

Artículo de investigación

Caracterización clínica y epidemiológica de traumatismos de tejidos blandos faciales

Clinical and Epidemiological Characterization of Facial Soft Tissue Trauma

Lorianna Pérez Benítez^{1*} <https://orcid.org/0009-0004-4958-3670>

Verónica Pérez Bondar¹ <https://orcid.org/0000-0003-1109-1254>

¹Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Carlos Juan Finlay.

*Autor para la correspondencia: estomatologiahf@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El traumatismo de tejidos blandos faciales se define como toda aquella injuria o agresión que se presente a nivel de la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis y los músculos de la cara, producido por agentes externos de diversa etiología.

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con traumatismos de tejidos blandos faciales.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Carlos J. Finlay entre enero del 2021 y abril del 2023. La muestra estuvo constituida por 672 pacientes. Las variables estudiadas fueron: Demográficas, factores de riesgo, etiología de la lesión, forma clínica de presentación, localización de la lesión y modalidad terapéutica.

Resultados: Predominaron los pacientes con edades comprendidas entre 19 y 29 años y el sexo masculino. Un 28,7 % del total tenía antecedentes de alcoholismo crónico, los accidentes de tránsito fueron los más frecuentes (44,5 %). Las heridas cortantes/incisivas predominaron como forma clínica de presentación. Un 40,7 % de las lesiones se localizaron en la región nasogeniana y el 74,2 % de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Los aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con traumatismo de tejidos blandos faciales permiten la caracterización adecuada de esta urgencia médica y el proceder terapéutico a emplear de forma inmediata.

Palabras clave: traumatismos faciales; tejidos blandos; heridas.

ABSTRACT

Introduction: Facial soft tissue trauma is defined as any injury or aggression that occurs at the level of the skin, subcutaneous cellular tissue, aponeurosis and muscles of the face; produced by external agents of various etiology.

Objective: To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients with facial soft tissue trauma.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in the emergency department of the Dr. Carlos J. Finlay Surgical Clinical Hospital between January 2021 and April 2023. The sample consisted of 672 patients. The variables studied were; demographics, risk factors, etiology of the lesion, clinical form of presentation, location of the lesion and therapeutic modality.

Results: Patients aged between 19 and 29 years and men predominated. 28.7% had a history of chronic alcoholism, traffic accidents were the most frequent (44.5%). Sharp/incisive wounds predominated as the clinical form of presentation. 40.7% of the lesions were located in the nasolabial region and 74.2% of the patients received surgical treatment.

Conclusions: The epidemiological and clinical aspects of patients with facial soft tissue trauma allow the adequate characterization of this medical emergency and the therapeutic procedure to be used immediately.

Keywords: facial trauma; soft tissues; wounds.

Recibido: 12/02/2025

Aceptado: 14/03/2025

Introducción

El trauma constituye uno de los principales problemas de salud pública en todos los países, independientemente del desenvolvimiento socioeconómico, además, corresponde a la tercera causa de mortalidad en el mundo, solo superado por las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares.⁽¹⁾

Se considera trauma maxilofacial (TMF) a toda lesión caracterizada por una alteración estructural resultante de la exposición aguda a algún tipo de energía, ya sea mecánica, térmica, eléctrica o química, que involucra los tejidos duros o blandos del macizo facial.

El traumatismo de tejidos blandos faciales se define como todo aquel daño que se presente a nivel de la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis y los músculos de la cara. La prevalencia del trauma facial entre géneros, tiene una relación de 1:3 entre mujeres y hombres. Existe, también, una diferencia en la prevalencia del trauma facial según el rango etario, destacando un mayor número de lesiones del tejido blando en pacientes adultos.^(2,3)

La etiología del TMF difiere entre países por razones culturales, sociales y factores ambientales. Las principales causas registradas en todo el mundo corresponden a caídas, accidentes de tránsito, accidentes deportivos y violencia interpersonal (VI). El espectro de lesiones de tejidos blandos faciales es amplio y va desde laceraciones sencillas que requieren reparaciones simples hasta lesiones complejas que requieren atención multidisciplinaria.^(2,4)

