

188

227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRAUMATISMOS DENTALES EN PACIENTES CON DENTICIÓN PRIMARIA.

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

NANCY JIMÉNEZ ALVARADO.

ASESOR:

C.D. JAIME GARCÍA MARTÍNEZ.

Un. Bo. Gisela H.



MÉXICO, D.F.

1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

26 9280



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

A MIS PADRES

Por darme el derecho de nacer,
apoyarme y creer siempre en
mi.

A MI TIO MAURO (+)

Por el ejemplo, amor y apoyo
incondicional

A MIS HERMANOS

Martita, Leo, Gaby, "Marco"
por siempre estar conmigo. Los
quiero mucho.

A MI TIO LUPE Y ALFREDO.

Por todo el apoyo. Gracias.

L.E.V.G.

Por el gran amor que aún
siento. T.Q.M.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme la oportunidad de vivir y salir adelante.

A la UNAM. y F.O. por dejarme ser parte de ella

A mi asesor C.D. Jaime García por sus enseñanzas, apoyo y tiempo dedicado. Gracias.

A las familias que siempre me apoyarán y creerán en mí . (Fam. Alvarado, Fam. Gutierrez, Fam. Jiménez, Fam. Médina)

A mis amigos (Alma, Betty, Carlos, Consuelo, Erica, Ernesto, Fausto, Liz, Luis E., Mony, Mundo, Patty, Rosy.) por apoyarme siempre.

Al Dr. Gerardo Saucedo y L. Jorge Estebez por su cariño, apoyo y comprensión. Los quiero mucho.

A todos los profesores que compartieron su sabiduría.

A mis sobrinos y todas aquellas personas que en algún momento me ayudaron. Mil gracias.

NANCY JIMÉNEZ ALVARADO.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I "ETIOLOGÍA"

Etiología	3
-----------	---

CAPITULO II "HISTORIA CLÍNICA"

Historia Clínica	5
Examen Clínico	8
Examen Radiográfico	11

CAPITULO III "CLASIFICACIÓN"

Ellis	20
Andreasen	21
Ellis y Davey	22
OMS	23
Andreasen(OMS)	23

CAPITULO IV "LESIONES DE TEJIDOS DUROS Y PULPA."

Fractura incompleta	28
Fractura no complicada de la corona	29
Fractura complicada de la corona	31
Fractura no complicada de corona y raíz	33

Fractura complicada de corona y raíz	34
Fractura de raíz	35
Concusión	38
Subluxación	40
Luxación intrusiva	41
Luxación extrusiva	44
Luxación lateral	46
Exarticulación	48
CAPITULO V "LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS"	
Laceración	49
Contusión	49
Abrasión	49
CAPITULO VI "LESIONES DE HUESO. "	
Conminución de la cavidad alveolar.	51
Fractura de la pared alveolar	52
Fractura del proceso alveolar	53
Fractura de la mandíbula o maxila	54
CAPITULO VII "COMPLICACIONES"	
<i>Hiperemia pulpar</i>	55
<i>Hemorragia pulpar</i>	55
Obliteración de conductos pulpares	56

ÍNDICE DE FIGURAS.

LESIONES DE TEJIDOS DUROS Y PULPA.

F-1.Fractura incompleta	A
F-2.Fractura no complicada de la corona	B
F-3.Fractura complicada de la corona	C
F-4.Fractura no complicada de corona y raíz	D
F-5.Fractura complicada de corona y raíz	E
F-6.Fractura de raíz	F
F-7.Concusión	G
F-8.Subluxación	H
F-9.Luxación intrusiva	I
F-10.Luxación extrusiva	J
F-11.Luxación lateral	K
F-12.Fuerza y dirección del tipo de luxación	L
F-13.Exarticulación	M

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS

F-14.Laceración	N
F-15.Contusión	O
F-16.Abrasión	P

LESIONES DE HUESO.

F-17. Conminución de la cavidad alveolar.	Q
F-18. Fractura de la pared alveolar	R
F-19. Fractura del proceso alveolar con implicación del alvéolo	S
F-20. Fractura del proceso alveolar sin implicación del alvéolo	T
F-21. Fractura de la mandíbula o maxila	U

INTRODUCCIÓN.

INTRODUCCIÓN.

La población mexicana esta constituida por un alto porcentaje de menores de edad y sabemos que el 80% de los traumatismos orales ocurre en niños, con mayor frecuencia en varones que en mujeres, debido a que los varones tienen más participación activa e intensa en actividades físicas.

Las edades más afectadas son entre uno y tres años de edad, ya que en esta etapa se concentra en gran parte su desarrollo psicomotriz.

Los traumatismos orales en niños es una de las experiencias más desagradables , tanto para el niño como para los padres, representa una de las situaciones clínicas más difíciles de resolver por el odontopediatra ya que afecta al niño física, emocional y psicológicamente.

La mayor parte de las lesiones dentarias ocurren en los incisivos centrales superiores, seguidas de los incisivos laterales superiores y centrales inferiores.

Los tipos de lesiones dentarias más frecuentes en la dentición primaria durante los traumatismos, son las que

afectan a las estructuras de sostén y entre ellas las de mayor frecuencia son las luxaciones y las exarticulaciones.

Se ha observado que la frecuencia de los traumatismos orales de acuerdo a las estaciones del año, se presentan con mayor frecuencia en invierno.

