

¿Cuál sería su actitud terapéutica?

Presentamos el caso de una niña de 8 años de edad, que es remitida a Urgencias por sufrir traumatismo facial tras caída en bicicleta. No tiene antecedentes patológicos de interés.

A la exploración presenta herida en región mentoniana, y contusión en región temporomandibular izquierda, con mínima otorragia. La niña refiere disociación, dolor y la apertura oral máxima es de 8 mm, con laterodesviación a la derecha.

En OPG (Fig. 1) y proyección de Towne se observa fractura-luxación de cóndilo mandibular izquierdo con desplazamiento. En el TAC (Fig. 2) se aprecia una fractura del cóndilo izquierdo con desplazamiento anteromedial del fragmento condíleo.



Figura 1. Fractura-luxación de cóndilo izquierdo.

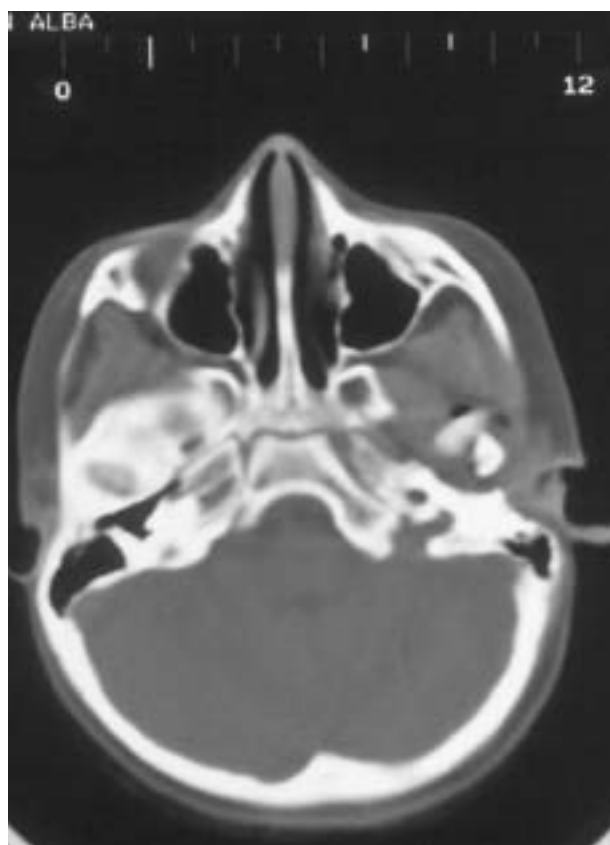


Figura 2. Imagen de TAC con desplazamiento anteromedial del fragmento condíleo.

Fractura condílea mandibular desplazada en edad pediátrica. Reducción abierta y osteosíntesis con material reabsorbible

I. Vázquez Mahía¹, A. García-Rozado González², JL. López-Cedrún³

Tras el diagnóstico de fractura-luxación condílea, se practica intervención quirúrgica con reducción abierta mediante incisión preauricular con modificación endaural tipo *lifting*. Intraoperatoriamente se confirma una fractura intracapsular con un importante desplazamiento anteromedial del fragmento condíleo. Tras la reducción de la cabeza condílea se procede a la fijación de la misma con una miniplaca reabsorbible de 1,5 mm con 4 agujeros (Fig. 3). La oclusión se mantiene intraoperatoriamente mediante bloqueo intermaxilar en paralelogramo, que es retirado al final de la intervención, realizándose posteriormente una movilización precoz.

A los 12 días de la intervención presenta una correcta oclusión y se inicia la rehabilitación y la apertura bucal.

A los 6 meses el control radiográfico es correcto, y la apertura oral va mejorando gracias al dispositivo de Therabite®, hasta conseguir una apertura interincisal de 36 mm, aunque persiste una laterodesviación izquierda de 1 mm a los 10 meses (Fig. 4).

Discusión

La incidencia de las fracturas de cóndilo en los niños es más alta, que en los adultos. La causa más



Figura 3. Reducción y fijación con miniplaca reabsorbible.

común es la caída de alturas o de bicicletas. De todas las fracturas mandibulares que ocurren en los niños, entre 28,2% y 62% están localizadas en el proceso condilar.¹

En ocasiones las fracturas de cóndilo son difíciles de detectar. Los síntomas y signos son similares a los adultos, y el advenimiento de los *scanners* de última generación ha simplificado las técnicas de examen

1 Médico Residente

2 Médico Adjunto

3 Jefe de Servicio

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña, España.

Correspondencia:

Inés Vázquez Mahía

O Castaño, 20 Perillo, Oleiros.

15172 La Coruña, España.

vmahia@canalejo.org



Figura 4. Buena apertura oral con mínima laterodesviación.

radiográfico. Numerosos estudios concluyen que los niños poseen una increíble habilidad para regenerar morfológica, anatómica y funcionalmente la articulación normal, a pesar del tipo de traumatismo, el grado de desplazamiento, o el tratamiento empleado.²

En el caso que presentamos decidimos practicar una reducción abierta debido al gran desplazamiento de la cabeza condílea, y por la gravedad de los síntomas iniciales. Observamos una buena evolución en el postoperatorio inmediato; evitamos el bloqueo intermaxilar postoperatorio y los problemas subsecuentes para la vía aérea y déficits nutricionales. Asimismo, evitamos la atrofia muscular, y del cartílago articular. Con la movilización precoz, evitamos las sinequias articulares y mejoramos la dinámica articular. Tras 6 meses de seguimiento la paciente presenta una apertura oral de 36 mm, con una mínima laterodesviación. Consideramos fundamental una rehabilitación precoz para minimizar las posibles secuelas faciales dada su condición de paciente en fase de crecimiento.