La evaluación inicial debe seguir de forma sistemática los protocolos establecidos por el *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*⁽⁵⁾ y el *American College of Surgeons (ACS) Committee on Trauma (CoT)*^(6,7) para la evaluación rápida y precisa del estado del paciente, así como de las lesiones, reanimación y traslado a niveles más altos de atención en caso que fuera necesario. La encuesta primaria se centra en la evaluación de las vías respiratorias con control de la columna cervical, adecuada oxigenación y circulación para asegurar una adecuada perfusión tisular y capacidad de exposición para todas las heridas. Una vez que el paciente es estabilizado, la evaluación secundaria incluye una revisión exhaustiva en sentido cefalocaudal, con el objetivo de identificar todas las lesiones anatómicas existentes.

Este examen se basa en un historial completo que incluye información detallada sobre el mecanismo de la lesión, síntomas, alergias a medicamentos, accidentes médicos y antecedentes positivos, así como la historia quirúrgica. Basado en la revisión secundaria, se obtienen radiografías simples y/o imágenes transversales para dilucidar mejor las lesiones

específicas. Otras consideraciones incluyen un refuerzo de la vacuna contra el tétanos y profilaxis antibiótica para lesiones por mordeduras o contaminación grave.

Po todo lo antes expuesto, el objetivo de este trabajo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con traumatismos de tejidos blandos faciales.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Carlos J. Finlay entre enero de 2021 y abril de 2023. Las variables estudiadas fueron: Demográficas, factores de riesgo, etiología de la lesión, forma clínica de presentación, localización de la lesión y modalidad terapéutica.

El universo estuvo constituido por 894 pacientes con traumatismo maxilofacial de tejidos blandos que, al aplicarles los criterios de inclusión y exclusión para evitar elementos confusos, conformó una muestra de 672 enfermos.

Se efectuó una amplia revisión bibliográfica del tema en las bases de datos de MEDLINE/PubMed, EBSCO, SciELO, Cochrane y Springer Link, para comparar los resultados con los encontrados en la literatura. Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 23.0 para Windows y el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados. Durante el proceso investigativo se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica. Inicialmente, se obtuvo la aprobación institucional para la realización del proyecto del Consejo Científico del Hospital y del Comité de Ética.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 31,3 años, con rango entre los 19 y 73 años. Un 32,9 % de los pacientes estudiados tenían entre 19 y 29 años de edad (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de casos según la edad

Grupo de edades	Frecuencia	%
-----------------	------------	---

(años)	Total: 672	100
19-29	221	32,9
30-39	204	30,5
40-49	137	20,5
50-59	93	13,8
60 o más	17	2,3
Media $\pm$ DE	31,3 $\pm$ 9,7	
Mín.; Máx.	19; 73	

En la investigación, 469 pacientes (71,1 %) pertenecían al sexo masculino y 203 (28,9 %) al femenino; predominó el color de piel mestiza (238; 35,4 %). El alcoholismo fue el factor de riesgo más frecuentemente encontrado, en 193 pacientes (28,7%).

La principal etiología del trauma fue ocasionada por los accidentes de tránsito, en 296 pacientes (44,0 %) y la violencia interpersonal en 221 (31,5 %), la cual, a su vez, fue originada en 176 (26,2 %) pacientes por heridas con arma blanca, 41 (6,1 %) por objeto romo y 4 (0,6 %) por arma de fuego, mientras que por caída de altura fueron 171 pacientes (25,4 %) (tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de casos según la etiología del trauma

Etiología del trauma	Frecuencia	%
Caída de altura	171	25,4
Accidente de tránsito	296	44
VI por arma blanca	176	26,2
Mordida animal	17	2,5
VI por objeto romo	41	6,1
VI por arma de fuego	4	0,6
Total	672	100

VI: violencia interpersonal.