Los traumatismos orales pueden tener grandes consecuencias a largo plazo , con secuelas de pigmentación, malformación, o posible pérdida de la dentición permanente. Es de gran importancia saber hacer un diagnóstico apropiado, así como el tratamiento y cuidados para los traumatismos orales, poniendo mayor enfoque en la dentición primaria.

CAPÍTULO I

ETIOLOGÍA.

ETIOLOGÍA.

FACTORES COMUNES.

- * Durante el primer año de vida pueden ocurrir debido a caídas del bebé del coche, golpes contra el corral o cuna.

- * Cuando empieza a caminar debido a caídas por falta de coordinación de sus movimientos y equilibrio.

- * Accidentes automovilísticos generalmente se da en pequeños que van sentados o parados sin restricciones.

- * Maltrato infantil. Los signos cardinales de maltrato son heridas en varias fases de cicatrización, laceraciones de frenillos labiales, lesiones repetidas múltiples, magulladuras en el cuerpo y dientes lesionados, casi siempre son niños menores de 5 años de edad.

- * Caídas o colisiones mientras juegan.

FACTORES PREDISPONENTES.

* Defectos estructurales del diente como amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, hipoplasias.

* Padecimientos convulsivos crónicos.

* Sobremordida horizontal. Con protusión de los incisivos y un sellado de labios insuficiente.

* Sobreoclusión (mordida cerrada) ó sobremordida vertical.

* Hábitos orales tales como succión digital y hábito de lengua ya que pueden protruir los incisivos superiores.

* Maloclusión clase 2 subdivisión 1 de la clasificación de Angle.

CAPITULO II
HISTORIA CLÍNICA.

HISTORIA CLÍNICA.

Un historial adecuado es básico para el examen y debe dar respuesta a las preguntas, para ahorrar tiempo se recomienda usar hojas impresas. La información registrada en estas puede ser útil para las demandas del seguro y otras reclamaciones médico legales.

En la historia clínica se deben de incluir las siguientes preguntas, ya que son de gran importancia.

1)Nombre del paciente, edad, sexo, dirección, número telefónico.- Es necesario saber la edad del paciente ya que de ello depende muchas veces el tratamiento y el pronóstico de la lesión, la dirección y el número telefónico, nos es de gran importancia para poder comunicarnos con el para su seguimiento clínico.

2)¿Cuándo ocurrió la lesión?.El tiempo transcurrido entre el momento de la lesión y el tratamiento, influye significativamente en el resultado, cuando se decide el reimplante del diente avulsionado en la dentición mixta. Aún más, el resultado del tratamiento de los dientes luxados, principalmente la fractura de la corona con o sin exposición pulpar, así como las fracturas de hueso, pueden ser influidos por el tiempo transcurrido desde el traumatismo.

3) ¿Dónde ocurrió la lesión? El lugar donde ocurrió el traumatismo puede indicar la necesidad de profilaxis antibiótica contra el tétanos.

4) ¿Cómo ocurrió la lesión? La naturaleza del accidente puede ofrecer una información mas valiosa sobre el tipo de lesión que puede resultar.

5) Tratamiento recibido.- Siempre se debe considerar un tratamiento previo, como la inmovilización, reducción o reimplantación de los dientes antes de establecer un tratamiento más amplio. Puede ser de gran interés donde ha sido colocado el diente exarticulado.

6) Historia de lesiones dentarias anteriores.- Es importante ya que esto puede influir en las pruebas de vitalidad y en la capacidad recuperadora de la pulpa.

7) Salud general.- Se debe obtener información generalmente sobre desordenes tales como reacciones alérgicas, epilepsia o problemas hemorrágicos, tales como la hemofilia o alguna enfermedad sistémica.

8) ¿Causó el traumatismo amnesia, inconsciencia, vómitos o dolor de cabeza? Las manifestaciones de alguna de estas, pueden indicar afectación del cerebro y el paciente debe ser enviado inmediatamente a un examen médico.

9) Dolor de los dientes espontáneamente.- El dolor espontáneo puede indicar daño en las estructuras de sostén del diente como hiperemia o extravasación de la sangre de los ligamentos periodontales, el daño a la pulpa debido a fracturas de la corona puede producir dolor espontáneo.

10) Reacción de los dientes a cambios térmicos, a los alimentos dulces o ácidos. Estas reacciones pueden indicar una dentina o pulpa expuesta.

11) Problemas al morder, dientes sensibles al contacto o durante la comida.- Si el diente es sensible al dolor, durante la masticación o si hay problema con la oclusión, se puede suponer que las estructuras de sostén del diente han sufrido lesiones tales como lesión extrusiva, fracturas alveolar o maxilar.

EXAMEN CLÍNICO

Exploración de heridas extraorales y palpación del esqueleto facial.- La localización de estas heridas pueden indicar dónde y cuándo se puede suponer que haya lesiones dentarias. La palpación del esqueleto facial puede revelar fracturas del maxilar.

Exploración de la lesión de la mucosa oral o de la encía.- Se debe tener en cuenta que si hay lesiones en la mucosa oral o encía con frecuencia hay lesiones labiales , que quizás lleguen a penetrar todo el grosor del labio, si es este el caso existe la posibilidad de que haya fragmentos del diente en las desgarraduras y estos fragmentos enclavados pueden producir infecciones agudas o crónicas y fibromas que desfiguran. Un posible mecanismo de estas lesiones es que el diente, habiendo penetrado en todo el grosor del labio se fracture al emerger de la superficie de la piel y golpee un objeto duro. Las laceraciones de la encía van acompañadas con frecuencia de dientes desplazados. La hemorragia del borde de la encía no desgarrada, originada en el ligamento periodontal , se debe considerar como prueba de daño en este. Los hematomas submucosos en la región sublingual o en la vestibular indican que hay fractura en la mandíbula.

