





Incidencia de consultas por fracturas maxilofaciales en un servicio de urgencias odontológicas del Área Metropolitana de Buenos Aires

Incidence of consultations for maxillofacial fractures in a dental emergency department in the Metropolitan Area of Buenos Aires

Presentado: 19 de agosto de 2021
Aceptado: 3 de marzo de 2022

Patricio César Gatti,^a  Ezequiel Hilber,^a  María Clara Bellia,^b  Hernán Montes de Oca,^b  Silvio Prada,^a  Sebastián Ariel Puia^b 

^a Servicio de Urgencias y Orientación de pacientes de la Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

^b Cátedra de Cirugía y Traumatología BMF I, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Describir la incidencia, la causa, el patrón y el tratamiento de fracturas maxilofaciales en sujetos que solicitaron atención en un Servicio de Urgencias Odontológicas del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se analizaron las historias clínicas de los individuos que concurrieron al Servicio de Urgencias y Orientación de Pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (SUyOP) en el período comprendido entre marzo de 2018 y diciembre de 2019. Se registró la frecuencia de consultas vinculadas con diagnóstico de algún tipo de fractura del esqueleto maxilofacial y en el caso de estos pacientes, se registraron sexo, edad, etiología, ubicación y tratamiento.

Resultados: Durante el período evaluado asistieron al SUyOP un total de 13.919 pacientes por algún tipo de urgencia odontológica, entre los cuales 47 (0,33%) se presentaron

con traumatismos en la región bucomaxilofacial; 39 fueron del sexo masculino (83%). En total fueron diagnosticadas 66 fracturas. La edad media se extendió entre los 30 y los 51 años. Las fracturas se encontraron con mayor frecuencia en la mandíbula (95,45%). La agresión interpersonal fue la principal causa (53,19%). El tratamiento realizado con mayor frecuencia fue el bloqueo intermaxilar en el 57,44% de los pacientes.

Conclusión: Las fracturas de maxilar inferior fueron las que se registraron con mayor frecuencia. Si bien estas fracturas no ponen en riesgo la vida del paciente, la falla en el diagnóstico y el tratamiento apropiados puede derivar en la pérdida de funciones del sistema estomatognático, y desarrollar deformidades secundarias que requieren de un tratamiento más complejo.

Palabras clave: Cirugía maxilofacial, traumatismos faciales, traumatismos mandibulares, traumatismos maxilofaciales.

Abstract

Aim: To describe the incidence, etiology, pattern and treatment of maxillofacial fractures in a dental emergency department of the Buenos Aires Metropolitan Area.

Materials and methods: A study was conducted, recording sex, age, etiology, location and treatment of maxillofacial fractures in patients who visited the Emergency and Patient Orientation Service of the School of Dentistry of the University of Buenos Aires (SUyOP) from March 2018 to December 2019. Data were obtained from dental medical records.

Results: During the evaluated period, a total 13,919 patients visited the SUyOP for dental emergencies, of whom 47 (0.33%) presented with trauma in the oral-maxillofacial region,

and 39 were male (83%). Age range was 30 to 51 years. Overall, 66 fractures were diagnosed. Fractures were most frequent in the mandible (95.45%). Interpersonal aggression was the most prevalent cause (53.19%). The most frequent treatment was intermaxillary fixation, which was performed in 57.44% of the cases.

Conclusion: Fractures of the lower jaw were the most frequently reported. Although these fractures are not life-threatening, failure to diagnose and treat them properly can lead to loss of function of the stomatognathic system and development of secondary deformities requiring more complex treatment.

Key words: Jaw fractures, mandibular fractures, maxillary fractures, maxillofacial surgery.

