento de Estadísticas del HEODRA

Las 98 lesiones encontradas 63 eran únicamente de tejido blando, lo que equivale al 64.28 % y 35 eran lesiones de tejidos blandos asociadas a fracturas lo que equivale al 35.71 %. La región nasal fue la que más frecuentemente presentó la fractura asociada con 20 casos que corresponden a 20.41 %, seguido de la región geniana con 8 casos que representa el 8.16 % y la que menos casos de fractura asociada presentó fue la maseterina con 1 caso que equivale a 1.02 %.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación se revisaron 63 expedientes clínicos de pacientes ingresados en el servicio de maxilofacial del HEODRA, con diagnóstico de traumatismo de tejido blando en el área maxilofacial y región frontal del cráneo, encontrándose que el sexo más afectado es el masculino con 79.6 %, esto es debido a las actividades de índole social, laboral y cultural que realizan los hombres, por lo que se encuentran más expuestos a sufrir un traumatismo en la cara.

El grupo etáreo más afectado fue el de 21 a 30 años con 23.81 %, por las actividades enérgicas que se realizan en esta edad. Este resultado concuerda con otros estudios como el realizado en 1996 en el Hospital Manolo Morales Peralta, donde los pacientes jóvenes resultaron más afectados que los adultos.

Con respecto a la lesión de tejido blando más frecuente se encontró que la contusión ocupa el primer lugar con 44.89 % y el segundo lugar la laceración con 43.87 %. Estos resultados difieren con otros estudios como el realizado en el HEODRA en 1991 por Ada Catalina González Pérez, Indiana Flores Bendaña y Xiomara Gutiérrez Argeñal, titulado "Trama de tejidos blandos en Cara", donde la laceración ocupó el primer lugar con 59.1 % y el segundo lugar lo ocupó la contusión con 38.6 %. Nuestro estudio también difiere de la literatura que también menciona la laceración como la lesión más frecuente, esta leve discrepancia es debido a la causa por la que se dan las lesiones traumáticas.

La región más afectada fue la región nasal, con un 34.69 % seguido por la región geniana con un 28.57 %, lo cual se debe a la prominencia del tercio medio de la cara que lo hace más susceptible; especialmente la nariz. Este resultado también difiere del estudio mencionado donde encontraron que el tercio superior es el más afectado (región frontal).

Con respecto al tipo de lesión más común y el área que más afecta encontramos que la contusión es la lesión más frecuente y que está afecto mayormente a la región nasal y geniana respectivamente luego la laceración afectando siempre a la región nasal y región geniana subsecuentemente. No habiendo en otros estudios datos que reflejen dicha relación.

De las lesiones traumáticas de tejidos blandos relacionadas con fracturas óseas, encontramos que el 64.28 % fueron lesiones de tejido blando solamente y el 35.71 % lesiones de tejido blando asociado con fractura. Este resultado es único en este tipo de estudio pues no hay otro estudio con qué compararlo. Considerándose que las fracturas son frecuentes cuando hay lesión de tejidos blandos, habiendo una alta probabilidad de que un paciente presente ambas cosas al mismo tiempo. En la literatura tampoco se hace énfasis en esta relación puesto que siempre las lesiones de tejidos blandos se abordan por separado de la fracturas.

CONCLUSIONES

- El sexo masculino fue el más afectado.
- El grupo etáreo más afectado fue de 21 a 30 años respectivamente.
- La lesión más frecuente fue la contusión. No se encontraron heridas por disparos y quemaduras.
- Las regiones más afectadas fueron la región nasal y la región geniana.
- La región nasal resultó ser la más afectada con fractura. La región menos afectada fue la región maseterina.