Examen de las coronas dentarias para advertir la presencia y extensión de fracturas, exposiciones pulpares o cambios de color.- Antes de examinar los dientes que han sufrido daño se deben de examinar las coronas. Las líneas de fractura en el esmalte se deben de diagnosticar dirigiendo un foco de luz paralelo al eje vertical del diente. Al examinar una fractura de corona hay que anotar si hay fractura de esmalte, dentina , pulpa. En los casos de traumatismos directos podemos contar con la presencia de fracturas coronorradiculares en las regiones de molares y premolares. Las fracturas bajo el borde gingival solo pueden comprometer a la corona si el diente esta en erupción. Se debe anotar el color del diente, pues puede haber cambios en el periodo posterior a la lesión.

Exploración de los dientes desplazados.- Generalmente es evidente mediante un examen visual. A veces puede ser difícil determinar si hay anomalías menores en la posición del diente; en estos casos puede ser útil examinar la oclusión. En caso de luxación es importante apuntar en milímetros tanto la dirección de la dislocación como la extensión. En la dentición primaria es de primordial importancia el diagnosticar la existencia de dislocación lingual del ápice del diente temporal desplazado pues esto puede interferir con el sucesor permanente.

Anormalidades en la oclusión.- Estas pueden significar fracturas del proceso alveolar o del maxilar.

Movilidad anormal de los dientes o fragmentos alveolares.- Todos los dientes deben sufrir una prueba de movilidad anormal tanto en dirección horizontal como a lo largo del ápice del diente. Se debe esperar ruptura del suministro vascular de la pulpa en caso de movilidad axial. Es necesario recordar que los dientes en erupción y los dientes primarios que sufren absorción fisiológica radicular siempre presentan movilidad fisiológica. El signo típico de la fractura alveolar consiste en el movimiento de los dientes adyacentes cuando se hace la prueba de movilidad de un solo diente. En caso de fractura radicular, la ubicación de la fractura determina el grado de movilidad del diente.

Palpación del proceso alveolar.- los perfiles irregulares del proceso alveolar generalmente apuntan hacia una fractura en el hueso además la dirección de la dislocación de un diente se puede determinar generalmente por palpación.

Reacción de los dientes a la percusión así como la reacción de los dientes a las pruebas de vitalidad, estas pruebas deben realizarse pero no en la cita inicial, sino en las citas de control.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

La recopilación de radiografías es importante para el diagnóstico y tratamiento a seguir de los traumatismos dentales. No existe una norma fija en relación con el número de radiografías a tomar durante un traumatismo, Andreasen⁽³⁾ sugiere que la exploración radiográfica debe consistir en una radiografía oclusal y tres periapicales de la zona lesionada con diversos ángulos, obteniendo de esta manera el máximo de información sobre la gravedad de la lesión.

Las radiografías nos proporcionan un registro del diente justo después del momento del traumatismo y es necesario llevar un seguimiento radiográfico ya que hay lesiones que no es posible identificar inmediatamente. Después de tres semanas es posible identificar regiones periapicales radiolúcidas debido a una necrosis pulpar y puede notarse entonces la absorción radicular inflamatoria. Después de 6 ó 7 semanas , no se puede reconocer la absorción por reemplazo o anquilosis. Si después de 1 ó 2 meses no se presenta ningún síntoma, ni signo clínico, no se desarrolla ninguna fistula, ausencia de movilidad, pigmentación y dolor se toman radiografías hasta 6 meses después de la lesión solo para la comparación de radiografías futuras.

Dentro de los datos que podemos identificar en una radiografía, tenemos:

El grado de desarrollo radicular del diente lesionado, y de este depende en gran medida la terapéutica a emplear. El tamaño de la cavidad pulpar, y la proximidad a la línea de fractura va a ser uno de los factores decisivos para el tratamiento a seguir, también este aspecto nos puede representar una lesión anterior. El desplazamiento del diente de su alvéolo, para este caso en particular es más útil una radiografía oclusal que una periapical. La presencia de la fractura radicular, quizá en este tipo de lesión no se revele en la radiografía inmediata al traumatismo si no 1 ó 2 semanas después, ya que los fragmentos se separan mostrando la fractura limpiamente. En los casos de la afectación de los gérmenes permanentes, como lo es en el caso de la luxación de los dientes temporales se debe valorar la relación entre los gérmenes de los dientes permanentes y las raíces de los dientes primarios, así nos damos cuenta que las radiografías también son útiles para la localización de restos radiculares, cuerpos extraños o alojados en tejidos blandos, fracturas óseas, lesiones en dientes adyacentes, patosis en el área, etc.

En los casos de una luxación extrusiva la radiografía nos va a mostrar un ensanchamiento en el espacio periodontal.

En dientes intruidos se muestra una desaparición de espacio periodontal.

La exposición radiográfica oclusal tiene un valor diagnóstico en el caso de dislocaciones menores o de fracturas radiculares, luxaciones laterales con desplazamiento lingual de la corona .

Las radiografías extrabucuales son un punto importante para determinan la dislocación de los incisivos temporales intruidos, fragmentos dislocados del diente dentro de las laceraciones del labio.

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PARA LOS TRAUMATISMOS DENTALES.

