

aplicaciones y posibilidades que elaborará la riqueza creativa de cada ortodoncista.

Rivadavia 264 - (8183) Darregueira  
Provincia de Buenos Aires.  
República Argentina.

## FRACTURAS MAXILO-FACIALES

(nuestra experiencia)

Drs: Pereira Eduardo  
San Filippo Guillermo  
Pereyra Carlos  
Ortega Jorge  
Rosendo Alicia  
Perurena Roberto

### INTRODUCCION

*Durante los últimos 12 años, de trabajo coordinado entre el servicio de odontología y el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de la ciudad de La Plata, se han tratado 363 casos de fracturas de la región Máxilo-facial. Del análisis de los datos estadísticos obtenidos, se pretende establecer, las causas más frecuentes de estas lesiones fracturarias, las localizaciones habituales, el conocimiento de las formas combinadas, los tratamientos efectuados y los resultados de dichos tratamientos.*

### MATERIAL Y METODOS

Desde diciembre de 1978 a enero de 1990, se atendieron en el HIGA Gral. San Martín, 363 pacientes con fracturas maxilo-faciales.

### RESULTADOS

Se trataron 363 casos con un total de 579 fracturas, de este total de casos, 298 corresponden

al sexo masculino (82,1%) y 65 casos al sexo femenino (17,9%). Se los ha agrupado en intervalos de edades de 10 años, correspondiendo entre los 10 y 20 años, 82 casos (22%), entre los 21 y 30 años, 134 casos (36%), entre los 31 y 40 años, 90 casos (24%), entre los 41 y 50 años, 39 casos (10,7%), entre los 51 y 60 años, 10 casos (2,8%) y entre los 61 y 70 años, 8 casos (2,2%).

**Cuadro N° 1 Distribución de casos por sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	298	82,1
Femenino	65	17,9
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100,0</b>

**Cuadro N° 2 Distribución de casos por edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
de 10 a 20 años	82	22,6
de 21 a 30 años	132	36,9
de 31 a 40 años	90	24,8
de 41 a 50 años	39	10,7
de 51 a 60 años	10	2,8
de 61 en adelante	8	2,2
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100,0</b>

En cuanto a su etiología, se reconocen dos grandes grupos, las de origen traumático, 360 casos el (99,2%) y no traumático, 3 casos el (0,8%). De los 360 casos de lesiones traumáticas, 203 casos (55,9%) corresponden a accidentes de tránsito, 71 casos (19,6%) a lesiones en riñas, por accidentes en caídas 38 casos (10,5%), en accidentes de trabajo 31 casos (8,5%) y en accidentes deportivos 17 casos (4,7%). De los 3 casos de lesiones no traumáticas, todas corresponden a procesos odontogénicos benignos.

**Cuadro N° 3 Etiología de los casos**

Origen TRAUMATICO	Frecuencia	Porcentaje
Accidente de Tránsito	203	55,9
Lesiones en Riña	71	19,6
Accidentes por caída	38	10,5
Accidentes de Trabajo	31	8,5
Accidentes Deportivos	17	4,7
<b>Origen NO TRAUMATICO</b>		
Procesos Odontogénicos Benignos	3	0,8
<b>Totales</b>	<b>363</b>	<b>100,0</b>

Analizando el total de 579 fracturas, corresponden al tercio medio, 110 fracturas el 19,1% y al maxilar inferior, 469 fracturas el 80,9%. Resultaron con más de una fractura en 216 casos el 60%.

De los 110 casos de fracturas del tercio medio, fueron del tipo Lefort I, 51 casos (8,8%), de piso de órbita, 18 casos (3,2%), del tipo Lefort II, 13 fracturas (2,2%), del arco cigomático, 11 fracturas (1,9%), del tipo Lefort III, 4 fracturas (0,7%) y de la región malar 13 fracturas (2,2%)

**Cuadro N° 4 Localización de las Fracturas de Tercio Medio**

Tipo de Fracturas	Frecuencia	Porcentaje
Lefort I	51	8,8
Piso de Orbita	18	3,2
Lefort II	13	2,3
Malar	13	2,2
Arco Cigomático	11	1,9
Lefort III	4	0,7
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>19,1</b>

De las 469 fracturas del maxilar inferior, 151 fracturas (26,6%) corresponden a la región sinficial paramediana, 121 fracturas (20,9%) a la región del ángulo mandibular, 65 fracturas (11,2%) a la rama ascendente, 38 fracturas (6,6%) a la región sinficial, 21 fracturas (3,6%) a la región condílea o sub-condílea y 8 fracturas (1,4%) a la apófisis coronoides.