Se produjeron un total de 702 heridas, las formas clínicas de presentación fundamentales fueron: las heridas cortantes/incisivas en 272 (38,7 %), seguida de las contusas en 183 (26,1 %) y las punzantes/perforantes en 115 (16,4 %) (tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de las heridas según forma clínica de presentación

Formas clínicas de presentación	Frecuencia	%
Contusas	183	26,1
Punzantes/perforantes	115	16,4
Cortantes/incisivas	272	38,7
Perforocortantes	87	12,4
Cortocontundentes	45	6,4
Total	702	100

En la tabla 4 se observa que hubo predominio de las lesiones localizadas en la región nasogeniana en 286 pacientes (40,7 %), seguida de la región frontal en 136 (19,4 %) y la región periorbitaria en 72 (10,3 %).

Tabla 4 - Distribución de los pacientes según localización de la lesión

Localización de la lesión	Frecuencia	%
Región mentoniana	58	8,3
Región submentoniana	2	6,0
Región nasogeniana	286	40,7
Región submandibular	39	5,6
Región periorbitaria	72	10,3
Región preauricular	12	1,6
Región cigomática	57	8,1
Región frontal	136	19,4
Total	702	100

Como se muestra en la tabla 5, la modalidad terapéutica más utilizada fue la quirúrgica, en 521 de los pacientes (74,2 %).

Tabla 5 - Distribución de los pacientes según modalidad terapéutica

Modalidad terapéutica	Frecuencia	%
Conservadora	181	25,8

Quirúrgica	521	74,2
Total	702	100

Discusión

El TMF de tejidos blandos es una de las situaciones más comunes en los servicios de urgencia y constituye un gran problema de salud pública, pues como se observó en este y otros estudios,^(2,4) clásicamente, se presenta en individuos jóvenes con una edad promedio alrededor de los 30 años.

Así, en un estudio conducido por Alharbi y otros⁽⁸⁾ se informó que la media de edad de los pacientes con TMF fue de 30,69 años. Del mismo modo, en la investigación de Juncar y otros⁽⁹⁾ se halló que el grupo de edades más afectado fue el de 20 a 29 años, con un 35,9 %; ambas investigaciones coinciden con los hallazgos de este estudio. El promedio de edad concuerda con Al-Hassani y otros⁽¹⁰⁾ al reportar una media de edad de 31,4 años.

La literatura plantea^(1,4) que la probabilidad de sufrir cualquier evento traumático en la población masculina es el doble que la femenina, resultados que se corresponden con lo encontrado en este estudio. En una investigación, conducida por Sohal y otros,⁽¹¹⁾ se encontró que la mayoría de los pacientes con TMF eran de sexo masculino, con el 80,6 % (n = 129), y una relación hombre:mujer de 4,2:1. Similares resultados se observan en la serie de Guo y otros,⁽¹²⁾ con una relación hombre:mujer de 1,8:1. Chérrez y Reinoso⁽¹³⁾ señalan, también, que en su estudio sobresalieron los de sexo masculino, con el 69,8 % y una relación hombre:mujer de 2,3:1.

El predominio del sexo masculino se debe a que estos realizan ciertas actividades que propician, con mayor frecuencia (respecto a las mujeres), la ocurrencia de riñas y discusiones violentas.

Por otra parte, los hombres son víctimas de accidentes del tránsito con mayor frecuencia según los datos del Anuario Estadístico de Salud Pública de la República de Cuba del año 2022.⁽¹⁴⁾

Según se reporta en la literatura consultada,^(2,9) no existe relación establecida entre el color de la piel y el TMF, por lo que se considera que el predominio de pacientes con color de

piel mestiza encontrado en este estudio se debe a las características demográficas de la población que se atiende en el centro donde se llevó a cabo.

En el contexto del trauma, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de dos maneras, probabilidad de la lesión y gravedad de esta. En primer lugar, los consumidores de alcohol tienen mayor probabilidad de estar involucrados en un evento traumático que las personas sobrias; en segundo lugar, dadas las similares circunstancias traumáticas, una persona que ingiere alcohol tiene mayor probabilidad de lesionarse de forma más grave que uno que no ingiere bebidas alcohólicas.