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

1. ¿Cuándo ocurrió la lesión?

Fecha y hora:

2. ¿Dónde ocurrió la lesión?

(tierra, barro, piso, asfalto etc.)

3. ¿Cómo ocurrió la lesión?

4. Protección antitetánica. SI NO

5. Fecha del último refuerzo antitetánico.

6. Recibió algún tratamiento antes de asistir a este consultorio.

SI NO

¿Cuál?

7. Sufrió anteriormente algún traumatismo dentario. SI NO

8. ¿Cuándo, dientes lesionados, tratamiento recibido?

HISTORIA GENERAL.

Alergias. SI NO

 Problemas epilépticos SI NO

Tratamiento:

Problemas hemorrágicos (Hemofilia) SI NO

Alguna enfermedad sistémica o que considere usted importante
 mencionar:

El traumatismo causó alguno de los siguientes síntomas:

Desmayo SI NO

Vómito SI NO

Cefaleas SI NO

Náusea SI NO

Pérdida de la memoria SI NO

Por cuánto tiempo en minutos:

Visión doble SI NO

Convulsiones SI NO

Salida de líquido por oídos o nariz. SI NO

Puede recordar que ocurrió antes, durante y después del
 traumatismo .

SI NO

FICHA INICIAL Y DE SEGUIMIENTO.

	C 1	C2	C3	C4
COLOR DEL DIENTE				
AMARILLO				
ROJO				
GRIS				
RESTAURACIÓN CORONARIA.				
ANOTACIÓN				

DESPLAZAMIENTO (mm.)	C 1	C2	C3	C4
INTRUÍDO				
EXTRUIDO				
AVULSIÓN				
SUBLUXACIÓN.				
LUXACIÓN LATERAL				
AFLOJAMIENTO (0-3)				
CONTACTO OCLUSAL				

CONTROL.	1	2	3	4
FISTULAS				
GINGIVITIS				
BOLSAS ANORMALES				
RETRACCIÓN GINGIVAL				

CONTROL RADIOGRÁFICO:

HISTORIA CLÍNICA.



CAPITULO III
CLASIFICACIÓN.

CLASIFICACIÓN.

A través de los años los autores han dado diferentes tipos de clasificaciones para el estudio de los traumatismos dentales ya que pueden variar desde una pequeña afectación del esmalte hasta una avulsión, actualmente es casi universal el uso de la clasificación de Andreasen⁽³⁾ , que es una propuesta de la Organización Mundial de la Salud en su Catalogación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología de 1978, esta tiene la ventaja que se puede aplicar a dentición tanto primaria como permanente.

Aquí se mencionaran las clasificaciones que han sido utilizadas para los traumatismos dentales.

CLASIFICACIÓN DE ELLIS⁽¹⁷⁾

CLASE I. Fractura sencilla de la corona. Fractura simple de la corona con afectación escasa o nula de la dentina

CLASE II. Fractura extensa de la corona pero sin exposición pulpar. Fractura extensa de la corona con afectación importante de la dentina pero no de la pulpa dental.

CLASE III. Fractura extensa de la corona con exposición pulpar. Fractura extensa de la corona con exposición de la pulpa dental

CLASE IV. Pérdida de toda la corona.

CLASIFICACIÓN DE ANDREASEN⁽¹³⁾

1. TEJIDOS DENTALES DUROS Y PULPA.

1.A. Fractura de la corona. Solo esmalte; esmalte y dentina; dentina y pulpa.

1.B. Fractura de la corona y raíz. Esmalte, dentina, cemento sin exposición pulpar; esmalte , dentina cemento con exposición dental.

1.C. Fractura radicular. Dentina, cemento y pulpa.

2. TEJIDOS PERIODONTALES.

*Conmoción sin pérdida.

*Aflojamiento sin desplazamiento (subluxación)

*Aflojamiento con desplazamiento parcial (luxación extrusiva o lateral). Luxación lateral. El diente se desplaza en dirección labial, lingual, y mesiodistal. El ligamento se desgarrar , y puede haber contusión o fractura del hueso alveolar de soporte.

*Avulsión completa. El diente se desprende por completo del alvéolo. El ligamento esta cortado y pueden ocurrir fracturas alveolares.

*Raíz retenida.

3. HUESO ALVEOLAR. Fracturas del alvéolo con trituración o sin esta

CLASIFICACIÓN DE ELLIS Y DAVEY⁽⁷⁾

1° Clase. Fractura sencilla de la corona. Dentina no afectada o muy poco afectada

2° Clase. Fractura extensa de la corona, sin exposición pulpar. Afectando a considerable cantidad de dentina sin exposición de la pulpa dental

3° Clase. Fractura extensa de la corona, con exposición pulpar. Afectando a considerable cantidad de dentina con exposición de la pulpa dental.

4° Clase. Pieza traumatizada transformada en no vital con o sin pérdida de la estructura coronaria.

5° Clase. Pérdida de la pieza como resultado de traumatismo.

6° Clase. Fractura de la raíz con o sin pérdida de la estructura coronaria.

7° Clase. Desplazamiento de las piezas sin fractura de corona o raíz

8° Clase. Fractura de la corona en masa y su reemplazo.

CLASIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD⁽⁵⁾ (1969)

a) Tejidos duros y pulpa.

- * Fracturas coronarias.
- * Fracturas radiculares.
- * Fracturas combinadas corona - raíz.

b) Traumatismos del periodonto.

