

Laceración de mucosa labial por incrustación de anzuelo de pescar: Un accidente poco frecuente

Labial mucosa laceration by embedding fishhook: A rare accident

Maneiro AdC.¹

Paredes S²

García R³

Luengo J⁴

Resumen

Objetivo: Describir un caso de laceración de mucosa labial por incrustación de anzuelo de pescar en lactante mayor, resaltando la terapéutica de remoción, que es un accidente poco frecuente.

Reporte de caso: Paciente lactante mayor masculino, de un año de edad, que acude a la Unidad de Odontopediatría del Hospital Universitario de Maracaibo por presentar objeto punzo-penetrante compatible con anzuelo de pescar en zona de mucosa vestibular del labio inferior. Bajo anestesia local, se realiza asepsia de la zona, se retira el objeto con técnica retrograda y sinéresis de los tejidos con sutura reabsorbible. Se dieron indicaciones al representante de la terapia farmacológica a administrar.

Conclusión: los traumatismos son la principal causa de urgencia en el área de odontopediatría, debemos conocer los procedimientos necesarios que incluyen la correcta anamnesis y la elaboración de historia clínica correspondiente para seleccionar el tratamiento

más adecuado para el tipo de accidente que se presente, considerando el uso de antibióticos y la aplicación de vacuna toxoide.

Palabras clave: Laceración, labio inferior, anzuelo, lactante mayor.

Abstract

Objective: To describe a case of labial mucosa laceration by embedding fishhook in an infant, highlighting the therapeutic removal, because it is a rare accident.

We present a case of a 5 year old boy, who attended the Operative Dental Service of the National Institute of Child Health, because he had a crown fracture previously treated in maxillary incisor. The treatment consisted in making an anterior telescopic maintainer to supply this deficiency.

Case report: Patient male infant, of one year old, who came to the Dentistry Unit of the University Hospital of Maracaibo by dagger-sharp object file compatible with fishhook in

¹Odontóloga. Estudiante Posgrado Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia, Venezuela.

²Especialista en Odontopediatría. Hospital Universitario – Maracaibo. Docente Postgrado de Odontopediatría. Facultad Odontología. Universidad del Zulia, Venezuela.

³Doctor en Ciencias Odontológicas. Director División de Estudios para Graduados. Docente Postgrado de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia, Venezuela.

⁴Doctor en Ciencias Odontológicas. Docente - Investigador Especialidad en Odontopediatría. Universidad Autónoma de Zacatecas, México.

area of buccal mucosa of the lower lip. Under local anesthesia, antiseptics of the area is performed; the object with technical and syneresis retrograde tissue with absorbable suture is removed. Instructions were given to the representative of the drug therapy administered.

Conclusión: Injuries are the leading cause of emergency in the area of dentistry, we must know the necessary procedures including correct history and the development of corresponding clinical history to select the most appropriate treatment for the type of accident that is present, considering the antibiotics and applying toxoid vaccine.

Key words: laceration, lower lip, hook, higher infant.

Introducción

Los accidentes son catalogados como un daño potencial, inesperado, no prevenido, con una ocurrencia elevada, que puede o no producir daño letal y que requiere atención médica en cualquiera de sus niveles. Desde 1966, los accidentes han sido catalogados como un serio problema de salud.^{1,2}

Según datos del Fondo de Naciones Unidas (UNICEF), en los Estados Unidos las lesiones por accidente son la principal causa de muerte en niños y adultos jóvenes y son responsables de la mayor cantidad de defunciones en la niñez por encima de otras. Anualmente, las lesiones pediátricas producen un aproximado de 25 mil fallecidos, 600 mil ingresos en hospitales y 16 millones de visitas a servicios de urgencia¹. En Venezuela,

los accidentes en el hogar han constituido un problema de salud Pública, por su magnitud y relevancia, ocupando entre un 3er y 6to lugar como causa de morbilidad infantil.^{2,3}

Entre los tipos básicos de lesiones por accidentes en pediatría se encuentran: Traumatismos: representan alrededor del 90% (contusiones, heridas o esguinces). Lesiones por cuerpo extraño: ocupan el 4% y ocurren en niños menores de 5 años de edad (ingesta de fármacos o productos de limpieza). Quemaduras (no cáusticas): menos del 2%, ocurren en el hogar en niños menores de 4 años. Ahogamiento: Constituye menos del 1%, pero tiene una mortalidad elevada en niños menores de 1 año. Mordeduras, Arañazos y Picaduras: Se concentran en verano y primavera, pueden ocurrir a cualquier edad, son frecuentes por animales domésticos.^{2,3}

