

Enfoque clinicoterapéutico de las urgencias bucofaciales en pacientes atendidos en una institución de segundo nivel

Clinical and therapeutical approach of the oral and facial emergencies in patients assisted in a second level institution

Dr. José Manuel Díaz Fernández y Dr. Rodolfo Velásquez Bez

Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de ciencias médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 9 932 pacientes, quienes presentaron urgencias bucofaciales, atendidos en el Cuerpo de Guardia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero del 2006 hasta diciembre del 2010, a fin de caracterizarles desde los puntos de vista clínico y terapéutico. Se halló una elevada incidencia de afectados con procesos patológicos agudos que constituyeron urgencias en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, aunque solo 3,3 % de ellos fueron hospitalizados. Hubo un predominio de pacientes con traumatismos de partes blandas, procesos inflamatorios sépticos agudos y procesos dolorosos de cabeza y cuello. La mayoría de los procedimientos quirúrgicos y ortopédicos se efectuaron en el cuerpo de guardia antes citado, lo cual pertenece a la categoría de cirugía menor y bajo régimen de atención ambulatoria.

Palabras clave: morbilidad, trauma de parte blanda, proceso séptico odontógeno, urgencia bucofacial, tratamiento quirúrgico, Servicio de Cirugía Maxilofacial.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 9 932 patients who presented oral and facial emergencies, assisted in the Maxillofacial Surgery emergency room of "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from January, 2006 to December, 2010, in order to characterize them from the clinical and therapeutical points of view. It was found a high incidence of affected patients with acute pathological processes that constituted emergencies in the Maxillofacial Surgery Service, although just 3.3 % of them were hospitalized. There was a prevalence of patients with soft parts trauma, acute septic inflammatory processes and painful processes of head and neck. Most of the surgical and orthopedic procedures were carried out in the emergency room above mentioned, which belong to the category of minor surgery and under ambulatory care.

Key words: morbidity, soft part trauma, odontogenous septic process, oral facial emergency, surgical treatment, Maxillofacial Surgery Service.

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Urgencia, especialmente el de cirugía maxilofacial, es uno de los más complejos, pues presenta gran demanda asistencial en cualquier institución hospitalaria.^{1,2} A diferencia de otros niveles de atención, la presión asistencial y la falta

de tiempo que conlleva una adecuada valoración clínica, así como la premura para adoptar decisiones que agilicen el funcionamiento de dicho servicio, son los factores que condicionan la atención de urgencia.³

Al respecto, en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" el Servicio de Cirugía Maxilofacial ofrece una primera atención en el llamado *triage* hospitalario, donde las urgencias son catalogadas según el nivel de prioridad, de manera que los pacientes son atendidos con independencia del orden de llegada, lo cual permite garantizar la calidad asistencial de esta especialidad; así, el paciente percibirá la asistencia como afectiva, accesible, aceptable y útil sin olvidar la importancia de una información adecuada a dicho nivel. De tal forma se alcanzará una relación satisfactoria entre el afectado y el sistema de salud cubano.

No obstante, los autores de esta investigación consideran que existen particularidades en el servicio de urgencia de la citada especialidad, puesto que la inmensa mayoría de los pacientes que concurren a dicho servicio para solicitar atención médica (a diferencia de otras especialidades) en realidad la necesitan, de los cuales un elevado porcentaje sufre afectaciones traumáticas, dolorosas e infecciosas.

Entre las urgencias médicas y/o quirúrgicas relacionadas con el complejo bucofacial figuran: pericoronaritis o contusión, crisis agudas de neuralgias faciales, disfunciones dolorosas de la articulación temporomandibular (ATM), hemorragias severas y obstrucciones de las vías aéreas provocadas por fracturas faciales complejas.

Teniendo en cuenta que existía un número elevado de pacientes con las características antes mencionadas y que no había un estudio semejante en Cuba, los autores de este artículo se dieron a la tarea de recoger información sobre estos pacientes, atendidos en el servicio de urgencia de la especialidad, para proporcionar a las autoridades sanitarias de la institución y del sectorial de salud provincial una información importante y actualizada sobre la morbilidad general de urgencias, sobre la base de que la planificación de recursos asistenciales tiene como dificultad la falta de datos reales sobre la incidencia de las diferentes enfermedades y los procedimientos terapéuticos de mayor aplicación a dicho nivel, así como las áreas donde se ejecutan estos procedimientos. Todo ello posibilitará una adecuada organización y planificación de los recursos disponibles en los servicios de urgencia de cirugía maxilofacial, en aras de brindar una asistencia médica más calificada y con ello contribuir a una mejor calidad de vida de los afectados.