- * Conmociones o contusiones.
- * Desplazamiento o luxaciones.

c) Trauma de los tejidos blandos.

CLASIFICACIÓN DE ANDREASEN, COMO PROPUESTA DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN SU
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
APLICACIONES A LA ODONTOLOGÍA Y ESTOMATOLOGÍA⁽³⁾
(1978)

LESIONES DE TEJIDOS DUROS Y PULPA.

-N 873.60. Fractura incompleta (infracción). Fractura incompleta (rotura) del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

- N 873.60. Fractura no complicada de la corona. Fractura limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina , pero sin exponer la pulpa.

- N 873.62. Fractura complicada de la corona. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina y expone la pulpa.

-N 873.64. Fractura no complicada de la corona - raíz. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento, pero no expone la pulpa.

-N 873.64. Fractura complicada de la corona y de la raíz. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento y expone la pulpa.

-N 873.63. Fractura de la raíz. Fractura que afecta la dentina, al cemento y a la pulpa.

LESIONES DE TEJIDOS PERIODONTALES.

-N 873.66. Concusión. Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión.

-N. 873.66. Subluxación (aflojamiento). Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente.

-N 873.67 Luxación intrusiva (dislocación central). Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.

-N 873.67. Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial). Desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.

-N 873.66 Luxación lateral. Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Esto se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.

-N 873.68. Exarticulación (avulsión completa). Desplazamiento completo del diente fuera del alvéolo.

LESIONES DE LA ENCÍA O MUCOSA BUCAL.

-N 873.69. Laceración de la encía o mucosa oral. Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento, y generalmente causada por un objeto agudo.

-N 920.X0. Contusión de la encía o de la mucosa bucal. Golpe generalmente producido por un objeto romo y sin rompimiento de la mucosa, causando generalmente una hemorragia en la submucosa.

-N 910.00. Abrasión de la encía o de la mucosa bucal. Herida superficial producida por raspadura o desgarre de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.

LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN.

-Mandíbula N 802.20, Maxilar N 802.40. Conminución de la cavidad alveolar Compresión de la cavidad alveolar. Esta circunstancia se presenta junto con la luxación intrusiva o lateral.

-Mandíbula N. 802.20. , Maxilar N 802.40. Fractura de la pared alveolar. Fractura limitada a la pared del alvéolo vestibular o lingual.

-Mandíbula N. 802.20. Maxilar N 802.40. Fractura del proceso alveolar. Fractura del proceso alveolar que puede o no afectar la cavidad alveolar.

- Mandíbula N 802.21. Maxilar N 802.42. Fractura del Maxilar o Mandíbula. Fractura que afecta a la base de la mandíbula o de la maxila y con frecuencia al proceso alveolar, la fractura puede o no afectar la cavidad dental.

CAPITULO IV

LESIONES DE TEJIDOS DUROS Y PULPA.

FRACTURA INCOMPLETA.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.60. Fractura incompleta (rotura del esmalte) sin pérdida de sustancia dentaria⁽³⁾

En este tipo de lesión la fractura se define antes de la unión amelodentinaria o justo en ella, se pueden observar como líneas verticales, horizontales o divergentes sobre la superficie vestibular de la corona, puede ocurrir por un cambio súbito de temperatura del diente . En este tipo de fractura la energía del golpe puede ser transmitido a los tejidos periodontales o a la pulpa , lo que puede producir necrosis pulpar, de ahí la importancia de un control radiográfico, ya que esta necrosis pulpar puede ser observada radiográficamente.

Este tipo de lesiones generalmente no requieren tratamiento durante la fase aguda a menos de que el paciente tenga molestias a causa de bordes agudos que se encarnen en tejidos blandos. En estos casos el tratamiento de elección sería el alisamiento, cepillado o pulido de la estructura dental áspera o amellada y se coloca flúor o algún adhesivo comercial para la protección de la pulpa a mayores irritaciones.

El pronóstico de este tipo de lesiones es bueno. (Figura 1.)

FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA.

El número del código y definición de la clasificación Internacional de las Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N. 873.60. Fractura limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina pero sin exponer la pulpa⁽³⁾.

La frecuencia de este tipo de fracturas en dientes primarios es del 4 al 38%.

El tamaño de la fractura puede variar desde aparecer como una línea de rotura del esmalte, hasta una fractura pero sin cruzar el límite de esmalte - dentina.

Cuando esta limitado al esmalte casi siempre se presenta en el ángulo mesial o distal de la corona de los incisivos centrales superiores, se limita generalmente a un diente y pueden estar asociadas a subluxaciones o luxaciones extrusivas.

Generalmente la dentina descubierta ocasiona síntomas de sensibilidad a los cambios térmicos y a la masticación, las radiografías nos pueden ayudar a conocer el tamaño de la cavidad pulpar y el grado de desarrollo de la raíz , por medio de estas radiografías podemos descubrir fracturas de raíz o luxaciones.

El tratamiento en dientes primarios como en permanentes depende del tamaño de la fractura y las partes del diente que este afectado, en dientes primarios el mayor problema esta en lo pequeño del diente y lo amplio de las cámaras pulpares.

Cuando la fractura abarca solamente esmalte y es muy pequeña se limita únicamente al alisado de bordes cortantes y aplicación de barniz fluorado para proteger la pulpa de los irritantes externos.

Si la fractura diera lugar a perdida de contacto con el diente adyacente estaría indicada la restauración con material compuesto para mantener la integridad del arco.