A nivel bucal los traumatismos se clasifican en: Laceración de la encía o de la mucosa oral, herida superficial o profunda producida por un objeto agudo. Contusión de la encía o de la mucosa bucal, golpe por un objeto romo que causa hemorragia submucosa. Abrasión de la encía o de la mucosa bucal, herida superficial producida por raspadura o desgarramiento de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.⁴

Por otra parte, la mayoría de las lesiones causadas por accidentes con equipos de pesca, como anzuelos y arpones, ocurren en tejidos blandos de miembros superiores^{5,6}, donde una tercera parte de estas afectan a la cara, evidenciándose mayor información sobre su abordaje a nivel ocular. A pesar de ser relativamente comunes son muy pocos los casos que se han reportado sobre la cavidad bucal, los cuales involucran el paladar y la lengua de pacientes pediátricos.^{6,7} Estos objetos

son generalmente agudos y estrechos en la parte delantera, y más amplios en la sección posterior, por lo que su extracción simple no es recomendable debido a que tienen una forma muy irregular, pudiendo favorecer la aparición de infecciones, daños graves a los tejidos e incluso la muerte.⁵

Presentación del caso

Lactante mayor de 12 meses de edad, aparentemente sano, el cual acude a consulta de la Unidad de Odontopediatría del Hospital Universitario de Maracaibo por presentar objeto punzo-penetrante compatible con anzuelo de pescar en zona de mucosa vestibular del labio inferior (Fig 1). El niño se encontraba en la casa jugando y al encontrar el objeto lo llevo a su boca y quedo incrustado en la mucosa interna del labio inferior. Los padres intentaron retirar el objeto de su boca, pero al observar que éste no cedía, acudieron al servicio de emergencia pediátrica para su eliminación.

Al interrogatorio no manifiesta ningún antecedente relevante y demuestra con cartilla de vacunación esquema de inmunizaciones completas a la fecha. Durante la evaluación clínica se observa en mucosa de véstibulo de labio inferior un objeto punzo-penetrante con forma de "J" compatible con un anzuelo de pescar, de material metálico, móvil al tacto, con la parte activa dentro de la mucosa labial y la porción externa en zona derecha de labio inferior (Fig. 2). De igual manera, se evidenció que no había compromiso de vías aéreas, y sus signos vitales estaban dentro de los límites normales. Posteriormente, bajo anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2%, se procedió al retiro del anzuelo con técnica retrograda, realizando dos pequeñas incisiones (una en sentido vertical y otra en sentido horizontal, para facilitar

la salida del anzuelo y por la posibilidad de que éste presentara doble punta). Se retiró el objeto y se realizó a la asepsia de la zona (Fig. 3), y se procedió a la sinéresis de los tejidos con sutura reabsorbible 3-0. Se indicó farmacoterapia con antibiótico durante siete días. Posterior a 3 semanas de evaluación fue dado de alta (Fig. 4).

Discusión

Lesiones por anzuelo de pescar pueden ocurrir durante la pesca, al tratar de quitar éste de un pez que ha sido atrapado, mientras se lanza, o al pisar o agarrar ganchos que no se ven fácilmente. Estas lesiones requieren una atención especial debido a la punta en la parte distal del gancho que impide su eliminación simple.⁸

Cuando ocurre un accidente y un objeto de este tipo afecta la cavidad bucal puede conllevar a una rápida aparición de hematomas e inflamación de la zona implicada y/o comprometer la vía aérea; por lo que se debe brindar protección a las vías respiratorias, manteniendo al paciente en una posición vertical y minimizando todas las intervenciones potencialmente angustiantes.⁶

El uso de anestesia general puede ser empleada y se justifica en niños pequeños que no cooperan, sin embargo en la mayoría de los casos de lesiones superficiales, la anestesia local es el método más utilizado. La elección del método para la eliminación anzuelo va a depender del tipo de anzuelo, la localización anatómica de la lesión y la profundidad de penetración en el tejido. No obstante, se debe tener cuidado en la eliminación para evitar un mayor perjuicio para el tejido subyacente y para evitar molestias al paciente.^{8,9} Existen 4 técnicas descritas para la eliminación del anzuelo: Retrógrada, cadena de tirón, cubier-

ta de la aguja, y el avance y corte.¹⁰ Sin embargo, todos estos métodos son adecuados sólo para anzuelos simples superficialmente incrustados con una sola punta.⁷

Dosificador y cols.¹¹ reportan que el 40% de anzuelos pueden ser eliminados con una técnica retrógrada (sigue la trayectoria de entrada del gancho, por lo que minimiza el daño del tejido blando). Cuando el anzuelo tiene múltiples puntas, las que no están incrustadas en los tejidos deben ser protegidas para evitar que produzcan algún tipo de lesión adicional. Por ser objetos punzopetrantes, el operador debe de emplear barreras de protección para evitar daños personales.