MÉTODOS

Se efectuó una investigación observacional de tipo transversal, a fin de caracterizar desde los puntos de vista clínico y terapéutico las urgencias bucofaciales de 9932 pacientes, atendidos en el Servicio de Urgencia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero del 2006 hasta diciembre del 2010, para lo cual se realizó un estudio clínico, radiológico y de laboratorio con vistas a confirmar el diagnóstico de dichas afecciones. Además, se confeccionó una planilla encuesta donde se recogieron todas las variables del estudio.

La información recolectada se procesó de forma computarizada y se empleó el paquete estadístico SPSS 15,5 que permitió la distribución de frecuencias y tablas de contingencia de doble entrada con mínimo margen de error, así como el cálculo de la medida descriptiva empleada (porcentaje) y la prueba de validación estadística que se

utilizó para identificar la independencia entre los criterios analizados (χ^2 al cuadrado de independencia) con un nivel de significación de 0,05, por lo que los resultados de p inferiores a ese valor se consideraron como evidencia de asociación entre los criterios analizados; en caso contrario, ($p > 0,05$), se entendió como ausencia de la relación buscada.

RESULTADOS

Constátase en la tabla 1 que existió un predominio del síndrome traumático agudo con 6 228 pacientes (62,7 %), en el cual se destacan las lesiones de partes duras con 5 568 (56,0 %), seguidas en orden decreciente, por los síndromes inflamatorios sépticos y dolorosos agudos con 2 136 y 1 188 pacientes, para 21,5 % y 12,0 %, respectivamente. Los síndromes hemorrágicos y misceláneo resultaron los de menor incidencia en la investigación.

Entre los diagnósticos clínicos predominantes se encontraron las heridas en el rostro, visualizadas en 2 724 pacientes, con 3 405 áreas anatómicas faciales afectadas (1,3 afectados, de las cuales 2 438 fueron incisivas-contusas), 621 contusa-avulsivas y 346 incisiva y/o contusa a colgajos. Las regiones más afectadas resultaron ser: geniana, ciliar, labial, mentoniana, palpebral y frontal. En orden decreciente fueron atendidos 2 164 pacientes con traumas cerrados de partes blandas (1 175 contusiones y 989 dermoabrasiones), el rubro de los abscesos/celulitis facial odontógena y no odontógena conglomeraó a 552 y 538 afectados cada uno. Por su parte, la neuritis aguda odontógena se observó en 462 integrantes de la serie. También se diagnosticaron y trataron 430 pacientes con síndrome doloroso agudo de la ATM, así como 368 heridas bucales (321 incisiva-contusa y 47 contusa-avulsiva); las áreas más afectadas fueron labial y lingual. En menor cuantía se diagnosticaron: alveolitis, absceso dentroalveolar agudo, fracturas nasales, aftas bucales, operculitis y fracturas cigomáticas, que resultaron ser los diagnósticos observados de más baja incidencia, entre los 13 primeros.

Tabla 1. Relación de pacientes con estados clínicos maxilofaciales de urgencia según diagnóstico sindrómico

| Diagnóstico sindrómico | No. | % |
|-------------------------------------|------|-------|
| Síndrome traumático agudo | 6228 | 62,7 |
| - De partes duras | 5568 | 56,0 |
| - De partes blandas | 660 | 6,7 |
| Síndrome inflamatorio séptico agudo | 2136 | 21,5 |
| Síndrome dolor agudo | 1188 | 12,0 |
| Síndrome hemorrágico | 192 | 1,9 |
| Síndrome misceláneo | 188 | 1,9 |
| Total | 9932 | 100,0 |

$P < 0,05$

No obstante la elevada incidencia de pacientes con urgencias, se observa en la tabla 2 que solamente se efectuaron 300 ingresos. En relación con los diagnósticos que motivaron estos ingresos se reveló que el síndrome traumático de tejido duro (especialmente las fracturas) predominó con 112 pacientes (57,3 %), seguido por el síndrome inflamatorio séptico agudo (26,6 %) y, en tercer lugar, los traumatismos de partes blandas (a expensas de las heridas complejas) con 12,0 %. La menor proporción de internamientos se efectuó por los síndromes misceláneo, hemorrágico y doloroso agudo de cabeza y cuello. La elevada proporción en el total de los 3

primeros síndromes discretos propició una relación de dependencia entre el diagnóstico efectuado y el motivo de ingreso ($p < 0,05$).