Introducción

Entre las innumerables lesiones de la región maxilofacial, los traumatismos son de los más frecuentes observados por los departamentos de urgencias de todo el mundo. Estos pueden generar diferentes patrones de fracturas que pueden ocurrir de forma aislada, o bien en combinación con otras lesiones.¹ Las fracturas mandibulares son una de las más frecuentes junto con las fracturas nasales.² Entre las causas, los accidentes de tránsito y la agresión interpersonal son las más frecuentes. A ellas les siguen los accidentes deportivos y las caídas de propia altura.^{3,4}

Distintos factores, como por ejemplo el área geográfica, la densidad de población y el nivel socioeconómico influyen de manera constante en la epidemiología de las fracturas. Los patrones del trauma maxilofacial en América del Sur están poco estudiados.⁵ Con respecto a la edad, aproximadamente un 50% de los traumas faciales se presenta entre los 15 y los 40 años y afecta principalmente al sexo masculino. En cuanto a las fracturas mandibulares, no hay estadísticas epidemiológicas oficiales pero las experiencias de los centros de urgencias sugieren que al igual que las faciales se presentan más en el sexo masculino y entre los 15 y los 40 años.³

La falla en el diagnóstico y el tratamiento pueden ser causa de asimetrías faciales, dificultades masticatorias, parestesia, alteraciones visuales, etc. El tratamiento temprano puede reducir significativamente la morbilidad y evitar futuras reconstrucciones complejas.⁶

El objetivo de este trabajo fue describir la incidencia, el patrón de fracturas maxilofaciales y el tratamiento en sujetos que solicitaron atención en un Servicio de Urgencias Odontológicas del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el que se analizaron las historias clínicas de los individuos que concurrieron al Servicio de Urgencias y Orientación de Pacientes (SUyOP) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires en el período comprendido entre marzo de 2018 y diciembre de 2019 con diagnóstico de algún tipo de fractura del esqueleto maxilofacial. Se excluyeron aquellos registros de pacientes que presentaban fracturas dentoalveolares puras y aquellos que venían con derivación directa a profesionales de las 3 cátedras quirúrgicas del hospital monovalente donde funciona el servicio, lo que la transforma en una muestra pura del SUyOP.

Las variables estudiadas fueron sexo, edad, localización de las fracturas (mandíbula, maxilar superior, complejo órbito-malar), etiología de la fractura (accidente deportivo, accidente de tránsito, agresión interpersonal, por exodoncia o caída de propia altura) y tipo de tratamiento, el cual se clasificó en: 1) Bloqueo intermaxilar (BIM) (mediante la colocación de arcos peines, tornillos de fijación intermaxilar –IMF–, y/o sistemas adhesivos fijados con gomas o ligaduras de alambre). 2) Derivación a centros hospitalarios cuando no era posible atenderlos de forma ambulatoria. 3) Control en los casos que no ameritan tratamiento quirúrgico.

La recepción del paciente y el registro de datos fue realizado por personal calificado y entrenado en diagnósticos y tratamientos quirúrgicos de urgencia en un programa de Historia Clínica Única diseñado para tal fin por el Área de Recursos Informáticos y el SUyOP del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Los datos fueron procesados con estadística descriptiva.

Todos los pacientes fueron atendidos siguiendo un mismo protocolo de tres etapas: 1- Proceso diagnóstico de la urgencia realizado por alguno de los 39 odontólogos miembros del servicio (especializados en diagnóstico y resolución de urgencias), el cual incluyó la elaboración sistemática de una historia clínica, la exploración física del enfermo y la realización de una radiografía panorámica (y de ser necesario tomografía de haz cónico). Los pacientes firmaron el consentimiento informado de atención en el servicio. 2- El proceso terapéutico de urgencia, que comprende la implementación de medidas protocolizadas (BIM, derivación o control) en virtud de los diagnósticos realizados. 3- Destino del paciente, que comprende la derivación posterior, la cual debe incluir un correcto plan de tratamiento integral una vez solucionada la urgencia.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la FOUBA Res. (CD) N°330/19-01.