Una vez retirado el anzuelo debe ser inspeccionado para confirmar que ningún fragmento se ha quedado dentro de la herida. De igual manera, se aconseja un período de observación, el cual dependerá de la persistencia de la inflamación de los tejidos blandos. En nuestro paciente, el anzuelo que había causado la lesión ya había sido empleado en otras ocasiones, por lo que fue medicado bajo un esquema de antibióticos orales, debido al riesgo de que se presentara algún tipo de infección. Así mismo y al igual que con todas las lesiones penetrantes, se debe verificar el estado actual de inmunizaciones, especialmente la antitetánica; la mamá del paciente comprobó con cartilla de vacunación que el niño presentaba todas las vacunas al día, incluyendo la toxoide.



Figura 1. Paciente con anzuelo de pescar en mucosa del labio inferior.



Figura 2. Anzuelo de pescar incrustado en mucosa del labio inferior.

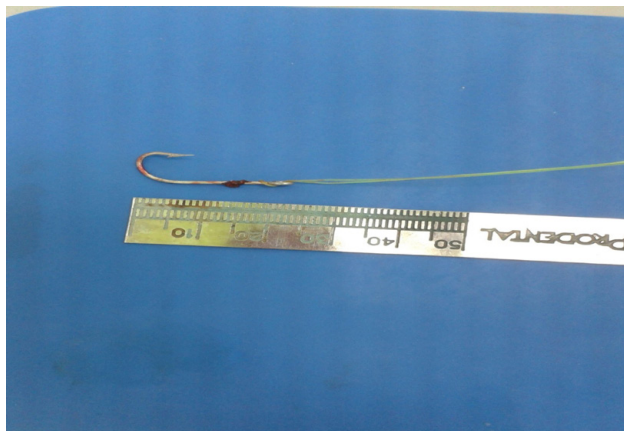


Figura 3. Anzuelo de pescar luego de ser retirado. 2cms de longitud aproximado.



Figura 4. Mucosa de labio inferior posterior a 3 semanas de haber retirado el anzuelo.

Referencias

1. Sardiñas S., Ciria A., Otero J. Intervención Educativa en Niños con Riesgo de Accidentes, el papel del Médico de la familia en su Comunidad. Revista Habana Ciencia Médica La Habana. 2009. No. 2 Vol. VIII.
2. Pérez L. Factores de Riesgo para Accidentes Domésticos en Lactantes y Preescolares. Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" Barquisimeto, Noviembre 2001- Diciembre 2002. [Tesis de Especialidad]. Barquisimeto. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Decanato de Medicina. Posgrado de Puericultura y Pediatría. 2003.
3. Moreno M. Morbilidad y mortalidad por accidentes en el hogar en niños menores de 5 años. [Tesis Doctoral]. Maracaibo. La Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. 2007.
4. Andreasen J. Lesiones Traumáticas de los Dientes. Barcelona. Editorial Labor. 1980.
5. Dudkiewicz L, Salai M, Blankstein A, Chechik A. Fishing Penetration Injuries. Br J Sports Med 2000. 34:459-461.
6. Eley KA, Dhariwal DK. A lucky catch: fishhook injury of the tongue. J Emerg Trauma Shock 2010;3:92-3.
7. Venkatachalam R. Soft Palatal Injury Resulting From an Unusual Fishhook in a Child. J Trauma. 2007;62:1060.
8. Prats M., O'Connell M., Wellock A., Kman N. Fishhook removal: case reports and a review of the literature. The Journal of Emergency Medicine, Vol. 44, No. 6, pp. e375–e380, 2013.
9. Thommasen HV, Thommasen A. The occasional removal of an embedded fish hook. Can J Rural Med 2005;10:254–9.
10. Gammons MG, Jackson E. Fishhook removal. Am Fam Physician. 2001;63:2231-6.
11. Doser C, Cooper WL, Ediger WM, Magen NA, Mildbrand CS, Schulte CD. Fishhook injuries: a prospective evaluation. Am J Emerg Med 1991;9:413-5.

Recibido: 13 de Agosto 2015

Aceptado: 10 de Octubre 2015

Correspondencia: sarai_walls@hotmail.com

Saraí Paredes, Adriana del Carmen Maneiro Domínguez, Roberto García López, Jesús Luengo Ferreira. Universidad del Zulia, Facultad de Odontología, Calle 65 con avenida 19, Edificio Ciencia y Salud. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Teléfono: (58)4146554532.