

TRAUMATISMOS EN DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE JOVEN

Entre las urgencias que nos encontramos en nuestra consulta, cada vez son más frecuentes los traumatismos, tanto en dentición temporal como en dentición permanente. La actitud que tomemos ante ellas y el tiempo transcurrido son determinantes para el pronóstico del diente afectado.

Generalidades

La etiología de los traumatismos dentales suele ser, por orden de frecuencia, las caídas (sobre todo en la dentición temporal con poco más de un año de edad al aprender a caminar), deportes, accidentes, peleas y en niños maltratados. Presentan factores predisponentes aquellos pacientes con una clase II oclusal, clase I con protrusión, mordida abierta, sobremordida o incompetencia labial.

Lo que resulta CLAVE para nosotros ante cualquier traumatismo dental es saber:

- ¿cuánto tiempo ha pasado desde el traumatismo?. En función del tiempo que hace que se ha producido el traumatismo, se valorará el tratamiento a realizar y su pronóstico.
- ¿contra qué ha sido el golpe? (la causa)
- ¿dónde ha sucedido?
- La gravedad del traumatismo (pérdida de conocimiento, etc.)

Examen Clínico

- Visualizar la *extensión de la lesión*
- Realizar una *radiografía*
- Determinar la *movilidad*
- *Test de vitalidad*. La fiabilidad del test de vitalidad puede ser de un 30% (es mayor en la 2ª semana).

- Primero hay que hacer radiografía de los tejidos blandos (para descartar que hay algún fragmento de diente o cuerpo extraño en labios, p.ej.). En radiografía de labio, la radiación será la de una aleta de mordida. Siempre serán los tejidos blandos lo primero que tratemos, para reducir posibles hemorragias.
- En el examen radiológico podemos ver:
 - Fracturas radiculares
 - Fracturas óseas
 - Maduración radicular (en relación a ello, en dientes permanentes realizaremos un tratamiento u otro).

Clasificación

- Afectación de esmalte
- Afectación de esmalte + dentina
- Afectación de esmalte + dentina + pequeña exposición pulpar
- Afectación de esmalte + dentina + gran exposición pulpar
- Avulsión o desarticulación
- Fractura radicular

Traumatismos en dentición temporal

Un 30 % de los casos se da en menores de 7 años, siendo la edad más frecuente entre 1'5-2'5 años.

Existen más desplazamientos que fracturas, porque el hueso es más esponjoso.

-DIAGNÓSTICO

- . valorar la fractura del esmalte
- . lesiones en dientes opuestos (son bastante frecuentes)
- . lesiones pulpares, las cuales casi nunca se producen por una exposición pulpar directa.

- DESPLAZAMIENTOS

si existe **Intrusión** (fig.1) :



Fig.1

- Hay que **esperar la reerupción**.
- Asegurarse radiológicamente de que no afecta ningún órgano ni germen (hay que ver que el saco está íntegro; porque, si no, en muchos casos habrá pérdida del definitivo). Si lo afecta, haremos la exodoncia.
- Un diente intruido normalmente tarda de 1,5 a 3 meses en erupcionar; y luego se espera algún signo clínico para valorar si es necesario o no el tratamiento de conductos.

IMPACTACIÓN DIENTE TEMPORAL	DEFECTO DE MINERALIZACIÓN DECOLORACIÓN HIPOPLASIA DEFECTO RADICULAR PÉRDIDA DEL GERMEN
-----------------------------	--

Si existe **Extrusión**.

- si es lingual o vestibular, **reposicionarlo**, aunque tenga movilidad. Si la movilidad es de grado III, exodonciarlo.
 - No ferulizar porque no se puede mantener seco el campo. Además, la capacidad de regeneración del ligamento periodontal y de la pulpa de estos dientes es mínima.
 - Hay que presionar los tejidos blandos, así procuraremos mantenerlo.
 - Dar terapia antibiótica
- Aconsejaremos a la madre que con una gasita mojada limpien la herida para que no se acumule la placa (mojada con Cariax® o cualquier colutorio de clorhexidina, o con agua de botella).

Si existe **Luxación lateral** (que es la lesión más frecuente)

- Luxación en sentido mesial o distal :
 - Suele estar asociado con fractura radicular,
 - **No reposicionarlo**, porque puede fracturarse y también existiría un mayor riesgo de necrosis
- Luxación en sentido vestíbulo-lingual (fig.2 y 3):



Fig.2



Fig.3

- **Reposicionarlo** (fig.4), ya que hay menor riesgo de fractura. Es frecuente encontrarnos con un diente temporal que ha sufrido cambio de color después de recibir un traumatismo. Si está más amarillento, debemos pensar en una calcificación pulpar, y controlaremos su exfoliación, ya que puede existir anquilosis. Si el color es grisáceo, pensaremos en una degeneración pulpar y sólo realizaremos el tratamiento de conductos si existe imagen periapical evidente o absceso.