Resultados

Durante el período marzo de 2018 y diciembre de 2019, asistieron al SUyOP un total de 13.919 pacientes por algún tipo de urgencia odontológica. De todos ellos, 47 (0,33%) se presentaron con traumatismos en la región bucomaxilofacial; 39 fueron del sexo masculino (83%). El rango de edad de los mismos puede apreciarse en la figura 1.

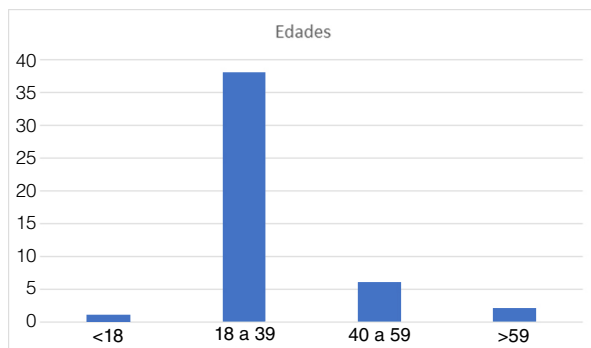


Figura 1: Rango etario de pacientes con fracturas maxilofaciales.

Con respecto a la etiología, la causa más frecuente fue la agresión interpersonal (53,2%) seguida de los accidentes de tránsito (23,4%), tanto en bicicleta como en moto. La totalidad de las causas puede verse en el figura 2.

De los 47 pacientes que se presentaron con algún tipo de fractura, 29 (61,7%) de ellos tenían fracturas únicas y 18 (38,3%) múltiples. En total fueron diagnosticadas 66 fracturas, de las cuales 63 pertenecían a la mandíbula, 2 al complejo órbito-malar y 1 al maxilar superior. La frecuencia de localización de las fracturas mandibulares puede observarse en la figura 3. Las fracturas del complejo órbito-malar corresponden a una pura de arco cigomático y la otra de malar sin desplazamiento. La fractura del maxilar superior fue de tipo Le Fort I. Al analizar las fracturas múltiples, se observaron distintas asociaciones que se encuentran detalladas en la figura 4; las más frecuentes fueron Ángulo-Sífnisis seguido de Cóndilo-Sífnisis.

En los pacientes atendidos fueron realizados 27 BIM (57,4%), de los cuales 11 fueron bloqueados mediante tornillos IMF (40,7%), 8 con arcos de Erich (29,6%), 4 con tornillos IMF en maxilar superior y arco de Erich en maxilar inferior (14,8%), 2 con sis-

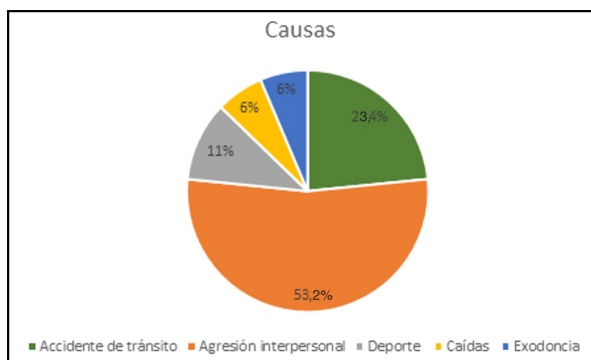


Figura 2: Causas de las fracturas maxilofaciales.

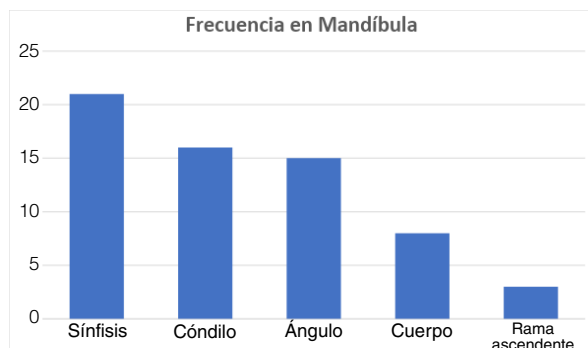


Figura 3: Ubicación de las fracturas mandibulares.