Las fracturas que se extienden hacia la dentina se tratan por lo general con curaciones sedantes como hidróxido de calcio o cemento de ionómero de vidrio para evitar lesiones inflamatorias en la pulpa y poder restaurar el diente con una técnica de grabado ácido y resina compuesta, también se puede usar óxido de zinc y eugenol y colocar una corona de acero cromo .

El pronóstico para este tipo de fracturas es favorable. (Figura 2)

FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA.

El número del código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N. 873.62. Fractura que afecta el esmalte, dentina y expone a la pulpa⁽³⁾.

Los traumatismos que causan exposición de la pulpa vital en los niños constituye un desafío diagnóstico y terapéutico en la dentición primaria son raras y su tratamiento depende de la vitalidad de tejido pulpar.

TRATAMIENTOS.

* El recubrimiento pulpar directo con hidróxido de calcio, esta contraindicado en dientes primarios ya que produce frecuentemente absorción radicular interna violenta, que puede llevar a la pérdida del diente.

* La pulpotomía esta indicada en los siguientes casos.

Quando la exposición pulpar es amplia.

En pulpas no infectadas, ni degeneradas.

Quando la hemorragia es moderada.

Cuando el tiempo de exposición es de 12 a 48 horas.

Cuando la pulpa permanece vital.

El medicamento de elección en dientes primarios es el formocresol, la pulpotomía con formocresol se considera un tratamiento definitivo siempre que no surjan complicaciones en los controles sucesivos.

* Pulpectomía. Para considerar el tratamiento de una pulpectomía debe haber tres cuartas partes de la formación radicular y se tienen que instrumentar los conductos hasta 1 ó 2 mm. del ápice. Esta indicada en los siguientes casos.

Pulpa degenerada o de vitalidad dudosa.

Exposición mayor de 48 horas.

Siempre que sea posible la restauración.

El material a emplear debe de ser reabsorbible (Hidróxido de calcio - vitapex-.)

La restauración final depende de la cantidad de estructura dentaria residual, entre ellas tenemos: Corona de resina compuesta con matriz de celuloide, corona de acero inoxidable con frente de resina estético, corona de acero cromo. (Figura 3)

FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA Y DE LA RAÍZ.

El número de código y la definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N. 873.64. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento pero no expone la pulpa⁽³⁾.

La frecuencia en la dentición primaria es del 2%

En los dientes anteriores generalmente son traumatismos directos y en los dientes posteriores son traumatismos indirectos.

Los síntomas son casi siempre de dolor durante la masticación debido a la movilidad de la parte coronaria

El tratamiento para este tipo de traumatismos es el retiro de los fragmentos sueltos teniendo siempre un control radiográfico continuo teniendo un periodo de vigilancia durante un año.

(Figura 4)

FRACTURA COMPLICADA DE CORONA Y RAÍZ

El número de código y la definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N.873.64. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento y expone la pulpa⁽³⁾.

El tratamiento es extracción.(Figura5)

FRACTURA DE LA RAÍZ.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N.873.63. Fractura que afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa⁽³⁾.

La frecuencia en dentición primaria es de 2 al 4 % siendo las causas más frecuentes los traumatismos por cuerpos extraños que golpean al diente, en la dentición primaria rara vez ocurren fracturas radiculares antes de la formación completa de la raíz. Se presenta con mayor frecuencia entre los 3 ó 4 años de edad cuando la absorción fisiológica radicular ha empezado debilitando de este modo la raíz.

Clínicamente muestra ligera extrusión, frecuentemente desplazado, presenta movilidad variada dependiendo de el lugar de la fractura.

Radiográficamente es difícil detectar las fracturas cercanas al ápice debido a la superposición de los dientes permanentes.

La fractura puede producirse en cualquiera de los tres tercios pudiendo ser horizontales, verticales, con o sin desplazamiento de fragmentos.

- * Las fracturas del tercio apical es el más favorable, la mayoría conserva su vitalidad y muestra movilidad mínima. El diente incluyendo el tercio apical debe sufrir una absorción normal, es preciso mantener una vigilancia periódica clínica y radiográfica.
- * Las fracturas del tercio medio casi siempre es necesaria la extracción , para este tipo de lesión es necesario hacer el intento por desalojar la porción apical pero si esta no fuese posible es recomendable dejarla y llevar un control radiográfico esto con el fin de evitar un trauma y alterar el germen del diente permanente en desarrollo, se debe esperar su absorción fisiológica.
- * Las fracturas del tercio cervical el tratamiento de elección es la extracción ya que el pronóstico es malo, debido a la dificultad para estabilizar el segmento coronario y a causa de la facilidad de infección en el área fracturado debido a las bacterias de la fosa gingival y la saliva.

En los dientes primarios con dislocación severa del fragmento coronal debe ser removido debido a que fácilmente desarrolla necrosis pulpar.

En dientes primarios se debe evitar poner férulas pero en estos casos es necesario, en caso de movilidad muy marcada poner una férula de acrílico o alambre durante 2 ó 3 meses debido a que en este tiempo ocurre la reparación del tejido calcificado.

En cualquier tipo de fractura de este tipo debe ponerse al paciente bajo protección antibiótica profiláctica durante una semana, recomendar una dieta blanda y buena higiene de la zona lesionada. (Figura 6.)

CONCUSIÓN.

El número del código y definición de la clasificación Internacional de las Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.66. Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión⁽³⁾ .

La frecuencia en la dentición primaria es de 62 al 69%, siendo los más afectados los incisivos centrales .