Tabla 2. Relación de pacientes con síndromes clínicos que necesitaron hospitalización en el Servicio de Cirugía Maxilofacial

| Diagnóstico sindrómico | No. | % |
|-------------------------------------|-----|-------|
| Síndrome traumático agudo | 208 | 69,3 |
| - De partes duras | 112 | 57,3 |
| - De partes blandas | 36 | 12,0 |
| Síndrome inflamatorio séptico agudo | 80 | 26,6 |
| Síndrome dolores agudo | 8 | 2,7 |
| Síndrome hemorrágico | 2 | 0,7 |
| Síndrome misceláneo | 2 | 0,7 |
| Total | 300 | 100,0 |

$P < 0,05$

La tabla 3 muestra que de los 3 938 (63,3 %) diagnósticos sindrómicos se instrumentó algún proceder operatorio (quirúrgico u ortopédico) en 3 408 (54,6 %); dicho proceder se categorizó como menor, mientras que en 492 de ellos (7,9 %) fue mayor. La mayoría de estos procedimientos (99,1 %) se ejecutaron en el Cuerpo de Guardia de Cirugía Maxilofacial y solo 38 en la Unidad Quirúrgica Central; todos fueron categorizados como mayores, lo cual representó 0,9 % de los diagnósticos sindrómicos. Cabe agregar que en 2 284 (36,7 %) pacientes diagnosticados no se aplicó ningún proceder.

Al detallar los diferentes diagnósticos sindrómicos que motivaron los procedimientos de cirugía menor, sobresalió el síndrome traumático agudo (78,2 %), seguido en orden descendente por los síndromes inflamatorio séptico agudo (12,5 %), doloroso agudo de cabeza y de cuello (5,5 %) y, en menor cuantía, hemorrágico y misceláneo (3,71 y 0,12 %, respectivamente).

De las 2 666 cirugías menores realizadas a los pacientes con síndrome traumático agudo, cabe destacar, aquellas que se efectuaron a 2 650 con heridas del complejo bucofacial (2364 faciales y 286 bucales); las 16 restantes se hicieron en pacientes con luxación y/o subluxación dentaria.

Las 428 cirugías menores efectuadas a los pacientes con síndrome inflamatorio séptico agudo, se desglosaron en las entidades siguientes: 220 quistes de inclusión epidérmica abscedados, 124 alveolitis, 34 abscesos dentoalveolares agudos, 30 absceso y/o celulitis facial odontogena y 10 estafilococcia cutánea.

En relación con el resto de las cirugías menores, se realizaron 188 a los pacientes que presentaron síndrome doloroso agudo (180 neuritis odontogenas y 8 neuralgia trigeminal típica), 122 a quienes mostraban síndrome hemorrágico (118 hemorragia alveolar posextracción y 4 hemorragia posquirúrgica) y 4 a aquellos con síndrome misceláneo (4 cuerpos extraños).

De las 492 cirugías mayores se realizaron 408 (82,9 %) a los pacientes con síndrome traumático agudo, entre estas se destacan: fracturas nasales (200), cigomáticas (58), dentoalveolares (46), heridas faciales complejas (44), fracturas de mandíbula (32) y de cóndilo (12). Las restantes 84 operaciones mayores (17,1 %) se efectuaron a los

pacientes con afecciones contenidas en el síndrome misceláneo, tales como 42 comunicaciones bucosinusuales y 42 luxaciones de la ATM.

Los 38 procedimientos de cirugía mayor fueron ejecutados en la Unidad Quirúrgica Central; 100,0 % de estos se realizaron a los pacientes que presentaron entidades clínicas contenidas en el síndrome traumático agudo, fundamentalmente de tejido duro, entre las cuales se destacaron: 20 fracturas cigomáticas, 8 de mandíbula y 2 percápita para heridas faciales complejas, *Le fort*, nasoorbitomaxilarias, múltiples y panfaciales.

Tabla 3. Relación de pacientes según diagnóstico sindrómico, modalidad terapéutica empleada, áreas donde se realizó el proceder operatorio y categoría de este

| Diagnóstico sindrómico | Modalidad terapéutica | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--------------|---------------|----------------|---------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|
| | Quirúrgica | | | | | | No quirúrgica | | | |
| | Área de realización y categoría | | | | | | | | | |
| | Cuerpo de guardia | | | Unidad central | | | Total | | | |
| | Cirugía menor | | Cirugía mayor | | Cirugía mayor | | | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Traumático agudo | 2666 | 78,2 | 408 | 82,9 | 38 | 100,0 | 640 | 28,0 | 3752 | 60,3 |
| Inflamatorio séptico agudo | 428 | 12,5 | | | | | 1280 | 57,0 | 1708 | 27,5 |
| Doloroso agudo | 188 | 5,5 | | | | | 312 | 13,6 | 500 | 8,0 |
| Hemorragípero | 122 | 3,7 | | | | | 48 | 1,2 | 170 | 2,7 |
| Misceláneo | 4 | 0,1 | 84 | 17,1 | | | 4 | 0,2 | 92 | 1,5 |
| Total | 3408 | *54,6 | 492 | *7,9 | 38 | *0,8 | 2284 | *36,7 | 6222 | *100,0 |

*Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes de la modalidad quirúrgica y no quirúrgica: 3408 + 492 + 38 = 3938 (63,3 %) (36,7 %)

**Porcentajes de cirugías realizadas en cuerpo de guardia y Unidad Central (3900/99,1 %) (38/0,9 %)

De los 4 062 procedimientos terapéuticos realizados a 3 632 pacientes (tabla 4), 89,4 % fueron quirúrgicos y 10,6 % ortopédicos. De estos procedimientos, 3 532 (87,9 %) se categorizaron como menores y 492 (12,1 %) como mayores; ambos se efectuaron en el cuerpo de guardia; solo 38 en la Unidad Quirúrgica Central, todos categorizados como cirugía mayor.

Por otro lado, de los 3 532 procedimientos menores, 98,4 % fueron quirúrgicos y solo 1,6 % ortopédicos. Entre los primeros sobresalieron: síntesis de heridas, incisión y drenaje de abscesos, así como exodoncia. Hubo otros procedimientos con baja incidencia, tales como legrado en 124 alveolitis, hemostasia por sutura en 122 hemorragias (118 posexodoncia y 4 posquirúrgica) y 4 extracciones de cuerpos extraños de la cara. Entre los procedimientos ortopédicos menores sobresalió la reinserción ferulización dentaria en 16 pacientes.

En cuanto a los procedimientos mayores efectuados en el cuerpo de guardia, 82,1 % fueron ortopédicos y 17,9 % quirúrgicos. Entre los primeros, aquellos que más se implementaron en el Servicio de Urgencia fueron la reducción cerrada por vía endonasal asociada a la contención nasal externa e interna en 101 pacientes (100 con fractura nasal y uno con fractura nasoetmoidal), reducción cerrada por vía percutánea sin contención en 58 con fracturas cigomáticas, reducción manual y ferulización dentaria monomaxilar en 56 (46 fracturas dentoalveolares y 10 subluxación y/o luxación dentaria), reducción manual combinada con bloqueo intermaxilar en 42 (42

luxaciones de la ATM) y reducción elástica asociada al bloqueo intermaxilar en 48 (32 fracturas de mandíbula, 12 de cóndilo y 4 *Le fort* I sin desplazamiento importante).

Ahora bien, entre los procedimientos quirúrgicos implementados en el cuerpo de guardia sobresalieron: síntesis y plastia de heridas, así como plastia de comunicaciones bucosinusales.

Los procedimientos efectuados en la Unidad Quirúrgica Central fueron mayores y de tipo quirúrgico; entre ellos se destacaron: reducción abierta y osteosíntesis alámbrica combinada con contención intrasinusal y sonda *foley* en 20 pacientes con fracturas cigomáticas tetrapoideas, reducción abierta con osteosíntesis alámbrica y bloqueo bimaxilar elástico en 14 afectados, así como 8 fracturas de mandíbula y 2 percápita tipo *Le fort* II/I, múltiples y panfacial.

Tabla 4. Relación de pacientes según proceder terapéutico empleado, áreas donde se realiza y categoría de este

| Procederes terapéuticos | Áreas donde se realiza y categoría | | | | | | Total | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|-------|--------|
| | Cuerpo de guardia | | | | Unidad central | | | |
| | Cirugía menor | | Cirugía mayor | | Cirugía mayor | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Quirúrgico | 3508 | 98,4 | 86 | 17,9 | 38 | 100,0 | 3632 | 89,4 |
| Ortopédico | 24 | 1,6 | 406 | 82,1 | | | 430 | 10,6 |
| Total | 3532 | *87,9 | 492 | *12,1 | 38 | *1,0 | 4062 | *100,0 |

*Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes

DISCUSIÓN

Según Motamedi *et al*,³ las heridas faciales resultaron la entidad de mayor prevalencia en las urgencias maxilofaciales, con alrededor de 82,0 % de los integrantes de su serie que presentaron traumatismo faciales y 1,2 áreas afectadas por pacientes. Estos resultados son similares a lo encontrado en esta investigación; sin embargo, otros autores señalan entre 56,2 y 68,0 % de incidencia de heridas en el síndrome traumático.⁴⁻⁶

Mafla *et al*⁶ señalan que la furunculosis, los quistes de inclusión epidérmica abscedados, la celulitis facial, la sialoadenitis y los abscesos dentoalveolares agudos fueron los procesos sépticos más frecuentes encontrados en las consultas de urgencias.

Los resultados anteriores se corresponden con los hallazgos de esta serie, aunque no en el orden descrito por dichos autores.

Por otra parte, en esta casuística, el síndrome traumático de tejido duro resultó la primera causa de hospitalización, lo cual era esperado y se relaciona con los factores de riesgo que estuvieron implicados en este tipo de lesión, entre los cuales figuraron: accidentes del tránsito, riñas callejeras y asaltos (en ese orden). Lo anterior ha sido señalado también por otros autores¹⁻³ y es válido para el síndrome traumático de partes blandas.

En este estudio 26,7 % de los ingresos fueron atribuibles al síndrome inflamatorio séptico agudo. En tal sentido, es oportuno señalar que en el adulto son frecuentes las

caries dentales, las parodontopatías, los accidentes de erupción dentaria, los quistes epidérmicos abscedados, las estafilococcias cutáneas y otros, los cuales propician el desarrollo de eventos de carácter séptico agudo en el complejo bucocervicofacial, como lo aseguran algunos investigadores.⁶⁻⁹

Teniendo en cuenta los factores de riesgo implicados en la patogenia del síndrome inflamatorio séptico agudo, que son motivo de preocupación en la atención primaria estomatológica donde prevalecen las acciones para prevenir estos factores, es que dichos resultados deben ser valorados detalladamente para buscar la identificación y el control de los elementos que favorecen el desarrollo de estos procesos.

Para concluir, un grupo de investigadores¹⁰⁻¹² informó que los procedimientos ortopédicos mayores prevalecen en los servicios de urgencias de cirugía maxilofacial cuando se refieren al síndrome traumático agudo de tejido duro; mientras que en los procedimientos menores prevalecen los de tipo quirúrgico en el resto de los síndromes antes expuestos, todo lo cual concuerda con lo analizado en este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nóbrega LM, Cavalcante GM, Lima MM, Madruga RC, Ramos Jorge ML, d'Avila S. Prevalence of facial trauma and associated factors in victims of road traffic accidents. *Am J Emerg Med.* 2014; 32 (11): 1382-6.
2. Moafian G, Aghabeigi MR, Hoseinzadeh A, Lankarani KB, Sarikhani Y, Heydari ST. An epidemiologic survey of road traffic accidents in Iran: analysis of driver –related factors. *Chin J Traumatol.* 2013; 16 (3): 140-4.
3. Motamedi MH, Dadgar E, Ebrahimi A, Shirari G, Haghghat A, Jamalpour MR. Pattern of maxillofacial fractures: a 5-year analysis of 8,818 patients. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014; 77 (4): 630-4.
4. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristic of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents: a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol.* 2010; 26 (2): 149-53.
5. Basheeth N, Donnelly M, David S, Munish S. Acute nasal fracture management: A prospective study and literature review. *Laryngoscope.* 2015; 125 (12): 2677-84.
6. Mafla AC, Lopez AE, Guerrero KA, Meneses SR, Isuasty AC, Bolaños EO, et al. Estudio retrospectivo de causas de trauma maxilofacial en Pasto, Colombia de 2001 a 2006. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2009; 41 (2) :142-8.
7. Ryan P, McMahon G. Severe dental infections in the emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2012; 19 (4): 208-13.
8. Strachan DD, Williams FA, Bacon WJ. Diagnosis and treatment of pediatric maxillofacial infections. *Gent Dent.* 1998; 46 (2): 180-2.
9. Bali RK, Sharma P, Gaba S, Kaur A, Ghanghas P. A review of complication of odontogenic infections. *Natl J Maxillofac Surg.* 2015; 6 (2): 136-43.

10. Rui feng CH, Li song H , Ji bo Z , Li qiu W. Emergency treatment on facial laceration of dog bite wounds with immediate primary closure: a prospective randomized trial study. BMC Emerg Med. 2013; 13 (suppl 1): s2-s5.
11. Pons Y, Ukkola Pons E, Raynal M, Lepage P, Hunkemoller I, Kossowski M. Traumatismos del tercio medio facial. EMC Otorrinolaringol. 2011; 40 (2): 1-17.
12. Murphy DA. Substance use and facial injury. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2010; 22 (2): 231-8.

Recibido: 10 de noviembre de 2017.

Aprobado: 27 de febrero de 2018.

José Manuel Díaz Fernández. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: josediaz@infomed.sld.cu