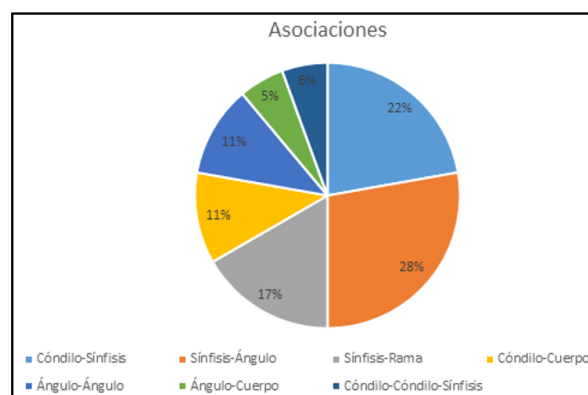


Figura 4: Asociación entre fracturas mandibulares.

temas adhesivos (7,4%), 1 solo con arco de Erich inferior (3,7%), y otro con ligadura de Erich con alambre (3,7%). Otros 18 pacientes fueron derivados a centros hospitalarios de mayor complejidad ya que no podían ser atendidos de forma ambulatoria, y 2 pacientes que no requerían de tratamiento fueron controlados.

Discusión

El trauma bucomaxilofacial representó el 0,33% de las urgencias odontológicas recibidas en un período de 21 meses en el SUyOP (hospital monovalente). El diagnóstico de estas fue clínico y radiográfico e incluyó una radiografía panorámica que tiene una sensibilidad del 81% para el diagnóstico de fracturas mandibulares según el estudio realizado en el año 2005 por Roth *et al.*⁷ Cuando fue necesario se solicitó una tomografía de haz cónico que según dicho estudio muestra una sensibilidad del 96%.

En este estudio el 83% de los casos correspondieron al sexo masculino y el 17% al sexo femenino, con un promedio de edad de 31 años. Estos datos coinciden con el estudio de Lee *et al.*,⁸ en el cual se analizaron un total de 2563 pacientes atendidos desde 1996 al 2006 en el Hospital de Christchurch, Nueva Zelanda,

en el que se observó que un 82,2% pertenecían al sexo masculino, con una edad promedio de 32 años. A su vez, Schneider *et al.*⁹ llevaron a cabo un estudio de traumatismos bucomaxilofaciales en un total de 409 pacientes, de los cuales el 79% pertenecía al sexo masculino y el 21% al femenino en un periodo extendido entre el 2010 y el 2013 en Mecklemburgo-Pomerania Occidental, Alemania. En otro estudio retrospectivo en el Norte de Grecia, Kyrgidis *et al.*¹⁰ encontraron que el 81,5% de los 1239 pacientes que habían sido operados por fracturas maxilofaciales entre 1998 y 2008 fueron del sexo masculino. Los resultados encontrados en este trabajo coinciden con los reportados en la literatura en cuanto a que el sexo masculino es predominante en la incidencia de fracturas maxilofaciales.

