



apunts

MEDICINA DE L'ESPORT

www.apunts.org



CASO CLÍNICO

Fracturas mandibulares: manejo en deportistas

Bernat de Pablo Màrquez^{a,*}, Adaia Valls Ontañón^{b,c} y Gil Rodas Font^d

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, España

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España

^c Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Instituto Maxilofacial Teknon, Barcelona, España

^d Servicios Médicos, Fútbol Club Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 14 de junio de 2016; aceptado el 11 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE

Fractura;
Mandíbula;
Traumatología;
Medicina deportiva

Resumen Las fracturas mandibulares son las fracturas faciales más frecuentes tras las fracturas nasales, y la contusión directa es la causa más habitual. La práctica deportiva es una de las principales causas de lesión maxilofacial, con gran variabilidad según el deporte practicado. Aunque existen diferentes publicaciones sobre el *return-to-play* en la fractura mandibular, no existe consenso claro al respecto.

© 2016 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Fracture;
Jaw;
Traumatology;
Sports medicine

Mandibular fracture: Management in athletes

Abstract Maxillary fractures are the most frequent facial fractures after nasal fractures. Direct concussion is the most frequent cause. Sport related maxillary fractures are frequent, and vary according to the discipline. Many articles have been published with return to practice recommendations, but no consensus has been reached.

© 2016 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años de edad que consultó en el Servicio de Urgencias por contusión facial

mientras practicaba hockey hierba. La causa fue contusión directa con un stick. El paciente no presentaba antecedentes patológicos relevantes ni alergias medicamentosas.

A la exploración física se evidenció dolor intenso a la palpación de ambos cuerpos mandibulares, con déficit a la apertura bucal. El paciente estaba hemodinámicamente estable y eupneico.

Se solicitó radiografía simple (fig. 1) que mostró fractura completa de rama mandibular derecha y fractura

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Màrquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apunts.2016.07.002>

1886-6581/© 2016 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 Fractura completa de rama mandibular derecha y fractura lineal parasinfisaria izquierda en jugador de hockey hierba de 17 años con contusión facial directa.



Figura 2 Fractura desplazada del ángulo mandibular derecho, con enfisema subcutáneo en jugador de hockey hierba de 17 años con contusión facial directa.

lineal parasinfisaria izquierda. Ante la no disponibilidad de ortopantomografía de urgencia se solicitó tomografía computarizada mandibular que evidenció fractura desplazada del ángulo mandibular derecho, con enfisema subcutáneo (fig. 2) y fractura parasinfisaria izquierda no desplazada.

Ante el diagnóstico de fractura cerrada mandibular se derivó al paciente al centro de referencia, donde fue intervenido mediante reducción abierta con placas de osteosíntesis. El paciente reinició la actividad deportiva sin contacto tras 3 semanas desde la fractura y reinició la actividad deportiva habitual con contacto a las 8 semanas, tras evidenciarse la consolidación radiológica de la fractura. El paciente usó protección facial durante los 2 meses que quedaban de competición.

Discusión

Las fracturas mandibulares son las más frecuentes en traumatología facial tras las fracturas nasales, y son motivo de numerosas consultas en los Servicios de Urgencias.

Un 17,9% de los traumatismos mandibulares se asocian a otras lesiones faciales y un 12% se presentan con lesiones dentales; llega al 49% el número de fracturas maxilofaciales que se acompañan de una fractura mandibular¹.

La práctica deportiva es una de las principales causas de lesión maxilofacial (la causa principal son los accidentes de circulación). Un estudio en población holandesa evidenció que el fútbol y el hockey hierba eran los deportes en los que se registraban más lesiones maxilofaciales (aunque se debe considerar el sesgo de los deportes más practicados en cada país)².

La fractura se puede ocasionar por mecanismo directo (se produce en el lugar del traumatismo) o indirecto (muy frecuente la fractura de cóndilo en fuertes traumatismos sinfisarios).

Las fracturas mandibulares suelen localizarse en regiones que presentan cierta debilidad y en las que la estructura ósea tiene menor resistencia anatómica (p. ej. el cóndilo mandibular), zonas debilitadas por la presencia de dientes o cordales retenidos, quistes o raíces dentales largas, o atrofia mandibular secundaria a edentulismo o a antecedentes patológicos que debilitan el hueso. En la población infantil, los puntos débiles de la mandíbula son la región del germen del canino y la del segundo molar definitivos, y el cuello del cóndilo².

La estabilidad de las fracturas mandibulares depende de la localización y de la trayectoria de estas: en ángulo mandibular, las fracturas cuya línea sigue una trayectoria anterioinferior, es decir, hacia abajo y adelante, se consideran fracturas horizontales favorables, porque la fractura tiende a la estabilidad por acción de la musculatura anterior y posterior (músculo masetero y pterigoideo interno). En las fracturas verticales desfavorables la línea transcurre desde atrás hacia delante y hacia dentro³.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de las fracturas mandibulares dependen de la localización anatómica y de la trayectoria de estas.

De forma general, suelen caracterizarse por presentar deformidad de la arcada mandibular y, en consecuencia, mala oclusión y asimetría facial (por fractura o luxación ósea).

El foco de fractura suele producir un área de hinchazón dolorosa a la palpación y con posible crepitación subcutánea. Conviene, dentro de lo posible, realizar una exploración física antes de que aparezca la tumefacción tisular, edema, equimosis o hematoma, ya que estos dificultarán su correcta evaluación. Algunos trazos de fractura pueden incluso movilizarse manualmente, sobre todo en mandíbulas atroficas. Además, en ocasiones existe desgarro de la mucosa y, de forma muy esporádica, de la piel circundantes.

Cuando existe compromiso o defecto tanto de partes blandas como duras, y estructuras vasculonerviosas, el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8607978>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8607978>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)