TRAUMATISMOS DENTALES

Baldivieso Pérez Álvaro Gustavo¹
 Huaynoca Naira²

RESUMEN

Los traumatismos dentales son problemas muy frecuentes, cada día aumenta la cantidad de niños, adolescentes y adultos que se ven involucrados en diversos accidentes: en momentos de ocio, caídas de bicicletas, patines, patinetas, en la práctica de deportes, en accidentes automovilísticos y moto ciclísticos. En la mayoría de estos accidentes lamentablemente se producen repercusiones cráneo-faciales que de una u otra forma, alcanzan la arcada dentaria, y afectan a los dientes y su sistema de soporte, o ambos provocando dolor, alteraciones funcionales o incluso estéticas. Aunque no existan datos estadísticos sobre la cantidad de estos traumatismos su frecuencia evidencia con claridad la necesidad de que el odontólogo conozca en forma genérica la conducta más adecuada para cada situación.

PALABRAS CLAVE:

Traumatismo. Dentición temporal.
 Fractura dental.

INTRODUCCION

Los traumatismos dentales son lesiones provocadas por fuerzas externas que actúan de forma violenta sobre los dientes y los tejidos adyacentes, ocasionando alteraciones dentarias con repercusiones inmediatas o futuras, con excepción de los casos de traumatismos

con repercusión estética mayor, como la avulsión y la intrusión. Es común que el paciente no busque la atención inmediata en otro tipo de traumatismos como un simple golpe en los dientes anteriores, quitado de esta forma la debida importancia a un problema que podría empeorar con el tiempo, por lo cual se proponen procedimientos, inmediatos o pocas horas después del traumatismo¹.

La primera atención del paciente traumatizado, genera dificultades adicionales por el compromiso emocional que acompaña al paciente y a sus familiares. Por consiguiente, no siempre es posible establecer un diagnóstico y una conducta clínica definitiva en esta sesión, requiriendo por parte del odontólogo; conocimiento, cautela y buen juicio en la selección de los procedimientos para ésta atención, por lo general los pacientes con traumatismo dentario acuden al profesional con dolor y lesiones faciales asociadas, por lo cual la anamnesis, con el paciente o su acompañante es de suma importancia y debe ser cuidadosamente realizada; las informaciones relacionadas con la causa el lugar y el momento del accidente pueden ser en particular significativas para indicar la naturaleza del traumatismo y orientar los procedimientos terapéuticos inmediatos, así como sugerir las características y la gravedad de las secuelas¹. Por ejemplo, las lesiones resultantes de una caída durante una caminata deben analizarse de manera diferente que las provocadas por el accidente con una bicicleta a alta velocidad. De la misma forma, el tratamiento inmediato de una extrusión como consecuencia de un accidente producido de 24 a 48 horas antes, debe realizarse de manera diferente del accidente ocurrido una hora antes².

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología. UMSA.
 Redactora

La presencia del dolor, su origen e intensidad, también son datos importantes, y muchas veces se relacionan con el estado de la pulpa.

En principio es necesario presentar la atención debida al traumatismo de los tejidos blandos de la cara y los labios. Se debe realizar una limpieza de las áreas, la hemostasia de algún punto hemorrágico y la desinfección de los tejidos lacerados con antisépticos de usos habitual, para continuar con la inspección y la exploración permitiendo identificar puntos hemorrágicos como edemas, fracturas coronarias, coronorradiculares, fracturas radicales verticales o alteraciones en la posición de los dientes².

Aunque los dientes anteriores son los más afectados, todos los demás también deben examinarse en detalle y si hubiese pérdida de estructura dentaria es importante observar la extensión del tejido comprometido: esmalte, dentina o exposición pulpar; el **sistema de soporte dentario** debe tener un especial cuidado en el examen clínico puesto que contribuye de forma significativa con la evaluación y evolución del traumatismo, a causa de la valoración de estas estructuras y otras como el ligamento periodontal, el periodonto de inserción y de soporte los traumatismos dentales son descritos en diferentes lesiones individuales³.

LESIONES POR TRAUMATISMO DEL SISTEMA DE SOPORTE

1.- CONCUSION

La concusión es una lesión traumática de las estructuras de soporte de los dientes, sin pérdida de sustancia, donde el traumatismo determinante no tuvo la intensidad suficiente como para provocar la ruptura del ligamento periodontal. La sensibilidad a la percusión es la única

característica presente, además el diente puede presentar una movilidad horizontal muy discreta y no existen signos clínicos o evidencias radiográficas que puedan identificar el daño³.

Tratamiento

No existe una terapéutica local inmediata. El alivio articular y la prescripción de un antiinflamatorio son los procedimientos aconsejables, con los cuales los síntomas desaparecerán a los pocos días. En estos casos y en otras lesiones del sistema de soporte es común el corte de los labios o la laceración del periodonto de protección y cuando esto ocurre la herida debe abarse cuidadosamente con suero fisiológico y comprimirse con gasa estéril continuamente³.

2.- SUBLUXACION

Es un traumatismo semejante a la concusión y se produce cuando el impacto sobre el diente es de mayor intensidad, aunque no sea suficiente para desplazar al diente, se produce estiramiento y ruptura de algunas fibras del ligamento periodontal. Como consecuencia hay movilidad horizontal moderada que es denominado el principal criterio clínico para el diagnóstico diferencial en relación con la concusión. La ausencia del desplazamiento del diente en el alveolo elimina la posibilidad de confundirla con una luxación³.

Tratamiento

En esta situación, como en la concusión, no hay terapéutica local inmediata. El cuidado de la armonía oclusal y la prescripción de un antiinflamatorio son los procedimientos aconsejables, con los cuales los síntomas se alivian en algunos días. Los cuidados con la

higiene local y la masticación ayudaran a la reparación. Si existe laceración de los tejidos blandos, estos deben reubicarse y suturarse con cuidado³.

3.- INTRUSION

Es un traumatismo de los tejidos de soporte del diente, causada por un golpe axial- en el sentido del eje mayor del diente- con desplazamiento dental hacia dentro del alveolo. Junto con la avulsión se considera el más grave de los traumatismos del sistema de soporte, y en determinadas circunstancias puede provocar un impacto psicológico dramático en el paciente o en sus padres, cuando el paciente es un niño. Esta situación es un desafío para el odontólogo, en cuanto a la selección de la conducta clínica a seguir³.

El desplazamiento del diente dentro del hueso alveolar, en dirección axial, provoca la ruptura parcial o total del ligamento periodontal, con alteraciones severas en las capas de pre-cemento y cemento, lo que deja desnuda la raíz y en muchos casos se produce la fractura de las tablas óseas.

Tratamiento

En el tratamiento ante una *intrusión* en piezas dentales temporarias se debe considerar la proximidad entre los dientes temporarios y permanentes, la posibilidad de lesión del germen del diente permanente como consecuencia de la intrusión es muy grande, por ésta razón, el tratamiento del diente temporario intruido debe tener como objetivo no aumentar la lesión ya existente, la conducta adecuada es dejar que el diente tenga una reerupción espontánea, de este modo se evita un daño mayor sobre el germen del diente permanente al intentar practicar la reubicación o la exodoncia. Por otra parte si se presentara una *intrusión* en

dientes permanentes, la reerupción espontánea es factible, pero no frecuente y es necesario considerar la edad del paciente y la intensidad de la intrusión es decir que cuanto mayor sea la edad del paciente, menor es la posibilidad de reerupción, lo mismo acontece con intrusiones muy profundas de 8-10 mm o más, en estos casos no es aconsejable esperar la reerupción espontánea, por razones funcionales y estéticas y en los casos de intrusión de hasta 5 milímetros sin fractura alveolar, la reubicación debe ser ortodóntica y realizada bajo la orientación de un ortodoncista, y así el diente podrá reubicarse en un período de 3 a 4 semanas³.

4.- EXTRUSION

En la extrusión o la avulsión parcial, la dirección de la fuerza del impacto desplaza el diente en sentido axial y parcialmente hacia afuera del alvéolo y en el examen clínico es visible el borde incisal del diente traumatizado, bastante desplazado de la línea del nivel de los dientes vecinos además existe ruptura de gran cantidad de fibras y de vasos del ligamento periodontal, por consiguiente, movilidad exagerada y hemorragia. Cuanto mayor es la extrusión, mayor el grado de movilidad, éstas características identifican prácticamente el traumatismo y dispensan de otros exámenes clínicos, por otra parte en el examen radiográfico es notorio un aumento considerable del espacio periodontal, sobre todo en la porción apical, la radiografía puede mostrar también una fractura de raíz y el grado de desarrollo radicular. En la dentición temporaria, la extrusión es un traumatismo frecuente y presenta las mismas características descritas para los dientes permanentes³.

Tratamiento

Los autores recomiendan en dientes temporarios evitar la reubicación del diente extruido, bajo la óptica de la protección del diente permanente, ésta es una situación típica en que el tratamiento puede ser peor que el traumatismo, de otra manera, si la extrusión fuese pequeña y la raíz tuviese buena dimensión debe hacerse una contención semirrígida y desgaste del borde incisal, para normalizar la oclusión y adecuar la estética pero si estas condiciones no se dan, el diente debe extraerse. Por otra parte en dientes permanentes cuando el desplazamiento es pequeño de 1 a 2 mm y el tratamiento se inicia pocas horas después del traumatismo, es preferible no ejecutar la reubicación puesto que la posibilidad de mantener el diente en su nueva posición, adecuado estéticamente y a la nueva oclusión, reduce el riesgo de secuelas posoperatorias³.

5.- LUXACION LATERAL

En la luxación lateral existe desplazamiento del diente hacia un lado vestibular, palatino o lingual, mesial o distal, casi siempre la dirección del impacto impulsa la corona de los dientes superiores hacia palatino o de los dientes inferiores hacia lingual. Los desplazamientos en sentido vestibular, mesial o distal son menos frecuentes, por esa razón, las conductas que se sugieren estarán siempre relacionadas con la luxación lateral de un diente anterosuperior hacia palatino, por las características de este traumatismo, la pared palatina del reborde alveolar, que sirve como fulcro, recibe un impacto muy fuerte y se fractura con mucha facilidad, lo que posibilita la extrusión del diente, por ello es común que en luxaciones laterales haya fractura alveolar y también una extrusión discreta⁴.

Tratamiento

El tratamiento en caso de una luxación lateral en dientes temporarios depende de la evaluación de algunos aspectos; debe considerarse la edad del paciente, la longitud de la raíz y la posibilidad de daño al germen del diente permanente durante la reubicación, la colocación del diente temporario en su posición original debe realizarse con los mismos cuidados que para la reubicación de un diente permanente. En los dientes permanentes, la reubicación inmediata es la conducta clínica aconsejada; después de la anestesia y mediante presión digital, el diente debe llevarse con lentitud a su posición. Una vez alcanzada, debe mantenerse inmóvil en ella, por 4-5 minutos y contenerse. Cuando la luxación involucra a más de un elemento, la reubicación debe hacerse en bloque, es decir, que todos los dientes se reubican en su lugar al mismo tiempo, y en los casos en que hay poca o ninguna movilidad, se identifica el aprisionamiento del ápice radicular en la lámina ósea vestibular por lo que la reubicación exige dos acciones simultáneas: el acto de empujar al diente hacia vestibular debe acompañarse de un movimiento de presión sobre el ápice dental, hacia incisal lo cual provocará la vuelta del ápice hacia el alvéolo y permitirá el retorno del diente a su posición y una vez reubicado el diente si hay fractura alveolar, los fragmentos óseos deben reubicarse por presión digital y la encía lacerada, readaptarse y suturarse⁴.

6.- AVULSION

En la avulsión el golpe la intensidad y la forma del impacto, agregados a la estructura débil del ligamento periodontal favorecen el desplazamiento total del diente y las repercusiones funcionales y estéticas son inmediatas, los incisivos centrales superiores son

casi siempre los más afectados por lo cual la importancia funcional y estética de los dientes afectados y sobre todo la corta edad de los pacientes que sufren este traumatismo, impulsaron numerosos estudios en la tentativa por asegurar el mantenimiento del diente mediante la reimplantación⁴.

Tratamiento

El tratamiento inmediato de la avulsión es el reimplante, que es un procedimiento muy controversial, por la posibilidad de que el diente reimplantado se anquilese y dificulte la situación primaria desencadenando en resorciones óseas, por lo cual los autores no aconsejan esta práctica, sin embargo es uno de los tratamientos más utilizados por ser un tratamiento inmediato, por otra parte en la actualidad muchos profesionales aconsejan los implantes después de la espera de un tiempo prudente, después de analizar el grado de estabilidad ósea⁴.

Aunque durante los **traumatismos dentales** el sistema de soporte dentario es sumamente afectado desencadenando en afecciones como; avulsiones, luxaciones, extrusiones e intrusiones las principales y más visibles afecciones son las fracturas dentarias de la corona, corono-radicales o de la raíz caracterizadas por involucrar a uno o más de los tejidos duros del diente, estas fracturas van acompañadas de lesiones de los tejidos de soporte, y son traumatismos frecuentes en la clínica odontológica⁵.

1.- FRACTURAS CORONARIAS DEL ESMALTE Y LA DENTINA SIN EXPOSICION PULPAR

Las fracturas coronarias del esmalte y la dentina pueden presentarse con exposición pulpar o sin ella, conforme al trayecto, las fracturas de esmalte y

dentina sin exposición pulpar pueden ser horizontales u oblicuas y se identifican con facilidad en el examen visual, durante la inspección clínica es importante evaluar la extensión y la profundidad de la fractura, también se realiza la exploración, con intención de localizar una exposición pulpar de minúscula dimensión esta exploración debe ser delicada y minuciosa puesto que en algunos casos, el uso del explorador con presión exagerada puede provocar la exposición pulpar⁵.

Cuando la fractura se acompaña de una concusión o una luxación, lo cual es común, la percusión del diente puede producir dolor y en algunos casos existe la posibilidad de que esa fractura esté aliada a una lesión del sistema de soporte por lo que el examen radiográfico es oportuno no sólo para verificar las condiciones de la raíz, sino también para el seguimiento futuro⁵.

2.- FRACTURAS CORONARIAS DEL ESMALTE Y LA DENTINA CON EXPOSICION PULPAR

En las fracturas del esmalte y la dentina con exposición pulpar, la pulpa necesita cuidados especiales, las dimensiones de la fractura dispensan de un examen clínico minucioso y en muchos casos, el color rojo vivo del tejido pulpar expuesto denuncia la extensión de la lesión además los cambios térmicos provocan dolor y el examen radiográfico permite determinar el estadio de desarrollo radicular. Para fracturas de este tipo la elección del procedimiento clínico adecuado depende de algunos factores, como el tiempo que la pulpa estuvo expuesta a la cavidad bucal, el tamaño de la exposición y el grado de desarrollo radicular, sin embargo cuando la atención se realiza poco después del accidente, la contaminación de la pulpa expuesta al medio bucal por escaso tiempo podría no influir de manera

decisiva en el resultado del tratamiento conservador por otra parte una exposición prolongada superior a las 48 horas podrá comprometer la tentativa de mantener la vitalidad pulpar⁶.

El tamaño de la exposición pulpar es el segundo factor a considerar. Cuando es pequeño, después de recubrir la pulpa con el material adecuado es posible reconstruir el diente. Si la exposición es amplia, el tratamiento de elección debe ser la pulpotomía y cuando no están dadas las condiciones para realizar un tratamiento conservador, debe practicarse la pulpectomía. Por último, para decidir el tratamiento adecuado es necesario considerar el estadio de desarrollo radicular⁶.

Los traumas dentales son desencadenantes de un sinnúmero de alteraciones y disfunciones de todo el sistema dentario, empezando como un simple golpe o un golpe violento, las estructuras afectadas van más allá de lo que puede ser observado en el primer examen clínico por lo cual es necesario contar con exámenes radiográficos para verificar las posibles afecciones internas. Los traumas dentales también provocan alteraciones estéticas y por lo tanto psicológicas, obligando al profesional a actuar de la mejor forma posible optando por el mejor tratamiento ya sea la reimplantación, implantes de titanio, implantes de porcelana, ortodoncia correctiva entre otros.

BIBLIOGRAFIA

1. Nocchi C.. Odontología Restauradora Salud y Estética. 2ª Edición. Editorial Panamericana. España. 2008; 372,373,374,375,376
2. Jiménez Romera M. A..Odontopediatría en atención primaria. 1ª Edición. Editorial Vértice. España. Año 2007; 129,130,131,132
3. Soares Golberg. Endodoncia Técnica y Fundamentos.1ª Edición. Editorial Panamericana España. 2008; 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243
4. Pérez Macedo R.. Traumatismos dentales en Niños y Adolescentes. 1ª Edición. Editorial Campañola. Argentina. 2006; 17,18,19
5. Andreassen J. Traumatic Dental Injuries a Manual. 3ª edición. Editorial. WileyBlackwell. USA. 2009; 104,105,106
6. Berman L. A Clinical Guide to Dental Traumatology 1ª Edición. Editorial Elsevier Philadelphia. 2010; 155,156,157,158
7. Graham Mount. Conservación y Restauración de la Estructura Dental.1ª Edición Editorial Mosby. Madrid España. 2009; 32,33,34,35.