La epidemiología de las fracturas óseas faciales no solo difiere entre poblaciones, sino que ha ido cambiando en las últimas décadas. Entre los factores que influyen en estos cambios podemos mencionar el avance en las medidas de protección vehicular (uso de casco, cinturón de seguridad, airbags, etc.), la concientización acerca de la protección en deportes de contacto y normas de seguridad laborales; y en cuanto a factores de riesgo, el abuso de sustancias, la violencia urbana, el aumento en el uso de todo tipo de vehículos y los conflictos internacionales.¹¹ Según el estudio de Kyrgidis *et al.*,¹⁰ la causa más frecuente de fracturas maxilofaciales fueron los accidentes de tránsito que representan un 64%, seguidos por los accidentes deportivos con un 21,2%. En este trabajo la etiología dominante fue la agresión interpersonal (53,2%), y en segundo lugar los accidentes de tránsito (23,4%). Al comparar estos datos con el estudio antes mencionado de Schneider *et al.*,⁹ observamos que coinciden en que la agresión interpersonal es la principal causa de fractura (45,2%), pero difieren en los siguientes, pues un 25,2% corresponde a caídas y un 13,4% a accidentes de tránsito. Si bien las agresiones interpersonales, los accidentes de tránsito y las caídas son las principales causas de fracturas maxilofaciales en todo el mundo, estas presentan diferencias en su incidencia según el entorno socioeconómico, cultural y medioambiental en el que se realizó el estudio.^{12,13} El hecho de que en nuestro trabajo no hayamos encontrado que los accidentes de tránsito sean la primera causa de este tipo de fractura, puede deberse a que es un servicio de urgencias odontológicas y los accidentes de tránsito, que en general son traumatismos de alto impacto, concurren a servicios de urgencias hospitalarios de mayor complejidad.

Las fracturas mandibulares fueron las más frecuentes en el estudio realizado por De Souza *et al.*,⁵

en tanto representan un 54,6% sobre 185 fracturas maxilofaciales, porcentaje en el que el cuerpo mandibular y el cóndilo son las más frecuentes. El malar fue el segundo hueso más fracturado (27,6%). En nuestro estudio el 95,5% de las fracturas estaban relacionadas con la mandíbula, seguidas por el complejo órbita malar (3%) y el maxilar (1,5%). Murray² encontró que las fracturas mandibulares más frecuentes fueron las del cóndilo, seguidas de las del cuerpo mandibular. Similares resultados observamos en el estudio realizado por Kyrgidis *et al.*¹⁰ En este trabajo la región más afectada fue la de sínfisis, seguida por el cóndilo y el ángulo mandibular. Estas diferencias también pueden atribuirse a que nuestro servicio de urgencias es de dedicación exclusiva al área odontológica, y no concurren aquí los traumatismos que no incluyen a los huesos maxilares, ni los de alto impacto. Cabe destacar que en este estudio no se estudiaron las fracturas dentoalveolares.

En un trabajo realizado en Australia por Cabalag *et al.*,¹⁴ en el que se estudiaron 1949 fracturas maxilofaciales en 980 pacientes, se encontró que el 48,06% de los individuos presentaban más de una fractura. Nosotros encontramos que el 38,3% de los pacientes presentaban fracturas múltiples. Este dato reviste importancia a la hora de realizar el diagnóstico, ya que muchas veces en el análisis clínico junto a la radiografía panorámica pueden no observarse la totalidad de las fracturas y es necesario un exhaustivo análisis mediante el uso de tomografías.¹⁵

Una revisión sistemática realizada por Falci *et al.*¹⁶ compara la utilización de arcos de Erich con otros métodos de fijación intermaxilar, entre los que se encuentran los tornillos IMF. El arco de Erich mostró una mayor estabilidad oclusal cuando se requiere un BIM por tiempo prolongado comparado con los tornillos IMF. Entre las desventajas del arco de Erich se pueden mencionar: el mayor tiempo operatorio, la lesión de los tejidos periodontales, el acumulo de placa bacteriana y movimientos de las piezas dentarias. Con respecto a los tornillos IMF, se describen entre sus principales desventajas la lesión de las raíces dentarias y la fractura y/o aflojamiento de los mismos.^{16,17} En un estudio realizado por Florescu *et al.*,¹⁸ en el cual se evalúa la morbilidad del tratamiento con tornillos IMF, los profesionales concluyen que la incidencia de las desventajas anteriormente mencionadas son muy bajas y recomiendan el uso de tornillos autoperforantes y de diámetro reducido para minimizarlas.¹⁸ Estos tratamientos descritos son similares a los realizados en el SUyOP, en donde el uso de arcos de Erich y tornillos IMF