Clinicamente el paciente se queja de dolor en el diente, revela una reacción marcada a la percusión en dirección horizontal y/o vertical, dolor a la presión masticatoria.

En las concusiones el impacto se transmite directamente a la pulpa que es la que recibe toda la fuerza del golpe.

Tratamiento: Generalmente este tipo de lesiones no requieren tratamiento solamente control clínico y radiográfico durante uno o dos meses, con un periodo de vigilancia de un año. Si interfiere la oclusión , se debe sacar al diente de oclusión por medio de un desgaste y se debe mantener en observación

El pronóstico para este tipo de traumatismos es bueno. (Figura 7).

SUBLUXACIÓN.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.66. Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente⁽³⁾.

El diente retiene su posición normal en el arco dentario, el diente ofrece movilidad anormal en dirección horizontal puede ser sensible a la percusión y a las fuerzas oclusales, algunas veces presenta ligera hemorragia del surco gingival indicando lesión en el tejido periodontal.

Tratamiento. No requiere tratamiento a menos de que la oclusión se encuentre alterada se tallaran ligeramente los dientes antagonistas, se recomienda una dieta suave durante 2 semanas, mantener el area traumatizada lo más limpia posible, y se hace un seguimiento clínico y radiográfico.

Si hay extrema movilidad es recomendable la extracción.

La complicación que puede ocurrir es la necrosis pulpar, en caso de ser así se debe realizar un tratamiento endodóntico precoz.

El pronóstico para este tipo de lesiones es favorable. (Figura 8.)

LUXACIÓN INTRUSIVA.

El número del código y la definición para la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.67. Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar⁽³⁾.

Es frecuente en los dientes primarios anteriores los tres primeros años de su vida.

En este tipo de traumatismos se deben someter a observación los dientes afectados, no hay que intentar su reposición después del accidente, la mayor parte de estas lesiones se producen a una edad en la que es difícil construir una férula o un dispositivo de retención para estabilizar el diente.

Los dientes anteriores primarios que sufren una intrusión pueden volver a erupcionar en un periodo de tres a cuatro semanas después del traumatismo.

Durante la fase de reerupción existe el riesgo de inflamación aguda, alrededor del diente desplazado, inflamación e hiperemia de la encía, a veces con formación de abscesos y

exudación de pus del surco gingival puede haber aumento de temperatura y dolor. En estos casos es esencial proceder a un tratamiento de antibióticos, para prevenir la propagación de la inflamación al diente permanente y extracción del diente primario, siempre que el tratamiento sea la extracción debe procurar ser únicamente con el fórceps sujetando al diente por sus superficies proximales y con las maniobras más sencillas posibles.

Otra de las posibles complicaciones puede ser la necrosis pulpar , incluso después de la nueva erupción , es posible el tratamiento de la pulpa necrótica , siempre y cuando el diente este dentro de su alvéolo y no exista absorción patológica de la raíz.

Normalmente las yemas de los incisivos permanentes en fase de desarrollo están situadas en posición lingual con respecto a las raíces de los incisivos centrales primarios. Por lo tanto, cuando se produce un desplazamiento con intrusión , el diente temporal suele permanecer en posición labial con respecto al diente permanente en desarrollo. Si el diente que ha sufrido una intrusión queda en posición lingual con respecto al diente permanente en desarrollo o bien presenta una relación de invasión con este, se debe proceder a su extracción. Esta forma de relación se puede confirmar con una radiografía lateral del segmento anterior.

Es posible que los dientes puedan incluso mantener su vitalidad y una absorción normal, siendo sustituidos en su momento por los dientes permanentes correspondientes

El periodo de control debe ser una vez por semana durante las 2 ó 3 primeras semanas, si no se llega a producir la reerupción en 6 meses hay que sospechar de una anquilosis, y el tratamiento será extraer el diente.

Periodo de vigilancia debe ser mínimo un año.(Figura 9)

LUXACIÓN EXTRUSIVA.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.67. Desplazamiento parcial del diente de su alvéolo⁽³⁾ .

Este tipo de luxaciones no son comunes en dentición primaria generalmente. La diferencia clínica más importante entre la luxación intrusiva y la luxación extrusiva es que en la última el ápice se desplaza hacia afuera de su nicho y no a través de la cavidad alveolar .

El examen radiográfico siempre revela un aumento en el espesor del espacio periodontal, debido a la hemorragia que se produce. .

Clínicamente los dientes aparecen con un aumento de la longitud de la corona, con desviación lingual de la corona, movilidad en sentido horizontal y vertical, siempre hay hemorragia en el surco gingival. El sonido a la percusión es apagado o mate.

El tratamiento consiste en la reubicación del segmento por medio de una suave presión digital, desplazando de esta manera el coágulo entre el ápice y el fondo del alveolo y se debe ferulizar durante dos o tres semanas hasta que haya inserción del

ligamento, la ferulización puede ser por medio de suturas. Aplicación de colutorios salinos tibios, suturar la encía lacerada, se debe tener control clínico y radiográfico, si la pieza se vuelve no vital se puede realizar la pulpectomía.

En los casos en los que el diente tiene demasiada movilidad o hay inflamación periapical, es recomendable la extracción. (Figura 10)

LUXACIÓN LATERAL.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.66. Desplazamiento del diente en dirección diferente a axial . Esto se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar⁽³⁾ .