**Cuadro N° 5 Localización de las fracturas de Mandíbula**

Lugar de las fracturas	Frecuencia	Porcentaje
Region sinficial paramediana	151	26,6
Region del Angulo	121	20,9
Region de la rama horizontal	65	11,2
Region de la rama ascendente	65	11,2
Region sinficial mediana	38	6,6
Region condílea o sub-condílea	21	3,6
Region de la apófisis coronoides	8	1,4
<b>Total</b>	<b>469</b>	<b>80,9</b>

Se efectuó tratamiento en 361 casos (99,5%) y no se realizó tratamiento en 2 casos (0,5%). De los 361 casos tratados, se los efectuó en forma ortopédica en 254 casos (70%), en forma quirúrgico-ortopédica en 79 casos (21%) y en forma quirúrgico-protésica en 28 casos (7,7%).

**Cuadro N° 6 Tipos de Tratamientos Efectuados**

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Ortopédico	254	70
Quirúrgico-Ortopédico	79	21,8
Quirúrgico-Protésico	28	7,7
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>99,5</b>

Este tipo de pacientes llegan en general a nuestras manos luego de superar lesiones con elevado riesgo de vida o cuando esta instancia no se ha producido. Es fundamental un prolijo examen clínico, donde la palpación es el elemento principal, seguido habitualmente de radiología simple extra-oral.

menos frecuentemente de T. A. C. lineal y de redlografías intra-orales, con técnicas peri-apicales u oclusales. Se entiende por tratamiento ortopédico a la reducción manual de los extremos fracturarios y la posterior instalación de aparatología de contención, que consiste en la colocación de arcos peines o media caña en el maxilar superior e inferior, completando el bloqueo por medio de ligaduras rígidas o elásticas intermaxilares. El tratamiento quirúrgico-ortopédico está indicado en fracturas retro-molares, zona de ángulo o rama ascendente del maxilar inferior con importante desplazamiento, utilizando el abordaje quirúrgico extra o intra-oral. Cuando los pacientes son desdentados totales, de uno o ambos maxilares o desdentados posteriores, además de la fijación por osteosíntesis, es necesario confeccionar goteras o monoblocks para realizar la inmovilización bucal, dichas goteras hechas en acrílico transparente, se preparan tomando previamente impresiones de ambos maxilares, de los cuales se obtienen modelos en yeso. sobre estas se practica la cirugía del modelo, es decir se posicionan los extremos desplazados tal cual van a ser reducidos en el acto operatorio. Sobre el modelo ahora sí correctamente posicionado, se construyen las goteras que van a ser colocadas en la boca una vez realizada quirúrgicamente la reducción y osteosíntesis correspondientes, que serán fijadas a los maxilares mediante ligaduras circunferenciales; llevadas a la correcta oclusión de las mismas, se instalarán las ligaduras intermaxilares de inmovilización definitiva.

Por el hecho previamente señalado, de que los pacientes llegan a nuestras manos sin riesgo de vida o ya habiéndolo superado, la mortalidad es una situación que no hemos tenido que lamentar. De las complicaciones mas frecuentes, se destacan la supuración de heridas y fistulas cutaneas por rechazo de materiales o secuestros óseos, fistulas entre la cavidad oral y la piel, estas se dan cuando el traumatismo fue severo y se constató comunicación entre el campo operatorio y la cavidad oral y sólo en dos ocasiones, se debió retirar osteosíntesis del maxilar inferior, por exponerse los alambres en la mucosa oral.

## CONCLUSIONES

- 1) Las fracturas maxilo-faciales afectan principalmente al sexo masculino (82%).
- 2) Las lesiones fracturarias de la región maxilo-facial observadas, con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años (50%).
- 3) La etiología traumática abarca más del 90% de los casos.
- 4) Las lesiones de origen traumático derivan principalmente de accidentes de tránsito (55%).
- 5) Las Fracturas de origen no traumático tienen en el 100% de los casos de origen en lesiones odontogénicas benignas.
- 6) Es de destacar que en el 60% de los casos, se constataron más de una fractura máxilo-facial.
- 7) Las fracturas del tercio inferior son las más frecuentes, con un porcentaje del 80% del total de las fracturas.
- 8) Las fracturas de la región sinficial paramediana de la mandíbula y las fracturas del ángulo de la misma región, constituyen los puntos más afectados del tercio inferior (47,5%).
- 9) De las fracturas del tercio medio, el sitio más afectado es el trayecto fracturario que denominamos Lefort I (50%).
- 10) El tratamiento ortopédico ha sido el más frecuentemente utilizado (70%).

## BIBLIOGRAFIA

- KASANJIAN Y CONVERSE - Tratamiento quirúrgicos de los traumatismos de la cara.
- ROWE Y KILLEY Fracturas del esqueleto facial  
CONVERSE Cirugía plástica reconstructiva

Las grandes obras de las instituciones...  
Las sueñan las mentes locas.  
Las ejecutan los trabajadores natos.  
Las aprovechan los felices cuerdos  
y las critican los inútiles crónicos.-