RECOMENDACIONES

- ❖ Que la facultad de Odontología promueva en el “HEODRA” la participación de los estudiantes de V Curso en la realización de procedimientos de cirugía menor, en el servicio de maxilofacial y atención a los pacientes con traumas de tejidos blandos.
- ❖ Que la facultad de Odontología promueva una integración de este tema en el componente curricular de cirugía a un nivel más profundo por la alta frecuencia de traumatismos que hay en la población.
- ❖ Que los expedientes de los pacientes atendidos en el área maxilofacial del HEODRA se llenen completamente y se especifique el diagnóstico en cada paciente.
- ❖ Que la autoridades de la ciudad promuevan la seguridad ciudadana y educación contra la violencia para evitar este tipo de traumas.
- ❖ Capacitar la personal de los centros de salud para atender traumas de tejidos blandos faciales.
- ❖ Cualquiera que sea el tipo de lesión es importante brindar una atención rápida para asegurar la restauración de la función normal y evitar las desfiguraciones faciales.
- ❖ Proveer a los centros de salud de los materiales e instrumental necesario para el tratamiento temprano de las lesiones menos complicadas.

Bibliografía

1. *Ada Catalina González Pérez, Indiana Flores Bendaña, Xiomara Gutiérrez Argeñal, "Trama de tejidos blandos en Cara", HEOODRA León Ago-Oct1991, UNAN-León 1991*
2. *Antonio Bascones Martínez, "Tratado de Odontología", 3era edición, ediciones Avances Médico, Dental, España, Madrid 2000.*
3. *Aston; J.N; "Ortopedia y Traumatología", Salvat Editores, s.a.*
4. *Loiffman, Felipe; "Texto de Cirugía plástica reconstructiva y estética". Tomo I, Editorial Rosellón, Barcelona 1986.*
5. *Frank W. Pirruceello-Baltimore, "Plastic and reconstructive surgery of the face: Flaps of the head and neck", Williams & Wilkins C., 1982.*
6. *Gustav Krüger, "Tratado de cirugía Bucal", 5ta Edición, editorial Interamericana.*
7. *Martha María López Rodríguez, Gloria Marina Palma Díaz, "Lesiones craneofaciales atendidas en el HEOODRA Ene-Abr1995, UNAN-León 1996".*
8. *Lerman, Salvador, "Historia de la odontología y su ejercicio legal", 2da Edición, Editorial MUNDI, Buenos Aires, Argentina 1964.*
9. *R.D. Sinelnikov. "Atlas de Anatomía Humana", Tomo I, Editorial MIR,*
10. *Rowe N. L. and Killey H. C. "Fracture of facial skeleton", segunda edición 1968.*
11. *V.V.Kóvanov. "Cirugía Operatoria y Anatomía Topográfica", editorial MIR,*

ANEXOS

TRAUMATISMO DE TEJIDOS BLANDOS DEL ÁREA MAXILOFACIAL Y LA REGIÓN FRONTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MAXILOFACIAL DEL "HEODRA" EN EL PERÍODO DE ENERO 2002 - DICIEMBRE 2003.

MARCAR CON UNA X LA QUE CORRESPONDA:

Datos.-

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha _____

Tipo de Lesiones.-

Contusión. _____
Abrasión. _____
Laceración. _____
H. Penetrante. _____
H. Por Disparos. _____
Quemaduras. _____