La mayoría de las investigaciones establecen relación positiva entre el uso de alcohol y la gravedad del trauma.^(6,9) Basados en esta evidencia, algunos clínicos consideran el trauma como un indicador del abuso y dependencia de alcohol.^(12,14) Las intoxicaciones por alcohol están asociadas con trauma, ya sea este interpersonal, personal o vehicular. Esto concuerda con los resultados de este y otros trabajos como los de Shapiro y otros⁽¹⁵⁾ y Marks y otros,⁽¹⁶⁾ en los que se constató que un 45,0 % y 50,0 % de los pacientes, respectivamente, que recibieron trauma facial estaban relacionados con el alcoholismo. Sin embargo, este dato es bastante subjetivo, pues muchos individuos pueden omitir información durante la atención y, en muchos de ellos, no se realiza un examen rutinario para verificación de alcoholemia. La etiología del TMF ha cambiado continuamente durante las últimas tres décadas y, debido a diferencias sociales, culturales, ambientales y de factores de riesgo, esta varía de un país a otro.^(5,11,16) Mientras que en algunas investigaciones prevalecen los TMF debido a la violencia interpersonal,^(14,16) en otras predominan los provocados por los accidentes de tránsito,^(2,4) resultados que se corresponden con lo encontrado en nuestra investigación.

En el estudio de Castro y otros⁽¹⁷⁾ se observó que la principal etiología del TMF de tejidos blandos fue el accidente de tránsito, en 3836 casos (61,6 %), seguido de la violencia interpersonal, en 1409 (22,6 %) y las caídas de altura, en 984 (15,8 %). De forma similar, en la publicación de Stanescu y otros⁽¹⁸⁾ se constató que la etiología más frecuente fue el accidente de tránsito, en 33 pacientes (31,7 %), seguidos de la violencia interpersonal en 22 (21,2 %), los accidentes deportivos en 19 (18,3 %), las actividades de la vida diaria en 12 (11,5 %), los accidentes laborales en 11 (10,6%), la mordedura de animales en 6 (5,8 %) y otras en (1,0 %).

En cuanto a lesiones de tejidos blandos, se puede establecer que como se observó en esta investigación, las laceraciones son las más comunes y comprenden entre el 50-58,6 % de las heridas faciales, seguidas por las contusiones, entre el 13,8-42 %, y las abrasiones entre el 3-31 %.⁽⁸⁾

Kim y otros⁽¹⁹⁾ hallaron que las formas clínicas de presentación de los traumatismos de tejidos blandos en la cara más frecuentes fueron la laceración en 41 pacientes (47,7 %), seguida de la abrasión en 24 (27,9 %) y la contusión en 21 (24,4 %). De la misma manera, en un trabajo realizado por Faraji y otros⁽²⁰⁾ se objetivó que fueron las laceraciones, en 121 casos (59,6 %), seguidas de las abrasiones, en 98 (48,3 %), y las contusiones, en 75 (36,9 %).

Al observar la localización de los TMF de tejidos blandos en esta investigación, se observó que la mayoría de las lesiones se localizaron en la región nasogeniana, resultado que concuerda en algunos casos y en otros no, con la bibliografía revisada,^(9,11) lo que puede explicarse debido a la diferencia de mecanismos causales predominantes en cada investigación.

En su investigación, Kan y otros⁽²¹⁾ encontraron que en 38 pacientes (15,0 %) dichas lesiones se localizaban en varias regiones, seguida de la localización intraoral en 33 (13,0 %), el labio inferior y el mentón en 30 (11,9 %), la región frontal en 27 (10,7 %), las mejillas en 23 (9,1 %), la región infraorbitaria en 12 (4,7 %) y el labio superior en 6 (2,4 %). Nabil y Nordin⁽²²⁾ hallaron que las regiones más afectadas fueron: la región periorbitaria (18,6 %), seguido de la región cigomática (17,2 %), la región maxilar (15,1%), la región mandibular (14,0 %) y la región frontal (14,0 %).

Los resultados de Noorali y otros⁽²³⁾ muestran que el tratamiento más utilizado en el TMF de tejidos blandos fue el quirúrgico, en 48 pacientes (88,0 %), al igual que en un estudio realizado en Cuba por Díaz⁽²⁴⁾ en 91 casos (66,4 %) y por Einy y otros⁽²⁵⁾ en 3669 lesionados (76,0 %).