fueron los más utilizados. En nuestra experiencia la combinación del uso de tornillos IMF en el maxilar superior y los arcos de Erich en el maxilar inferior es la combinación más beneficiosa para este tipo de tratamiento, teniendo en cuenta que muchas veces termina siendo el tratamiento definitivo y es necesario lograr la mayor estabilidad oclusal posible.¹⁹ Con estos pasos iniciales en el tratamiento de urgencia se intenta prevenir numerosas secuelas de las fracturas mandibulares, como la infección, la afección de las piezas dentales que pueden devenir en necrosis pulpar y/o abscesos dentales, maloclusión, mala unión de los cabos e incluso la no unión de la misma.²⁰

En el caso de los pacientes que concurrieron con fracturas y en la anamnesis relataron que tuvieron pérdida de conciencia, estos fueron derivados a un centro hospitalario de mayor complejidad.²¹ Lo mismo ocurrió con pacientes que presentaban alteraciones en la vía aérea y aquellos en los cuales no fue posible realizar el BIM como, por ejemplo, en el caso de los desdentados totales. Otros pacientes se negaron a recibir el tratamiento de urgencia ofrecido. Es por estas razones que en este trabajo encontramos que un 38,3% de las fracturas fueron derivadas.

Conclusión

Las fracturas de maxilar inferior fueron las que se registraron con mayor frecuencia. Si bien la incidencia de consultas por fracturas maxilofaciales en un servicio de urgencias odontológicas no es elevado y estas fracturas no ponen en riesgo la vida del paciente, la falla en el diagnóstico y el tratamiento apropiados puede derivar en la pérdida de funciones del sistema estomatognático, y desarrollar deformidades secundarias que requieren de un tratamiento más complejo. Es importante que los odontólogos que trabajan en los centros de urgencias estén entrenados en el diagnóstico y el manejo básico del trauma maxilofacial.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este estudio fue financiado con un subsidio otorgado por la FOUBA (330/19-01).

Contribución de roles de autoría

PCG y SP contribuyeron en la concepción de la idea y el diseño del estudio; PCG, EH y HMDO participaron en el proceso de investigación y la recolección de los datos; PCG, EH, MCB, SP y SAP contribuyeron en el análisis e interpretación de los datos; PCG, MCB, HMDO y SAP contribuyeron en la redacción del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final para ser publicada.

Agradecimientos

A los integrantes del Servicio de Urgencias y Orientación de Pacientes de la FOUBA.

Identificadores ORCID

PCG  0000-0002-0875-5083
 EH  0000-0001-6810-2191
 MCB  0000-0002-8461-4805
 HMdeO  0000-0003-3667-9089
 SP  0000-0003-0394-6355
 SAP  0000-0002-8480-9071

Referencias

1. Chukwulebe S, Hogrefe C. The diagnosis and management of facial bone fractures. *Emerg Med Clin North Am* 2019;37:137-51. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.09.012>
2. Murray JM. Mandible fractures and dental trauma. *Emerg Med Clin North Am* 2013;31:553-73. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2013.02.002>
3. Fonseca R, Walker V, Barber HD, Powers, Frost D. "Radiographic evaluation of facial injuries", en: Papageorge MB, Oreadi D (eds.). *Oral and Maxillofacial Trauma*, 4ª ed., St Louis-Missouri, Saunders, 2013, pp. 232-48.
4. Guerrissi JO. Treatment options in maxillofacial fractures. *J Craniofac Surg* 2016;27:e445-7. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000002759>
5. de Souza Maliska, MC, Lima Júnior SM, Gil JN. Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina. *Braz Oral Res* 2009;23:268-74. <https://doi.org/10.1590/s1806-83242009000300008>
6. Campolo GA, Mix VA, Foncea RC, Ramírez SH, Vargas DA, Goñi EI. Manejo del trauma maxilofacial en la atención de urgencia por no especialistas. *Rev Méd Chile* 2017;45:1038-46. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801038>
7. Roth FS, Kokoska MS, Awwad EE, Martin DS, Olson GT, Hollier L, et al. The identification of mandible fractures by helical computed tomography and panorex tomography. *J Craniofac Surg* 2005;16:394-9. <https://doi.org/10.1097/01.scs.0000171964.01616.a8>
8. Lee K. Global trends in maxillofacial fractures. *Cranio-maxillofac Trauma Reconstr* 2012;5:213-22. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1322535>