Fig.4

Si existe **Avulsión**

- **No reposicionarlo**

Traumatismos en dentición permanente

Afectación de esmalte

- Fisura de esmalte
 - Fractura incompleta sin pérdida de tejido dental.
 - No hay signos radiológicos y no requiere tratamiento.
- Fractura de esmalte
 - Eliminar márgenes agudos si la lesión es insignificante.
 - Restauración estética si fuera necesario.

Fractura de esmalte y dentina (fig.5 y 6)

- Restauración definitiva.



Fig.5



Fig.6

Fractura con exposición pulpar

- Pulpotomía:
 - ⇒ Cuando han pasado varias horas desde la exposición
 - ⇒ No está aconsejado realizarla en molares
 - ⇒ Radiografías de control cada 2 meses durante 6 meses

La necrosis se da por sección o compresión de los vasos sanguíneos. El tratamiento a seguir será:

- Apicoformación:
 - ⇒ Si el ápice está abierto y hay necrosis

- Pulpectomía:
 - ⇒ Si el ápice está cerrado y hay necrosis.

Lesión de tejidos periodontales

- **Subluxación**

- lesiones de las estructuras de sostén del diente, sin aflojamiento ni desplazamiento anormal.
- Síntomas: Sensibilidad a la percusión y a fuerzas oclusales.
- Tratamiento: No hacer nada, sólo ajustar la oclusión con el antagonista.

- **Luxación lateral** (figs.7 a 10)

- movimiento forzado de los dientes en dirección lateral.
- Signos: aumento del espacio periodontal
- Tratamiento.: Reducción y control radiológico.

Inmovilización 2 semanas (ferulizar)



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10

- **Extrusión** (figs.11 a 14)

- desplazamiento parcial de los dientes fuera del alveolo
- Signos: aumenta el espesor del espacio periodontal
- Tratamiento: Inmediata reducción digital
- Inmovilizar 2-3 semanas + control radiográfico.



Fig.11



Fig.12



Fig.13



Fig.14

- **Intrusión**

- impactación forzada de los dientes dentro del alveolo.
- Signos: radiológicamente, disminución o pérdida del espacio periodontal
- Tratamiento: recolocación ortodóncica a las 3-4 semanas

- **Exarticulación**

- Es la luxación total del diente
- Tratamiento: Inmediato → reimplantación
Mediato → reimplantación con peor pronóstico.

Irrigar siempre con suero fisiológico si la superficie del diente está contaminada y examinar el alveolo.

Pasadas 4 semanas se realiza la endodoncia si es necesario. Lo ideal es esperar a que nos dé un signo de que existe lesión. A partir de las 2 semanas pueda haber signo radiológico.

Fracturas radiculares

- **Verticales**

- Signos: cambio color diente
Sensibilidad a la percusión y la palpación
A veces se ve en radiografía.
- Tratamiento: extracción, si afecta a la corona
Endodoncia, si no afecta a la corona.

- **Horizontales**

- Clínicamente: movilidad, ligera extrusión y sensibilidad a la percusión
- Pronóstico: mejor en el tercio apical de la raíz.
- Tratamiento: Reposición del fragmento

Inmovilización de 2 a 3 semanas

Endodoncia si es necesario (en un 75% de los casos no es necesario)

La reparación de las fracturas horizontales se puede dar de diferentes maneras:

- ⇒ Unión por tejidos de calcificación:
 - Radiografía: se observa una fina línea de radiolucidez entre los fragmentos. (el borde de los fragmentos se ve redondeado). Es una callosidad de tejido duro lo que forma la unión.
- ⇒ Unión por tejido conectivo:
 - hay más separación entre los fragmentos
 - hay un desplazamiento lateral (subluxación)
 - Radiografía : banda radiolúcida de tamaño medio. A veces el hueso entra en el interior del espacio pulpar de los dos fragmentos. En la parte apical se reduce el ancho del ligamento periodontal.
 - Normalmente se mantiene la vitalidad pulpar de los dos fragmentos.
- ⇒ Interposición de hueso y tejido conectivo:
 - el espacio periodontal se mantiene igual
 - se observa hueso entre los fragmentos y éstos están más separados.
- ⇒ Interposición de tejido de granulación:
 - se ensancha la línea de fractura.
 - mayor posibilidad de que acabe en exodoncia (por la formación de coágulo)
 - clínicamente los dientes se mueven, están ligeramente extruidos y sensibles a la percusión. Algunas veces existe trayecto fistuloso a nivel de la mucosa labial.

Los cambios se pueden empezar a observar a los 2 meses.

Es MUY IMPORTANTE tirar un poco del fragmento (o del diente entero) - lo desencajamos - y lo volvemos a reposicionar digitalmente, porque cuanto más tiempo pasa, más se une el coágulo apicalmente y ocupa un espacio provocando el fracaso.

Si hubo una concusión (observamos que la corona está un poco extruida), volvemos a empujar, favoreciendo así la unión con tejido calcificado.

Dra. Ana García Valoria

Odontopediatra

<mailto:agarciav@geodental.com>

Publicado el 18/12/2001 en Geodental.com
(<http://www.geodental.com/default.htm?d=5441>)