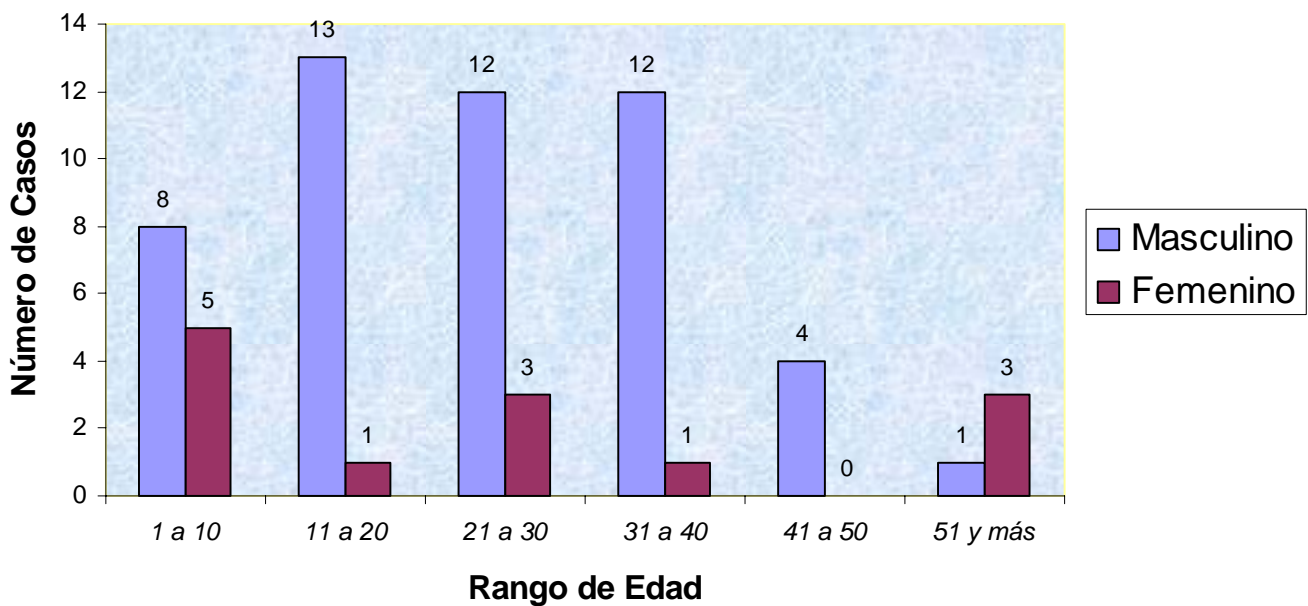
Área Afectada.-

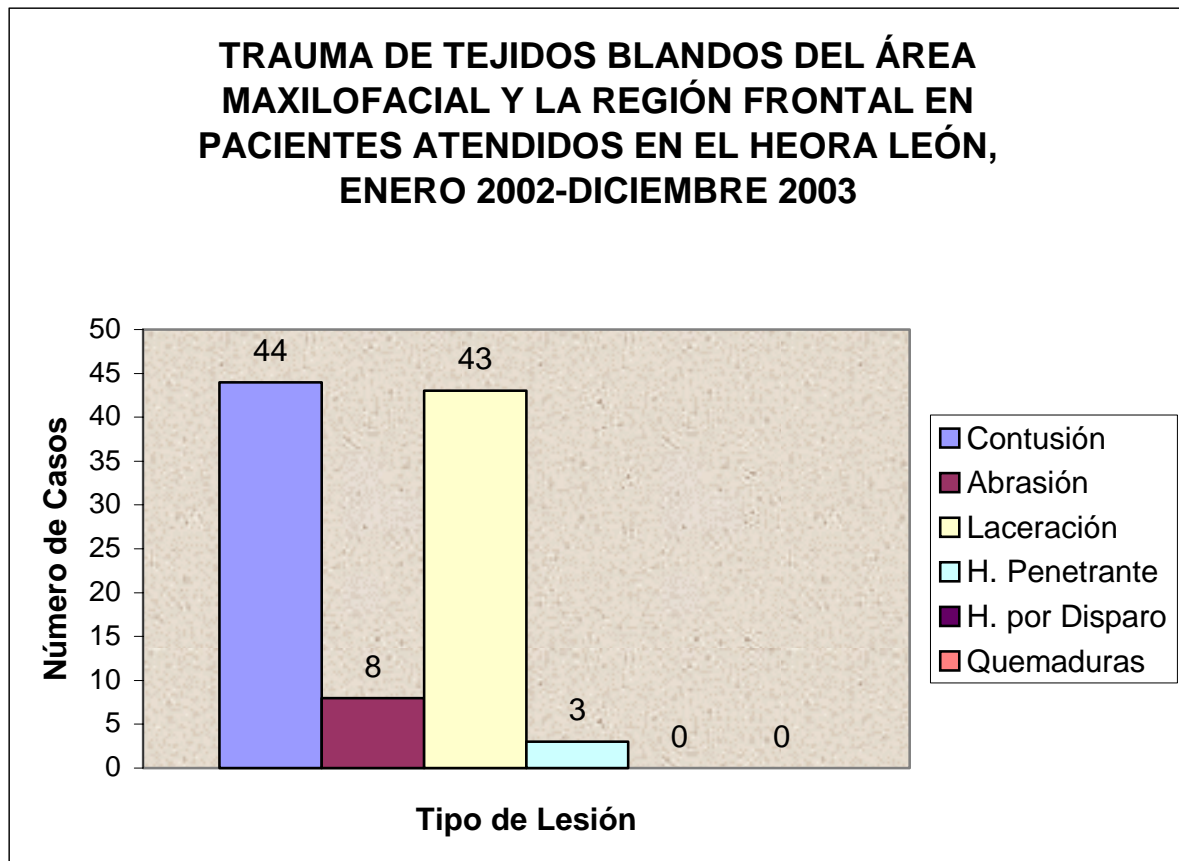
Con fractura.