En el caso motivo del presente artículo resulta imprescindible una supervisión periódica del crecimiento óseo facial durante el periodo de crecimiento de la paciente.

Para el tratamiento de las fracturas condilares en niños hay un gran consenso en el manejo no quirúrgico.³ Así, según varios autores el tratamiento de las fracturas mandibulares en niños es habitualmente conservador: fisioterapia en las fracturas de cóndilo y a menudo fijación maxilomandibular en otros casos.

Varios autores coinciden en que es necesario un pequeño periodo de inmovilización de dos semanas seguido de movilización temprana. Así, las indicaciones del tratamiento quirúrgico son limitadas, fundamentalmente para prevenir la anquilosis de la ATM, daño en el desarrollo de los dientes o gérmenes dentarios, o secuelas en el crecimiento óseo.⁴

Otros autores también apoyan que el tratamiento conservador de la fractura dislocación del proceso condilar parece estar indicado en pacientes hasta los 15 años y mantienen que el método de tratamiento debe ser tan conservador como nos sea posible. La dieta blanda, movilización temprana y observación de la oclusión sería para estos autores el tratamiento de elección.¹

Por tanto, aunque la mayoría de los autores clásicos como MacLennan y Rowe, defienden el tratamiento conservador en estos pacientes, nadie duda que el desarrollo de los sistemas de osteosíntesis permite actualmente solucionar situaciones en las cuales el tratamiento conservador, con abstención terapéutica o bloqueo intermaxilar, resulta insuficiente o difícil de aplicar por las características de la dentición.⁵

Vemos que el tratamiento de las fracturas de cóndilo mandibular es uno de los temas más debatidos y lleno de controversia dentro de la traumatología facial. Deben de ser observados con preocupación en niños pequeños, ya que acarrear la posibilidad de producir alteraciones secundarias del crecimiento por las lesiones causadas sobre los centros germinativos del cóndilo, y pueden asimismo causar hemartrosis y ulterior organización con anquilosis subsecuente.

Haciendo hincapié en la controversia entre reducción abierta y cerrada, según algunos autores,³ la mayoría de las fracturas unilaterales pueden ser tratadas usualmente utilizando técnicas cerradas, incluso aquellas con dislocación. Esto siempre que el bloqueo intermaxilar no se mantenga un periodo de tiempo muy prolongado, y esperemos por parte del paciente un grado razonable de colaboración. Otro factor que facilita el tratamiento cerrado es un buen soporte dental en los segmentos posteriores, ya que de lo contrario se favorece un acortamiento de la rama mandibular. También se recomienda el tratamiento abierto en las fracturas panfaciales, ya que esto permite que el 1/3 medio sea colocado correctamente, utilizando la mandíbula reconstruida como guía para la colocación. En los casos bilaterales, con acortamiento de rama y mordida abierta anterior se debe de considerar la reducción abierta. Añade también la mayor posibilidad de complicaciones quirúrgicas al realizar técnicas abiertas.

En resumen, consideramos que las indicaciones relativas de la reducción abierta en fracturas de cóndilo son semejantes a las indicaciones absolutas de los adultos.⁵

- Desplazamiento del fragmento condíleo hacia la fosa craneal media o hacia la fosa temporal con molestias clínicas.
- Fractura-luxación externa con deformidad o limitación funcional.
- Fractura con cuerpo extraño intraarticular.
- Fractura abierta.
- Imposibilidad de conseguir oclusión-apertura adecuada y estable por interposición mecánica de algún fragmento.
- Fractura subcondílea baja con desplazamiento.

Actualmente se emplean placas reabsorbibles en la traumatología maxilofacial con buenos resultados. Prácticamente todos los estudios clínicos y experimentales indican que con el material reabsorbible se consigue una buena estabilización de los fragmentos óseos, y parece clara hoy en día la indicación de estos materiales en la traumatología de pacientes pediátricos en crecimiento, aunque faltan estudios a largo plazo para ver la persistencia de estos resultados. Gracias a estos nuevos materiales nos evitaríamos la retirada de las placas y por tanto un menor número de anestias generales.⁴

Aunque en esta controversia es la experiencia de cada cirujano la que determina la elección de la técnica más adecuada en cada caso, nosotros pensamos que la reducción abierta de las fracturas de cóndilo está indicada en los niños en casos de desplazamiento condíleo con molestias clínicas. Esta técnica nos permite evitar las complicaciones derivadas del bloqueo intermaxilar, obteniendo buenos resultados a medio plazo.

Bibliografía

1. Thoren H, Hallikainen D, Iizuka T, Lindqvist C. Condylar process fractures in children: a follow-up study of fractures with total dislocation of the condyle from the gleno fossa. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59(7):768-73.
2. Quinn P D. Color atlas of temporomandibular joint surgery. 1998;6:163-4.
3. Ellis E III, DDS,MS. Condylar process fractures of the mandible. *Facial Plast Surg* 2000;16(2):193-205.
4. Remi M, Christine MC, Gael P, Soizick P, Joseph-Andre J. Mandibular fractures in children: long term results. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67(1):25-30.
5. Martínez-Villalobos Castillo S. Osteosíntesis craneomaxilofacial. 2002;4:64-5.