Los datos relacionados con el tratamiento incluyeron la modalidad terapéutica, la cual se dividió en conservadora, que implicaba la observación activa de los pacientes y posible tratamiento médico en dependencia de la forma de presentación de la lesión y/o gravedad; y quirúrgica, que se basó en la sutura de las heridas, que al igual que lo observado en otras investigaciones,^(6,9,11,26) fue el método más utilizado en este estudio.

En conclusión, los aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con traumatismo de tejidos blandos faciales, permiten la caracterización adecuada de esta urgencia médica y el proceder terapéutico a emplear de forma inmediata.

Referencias bibliográficas

1. Mehta N, Butala P, Bernstein M. The imaging of maxillofacial trauma and its pertinence to surgical intervention. Radiol Clin North Am. 2012;50(1):43-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2011.08.005>
2. Peden M, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. World Health Organization: Geneva. 2022 [acceso 06/11/2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42566/924156220X>
3. Campolo A, Mix A, Fonca C, Ramírez H, Vargas A, Goñi I. Manejo del trauma maxilofacial en la atención de urgencia por no especialistas. Rev Med Chile. 2017 [acceso 06/12/2020];145:1038-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801038&Ing=es
4. Frías E. Lesiones traumáticas de las partes blandas. Concepto. Clasificación. Tratamiento. Rev Cubana Cir. 2006 [acceso 06/12/2020];45(2). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493200600020001
5. Perry M. Advanced Trauma Life Support (ATLS) and facial trauma: can one size fit all? Part 1: dilemmas in the management of the multiply injured patient with coexisting facial injuries. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008;37(03):209-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2007.11.003>
6. American College of Surgeons, Committee on Trauma Verification Review: Does it Really Make a Difference? Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Chicago. 2002-2012. Journal of Trauma and Acute Care Surge. 2002;53(5):811-16. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005373-200211000-00001>
7. American College of Surgeons. Soporte Vital Avanzado: Manual del curso para estudiantes. 9na edición. Ed. Colegio Americano de Cirujanos. Comité de Trauma. (ATLC). Asociación mexicana de facultades y escuelas de medicina. 2020 [acceso 06/12/2020].

<https://amfem.edu.mx/index.php/educacion-medica/biblioteca-virtual/356-atls-soporte-vital.avanzado-en.trauma>

8. Alharbi FAN, Makrami AM, Ali FM, Maghdi AA. Patterns and etiology of maxillofacial fractures: A 5-year retrospective study. J Contemp Dent Pract. 2020;21(4):445-52. DOI: <https://doi.org/10.5005/jp-journals10024-2808>

9. Juncar M, Tent PA, Juncar RI, Harangus A, Mircea R. An epidemiological analysis of maxillofacial fractures: a 10-year cross-sectional cohort retrospective study of 1007 patients. BMC Oral Health. 2021;21:128. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01503-5>

10. Al Hassani A, Ahmad K, El Menyar A, Abutaka A, Mekkodathil A, Peralta R, *et al.* Prevalence and patterns of maxillofacial trauma: a retrospective descriptive study. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2022;48:2513-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01174-6>

11. Sohal KS, Owibingire SS, Kalyanyama B, Simon EN. Association between oro-facial soft tissue injuries and oral and maxillofacial fractures. J Stoma. 2022;75(3):176-81. DOI: <https://doi.org/10.5114/jos.2022.119175>

12. Guo HQ, Yang X, Wang XT, Li S, Ji AP, Bai J. Epidemiology of maxillofacial soft tissue injuries in an oral emergency department in Beijing: A two-year retrospective study. Dental Traumatology. 2021;37:479-87. DOI: <https://doi.org/10.1111/edt.12655>

13. Chérrez Rodas MV, Reinoso Quezada S. Facial trauma prevalence from traffic accidents in the city of Cuenca-Ecuador, 2017. Int J Odontomat. 2021 [acceso 12/07/2023];15(2):499-502. Disponible en: <http://www.ijodontostomatology.com/wp-content/uploads/>

14. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP; 2022 [acceso 21/01/2022]:55-60. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/fatesa/files/2022/11/Anuario-Estadístico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>

15. Shapiro AJ, Johnson RM, Miller SF, McCarthy MC. Facial fractures in a level I trauma centre: the importance of protective devices and alcohol abuse. Injury. 2001;32(5):353-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(00\)00245-x](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(00)00245-x)

16. Marks M, Polecristi D, Bergman R, Koch CA. Emergent soft tissue repair in facial trauma. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2017;25(04):593-604. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2017.06.010>
17. Castro Merán AP, Sanches Gonçales E, Ferreira Júnior PO. Prevalence of maxillofacial trauma in a reference hospital in the Dominican Republic. *Reserch Square.* 2022 [acceso 12/07/2023]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2264583/v1>
18. Stanescu C, Tamas C, Stanescu GD. Reconstruction of posttraumatic facial defects. *Open J Clin Med Images.* 2023 [acceso 12/07/2023];3(1):1101. Disponible en: <http://www.jclinmedimages.org/articles/OJCMIV3-1101.pdf&v>
19. Kim HS, Kim WS, Kim HK, Kang SH, Bae TH. Facial injury patterns associated with stand-up electric scooters in unhelmeted riders. *Arch Plast Surg.* 2022;49(1):50-4. DOI: <https://doi.org/10.5999/aps.2021.01228>
20. Faraji F, Lee JH, Faraji F, MacDonald B, Oviedo P, Stuart E, et al. Electric scooter craniofacial trauma. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology.* 2020;5(3):390-5. DOI: <https://doi.org/10.1002/lio2.380>
21. Khan TU, Rahat S, Khan ZA, Shahid L, Banouri SS, Muhammad N. Etiology and pattern of maxillofacial trauma. *PLoS ONE.* 2022 [acceso 12/07/2023];17(9):e0275515. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9522305/>
22. Nabil S, Nordin R, Rashdi MF. Are facial soft tissue injuries patterns associated with facial bone fractures following motorcycle-related accident? *J Oral Maxillofac Surg.* 2022;80(11):1784-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2022.07.144>
23. Noorali IS, Attyia MA, Alsunbuli MMB. Patterns of maxillofacial injures caused by motorcycle accidents. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2023;27(2):309-15. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1744256>
24. Díaz Fernández JM. Características clínico-terapéuticas de los traumatismos de tejidos blandos faciales por accidentes de ciclos. *MEDISAN.* 2014 [acceso 12/07/2023];18(2):234-41. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3012014000200014&Ing=es
25. Einy S, Goldman S, Radomislensky I, Bodas M, Peleg K, Israel Trauma Group (ITG). Maxillofacial trauma following road accidents—an 11-year multi-center study in Israel. *Dental Traumatology.* 2020;37(3):407-13. DOI: <https://doi.org/10.1111/edt.12639.26>

26. Domingues Conceição L, Augusta da Silveira I, Giacomelli Nascimento G, Guerra Lund R, Alves da Silva RH, Renato Manzolli Leite F. Epidemiology and Risk Factors of Maxillofacial Injuries in Brazil, a 5-year Retrospective Study. J Maxillofac Oral Surg. 2016;17(2):169-74. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12663-016-0994-3>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Lorianna Pérez Benítez.

Curación de datos: Lorianna Pérez Benítez, Verónica Pérez Bondar.

Análisis formal: Lorianna Pérez Benítez, Verónica Pérez Bondar.

Investigación: Lorianna Pérez Benítez, Verónica Pérez Bondar.

Metodología: Lorianna Pérez Benítez.

Administración del proyecto: Lorianna Pérez Benítez.

Supervisión: Verónica Pérez Bondar.

Validación: Lorianna Pérez Benítez, Verónica Pérez Bondar.

Redacción– borrador original: Lorianna Pérez Benítez.

Redacción– revisión y edición: Lorianna Pérez Benítez, Verónica Pérez Bondar.