9. Schneider D, Kämmerer PW, Schön G, Dinu C, Radloff S, Bschorer R. Etiology and injury patterns of maxillofacial fractures from the years 2010 to 2013 in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany: a retrospective study of 409 patients. *J Craniomaxillofac Surg* 2015;43:1948-51. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2015.06.028>
10. Kyrgidis A, Koloutsos G, Kommata A, Lazarides N, Antoniadis K. Incidence, aetiology, treatment outcome and complications of maxillofacial fractures. A retrospective study from Northern Greece. *J Craniomaxillofac Surg* 2013;41:637-43. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2012.11.046>
11. Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, Bruno AD, Jung SH, Edelman D, et al. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008;60:398-403. <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e318133a87b>
12. Wood EB, Freer TJ. Incidence and aetiology of facial injuries resulting from motor vehicle accidents in Queensland for a three-year period. *Aust Dent J* 2001;46:284-8. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2001.tb00293.x>
13. Cabalag MS, Wasiak J, Andrew NE, Tang J, Kirby JC, Morgan DJ. Epidemiology and management of maxillofacial fractures in an Australian trauma centre. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2014;67:183-9. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2013.10.022>
14. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9,543 cases with 21,067 injuries. *J Craniomaxillofac Surg* 2003;31:51-61. [https://doi.org/10.1016/s1010-5182\(02\)00168-3](https://doi.org/10.1016/s1010-5182(02)00168-3)
15. Escott EJ, Branstetter BF. Incidence and characterization of unifocal mandible fractures on CT. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008;29:890-4. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A0973>
16. Falci SG, Douglas-de-Oliveira DW, Melo Stella, PE, Rocha dos Santos CR. Is the Erich arch bar the best intermaxillary fixation method in maxillofacial fractures? A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015;20:e494-9. <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.20448>
17. Nandini GD, Balakrishna R, Rao J. Self tapping screws v/s erich arch bar for inter maxillary fixation: a comparative clinical study in the treatment of mandibular fractures. *J Maxillofac Oral Surg* 2011;10:127-31. <https://doi.org/10.1007/s12663-011-0191-3>
18. Florescu VA, Kofod T, Pinholt EM. Intermaxillary fixation screw morbidity in treatment of mandibular fractures. A retrospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2016;74:1800-6. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.04.018>
19. Ellis E 3rd. An algorithm for the treatment of noncondylar mandibular fractures. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72:939-49. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.11.026>
20. Bracker MD. *5-minute sports medicine consult*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health, 2015.
21. Saraswat, V. Airway management in maxillofacial trauma. A retrospective review of 127 cases. *Indian J Anaesth* 2008 [citado el 10 de julio de 2021];52:311-16. Disponible en: https://journals.lww.com/ijaweb/Fulltext/2008/52030/Airway_Management_in_Maxillofacial_Trauma__A.11.aspx

Cómo citar este artículo

Gatti PC, Hilber E, Bellia MC, Montes de Oca H, Prada S, Puía SA. Incidencia de consultas por fracturas maxilofaciales en un servicio de urgencias odontológicas del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Rev Asoc Odontol Argent* 2022;110:14-19. <https://doi.org/10.52979/raoa.1173>

Contacto:

PATRICIO CÉSAR GATTI

patricio.gatti@odontologia.uba.ar

Marcelo T. de Alvear 2142 (C1122AAH)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina