

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

**Fractura subcondílea. Presentación de un caso.
Subcondylar fracture. A case presentation.**

Niorgy Rodríguez Rodríguez (1), Madelaine de la C. Cruz Betancourt (2), Yaneisis Álvarez Blanco (3).

RESUMEN

Las fracturas faciales han sido y serán un reto para los cirujanos bucomaxilofaciales, partiendo de que la rehabilitación de estas fracturas conlleva la función y la estética. Las fracturas mandibulares ocupan el tercer lugar en frecuencia de las mismas y las subcondíleas el 18% de estas. Se presenta el caso de una mujer blanca de 39 años que acude a consulta de Máxilo Facial por dolor e imposibilidad de cerrar la boca debido a una caída. Se realizan exámenes complementarios que demuestran fractura subcondílea derecha desplazada. Se decide tratamiento conservador con calzo posterior de acrílico. La evolución es satisfactoria.

Palabras clave: FRACTURAS MANDIBULARES/terapia.

1. Especialista de 1er Grado en Cirugía Máxilo Facial. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor.
3. Licenciada en Atención Estomatológica.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del cóndilo mandibular tienen una negativa repercusión para el paciente porque provocan trastornos en la oclusión, el riesgo de producir anquilosis temporomandibular, así como un proceso largo, difícil e incómodo de la reducción-fijación, la antibioticoterapia y la rehabilitación (1). Aunque algunas de estas fracturas afectan a la porción intracapsular y son por ello verdaderas fracturas condilares, es frecuente que la fractura ocurra alrededor del cuello mandibular. El nombre más correcto de tales fracturas es el de fracturas subcondilares o subcondíleas. Estas ocupan el 90 % de las fracturas del cóndilo mandibular (2-3).

El tratamiento de las fracturas subcondíleas permanece como un tema controvertido (4-5). El presente trabajo tiene como objetivo presentar un caso de fractura subcondílea desplazada tratada conservadoramente.

PRESENTACIÓN

A consulta de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial General Docente de Morón, acude paciente femenina de 39 años con antecedentes de salud aparentes, por presentar dolor e imposibilidad de cerrar la boca, como resultado de una caída durante el baño, con 3 días de evolución. El examen clínico muestra mordida abierta anterior y edema en región preauricular derecha, con dolor que dificulta palpación, ante la sospecha de fractura subcondílea se indica Rx que muestra la fractura y el desplazamiento de la misma. Se decide actuar conservadoramente y evolucionar. Se coloca alambrado de Ivy y se prepara calzo posterior de acrílico sobre molar inferior derecho para lograr reducción del desplazamiento y se fija con ligas (Figura No. 1 y No. 2). A los 7 días se observa correcta relación de línea media y de relación de contacto entre ambas arcadas. Se mantiene fijación por 6 semanas. La evolución de la paciente es favorable (Figura No. 3).

DISCUSIÓN

Aproximadamente el 70% de las fracturas subcondíleas se presentan en pacientes jóvenes, representando el 18% de todas las fracturas mandibulares, en los grupos entre 15-34 años, fundamentalmente del sexo masculino, con una vida socialmente activa, mucho más expuestos a las riñas y asaltos y a los riesgos de accidentes automovilísticos; constituyendo estas el 90%, el 10% restante pertenece a las fracturas intracapsulares. Dos tipos de impactos causan éstas fracturas: golpes directos al mentón e impactos de muy alta energía sobre la región lateral de cuerpo y rama mandibular, propinados estos últimos con objetos contundentes de diámetros medianos (2,4).

El tratamiento de estas fracturas es muy controvertido actualmente. Algunos autores plantean el abordaje quirúrgico y otros la reducción cerrada. Las indicaciones de reducción cerrada frente a la quirúrgica han cambiado drásticamente desde el pasado siglo. La habilidad para tratar las fracturas con reducción abierta y fijación rígida interna ha revolucionado el enfoque del tratamiento y la conducta ante las fracturas mandibulares (5-6).

En estudios realizados por Linz (7) y Ellis (8), en el que comparan dos grupos tratados quirúrgica y conservadoramente, plantean una significativa mejor función masticatoria y una apertura bucal máxima, con mejor función oclusal en los tratados por el método quirúrgico y más maloclusiones en el método cerrado. En el caso que se presenta, tratado conservadoramente, se logra correcta función oclusal mediante tracción elástica (Figura No. 2), y sin el uso de tecnología de punta como son las miniplacas. La mayoría de los autores preconizan la fisioterapia tempranamente, con movilización activa de las estructuras de la Articulación Temporomandibular, para mejor rehabilitación (9). No obstante el método realizado, lo importante es el buen estudio del caso en particular, en etapas tempranas posteriores al trauma y si la técnica es correcta los resultados funcionales son similares (10).

CONCLUSIONES

El tratamiento conservador con calzo posterior de acrílico permite la correcta reducción del desplazamiento en una fractura subcondílea desplazada sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Facial fractures have been and will be a challenge for buccomaxillofacial surgeons, taking into account that the rehabilitation of these fractures involves the function and aesthetics. Mandibular fractures rank the third in frequency and subcondylar 18% of these. A case of a 39 year old white woman is presented. She came to Maxillofacial consultation by pain and inability to close the mouth due to a fall. Additional tests are performed showing right subcondylar fracture displaced. It decides a conservative treatment with acrylic posterior wedge. The evolution is satisfactory.

Keywords: MANDIBULAR FRACTURES/therapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ellis E. Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2000; 58(9):950-958.
2. Ellis E. Facial symmetry after closed and open treatment of fractures of the mandibular condylar process. J Oral Maxillofac Surg. 2000; 58(9):719-28.
3. Lee C. Cranial nerve VII region of the traumatized facial skeleton: optimizing fracture repair with the endoscope. J Trauma. 2006; 48(5):523-531.
4. Guías prácticas clínicas ante traumatismos dentarios y faciales. En: Colectivo de autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p.128-194.
5. Santana Calvo MJ. Abordaje quirúrgico de fracturas subcondíleas [tesis]. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología "Hospital Miguel Enríquez"; 2005.
6. Manisali M, Amin M, Aghabeigi B, Newman L. Retromandibular approach to the mandibular condyle: a clinical and cadaveric study. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 32(3): 201-6.
7. Ling J, Chu Z. Anatomical and functional studies on surgical and non-surgical treatment of mandibular condylar process fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 19(5):306-308.

8. Ellis E, Simon P, Throckmorton GS. Occlusal results after open or closed treatment of fractures of the mandibular condylar process. J Oral Maxillofac Surg. 2000; 58(3): 123-8.
9. Lemiere E, Sicre A, Vereecke F, Brygo A, Nicola J, Ferri J. Our physiotherapy treatment of articular fractures of the mandibular condyle. Rev Estomatol Chil Maxilofac. 2003; 104(2):104-7.
10. Rallis G, Mourouzis C, Ainatzoglou M, Mezitis M, Zachariades N. Plate osteosynthesis of condylar fractures: a retrospective study of 45 patients. J Oral Maxillofac Surg. 2004; 34(1):45-49.

ANEXOS

Figura No. 1.



Alambrado de Ivy y fijación con ligas.

Figura No. 2.



Calzo posterior acrílico en 47, con forma de corona

Figura No. 3.



Evolución a las 6 semanas con correcta alineación de la línea media.