Sin fractura.

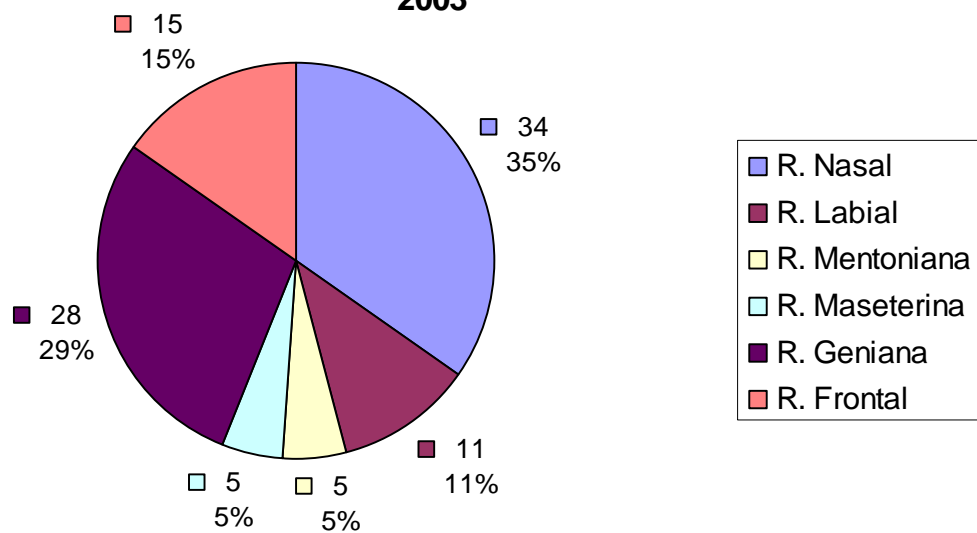
R. Nasal.	_____	_____	_____
R. Labial.	_____	_____	_____
R. Maseterina.	_____	_____	_____
R. Mentoniana.	_____	_____	_____
R. Geniana.	_____	_____	_____

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS
DE L ÁREA MAXILOFACIAL Y LA REGIÓN FRONTAL SEGÚN EDAD Y
SEXO ATENDIDOS EN EL HEODRA LEON, ENERO 2002-
DICIEMBRE2002**





**FRECUENCIA DE TRAUMA DE TEJIDO BLANDOS DEL ÁREA
MAXILOFACIAL Y REGIÓN FRONTAL SEGÚN EL TIPO DE
LESIÓN Y REGIÓN MÁS AFECTADA EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HEODRA LEÓN, ENERO 2002-DICIEMBRE
2003**



FRECUENCIA DE TRAUMA DE TEJIDO BLANDOS DEL AREA MAXILOFACIAL Y REGION FRONTAL SEGÚN EL TIPO DE LESION Y REGION MAS AFECTADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HEODRA LEÓN, ENERO 2002 - DICIEMBRE 2003