La frecuencia en dientes primarios es del 69 al 62%

Los dientes se desplazan en dirección palatina o lingual con la corona y estos casos se asocian con fractura de la parte vestibular de la pared alveolar. En casos más graves, junto con la lesión pulpo-periodontal encontraremos pérdida de hueso de soporte.

Clínicamente junto con el desplazamiento coronal y la hemorragia del surco gingival existirá interferencia con la oclusión, a la percusión el sonido será metálico.

El examen radiográfico muestra un aumento en el ancho del espacio periodontal, lo cual depende de la angulación del rayo central.

El tratamiento va a ser la recolocación del diente por medio de presión digital que será la siguiente: con un dedo se hará presión en la lámina ósea vestibular, mientras que otro dedo se aplicará sobre la cara palatina del diente, generalmente se debe de oír un clic característico, se feruliza el diente durante dos o tres semanas y se debe llevar un control clínico y radiográfico, el periodo de control debe ser por lo menos de un año.(Figura 11)

En los casos de movilidad exagerada e inflamación periapical es recomendable la extracción.

La fuerza y la dirección del impacto decide el tipo de lesión con luxación. (Figura 12)

EXARTICULACIÓN.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.68. desplazamiento del diente fuera del alvéolo⁽³⁾.

La frecuencia de este tipo de lesiones en la dentición primaria es de 7 al 13% y con frecuencia los dientes más afectados son los incisivos centrales superiores.

En estos casos es muy importante el examen radiográfico ya que sabemos que una avulsión puede ser confundida con una intrusión

El tratamiento para este tipo de lesiones en la dentición primaria es la extracción debido al riesgo que pueda existir de que el diente primario interfiera con el desarrollo del diente permanente sucesor, el estado emocional del niño y las pocas posibilidades de éxito. (Figura 13)

CAPITULO V

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS.

LACERACIÓN DE LA ENCÍA O DE LA MUCOSA ORAL.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N 873.69. Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento , y generalmente causada por un objeto agudo⁽³⁾ (Figura 14.)

CONTUSIÓN DE LA ENCÍA O DE LA MUCOSA BUCAL.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N. 920. X0. Golpe generalmente producido por un objeto romo sin rompimiento de la mucosa, causando generalmente una hemorragia en la submucosa⁽³⁾ . (Figura 15.)

ABRASIÓN DE LA ENCÍA O DE LA MUCOSA BUCAL.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: N. 910.00 Abrasión de la encía o de la mucosa oral. Herida superficial producida por raspadura o desgarre de la mucosa que deja la superficie áspera y sangrante⁽³⁾ . (Figura 16)

El tratamiento para este tipo de lesiones es mantener el área limpia, en caso de ser necesaria la unión de la encía o mucosa bucal por medio de suturas se debe realizar teniendo siempre el área anestesiada, limpia y de ser posible realizar aplicación local o colutorios de clorhexidina al 1% para disminuir el riesgo de infección durante la fase de cicatrización.

Se debe evaluar la necesidad de prescribir algún antibiótico, la aplicación de hielo puede ser útil en los casos de edema.

Se debe averiguar si el niño posee protección antitetánica, en caso de no ser así es necesario que se administre lo antes posible.

Se debe realizar un examen clínico y radiográfico completo con el fin de localizar fragmentos enclavados ya que estos pueden causar infecciones agudas o crónicas y deben ser retirados.

CAPITULO VI
LESIONES DE HUESO.

CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: Mandíbula N 802.20 , maxilar N 802.40. Compresión de la cavidad alveolar. Esta circunstancia se presenta junto con la luxación intrusiva o lateral ⁽³⁾ .

El tratamiento sería aplicar anestesia local, colocación de los dientes desplazados en su lugar por medio de presión digital sobre la zona apical y parte lingual de la corona, en dentición primaria generalmente no es necesaria la ferulización, en caso de laceraciones gingivales deben ser suturadas. Se debe recomendar una dieta blanda por lo menos durante las dos semanas después del traumatismo, una área limpia.

El examen radiográfico es importante y para este tipo de lesiones es necesaria una radiografía extraoral lateral, el control radiográfico a largo plazo es importante ya que se puede presentar una absorción radicular periférica a los dientes afectados. (Figura 17.)

FRACTURA DE LA PARED ALVEOLAR.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: Mandíbula N 802.20, maxilar N 802.40 Fractura limitada a la pared del alvéolo vestibular o lingual⁽³⁾.

Ocurren frecuentemente en la región incisiva superior, generalmente son fracturas secundarias de desplazamientos traumáticos para su diagnóstico son necesarias las radiografías extraorales e intraorales.

El tratamiento incluye reducción por medio de presión digital e inmovilización del área, por medio de una férula que tendrá un periodo de 3 semanas, con la aplicación de anestesia local.

Es necesario el seguimiento clínico y radiográfico debido a que el desarrollo de la raíz de los dientes temporales se puede detener.(Figura 18.)

FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: Mandíbula N 802.20 , maxilar N 802.40 Fractura del proceso alveolar que puede o no afectar la cavidad alveolar ⁽³⁾ .

Este tipo de lesiones se diagnostica fácilmente debido a que hay un desplazamiento y movilidad del fragmento, el tratamiento consiste en la reducción de la fractura y ferulización.

Este tipo de lesiones se presentan en la dentición primaria generalmente durante los primeros años de vida. (Figura 19, 20)

FRACTURA DE LA MANDÍBULA O DEL MAXILAR.

El número de código y definición de la clasificación Internacional de Enfermedades (1978) para este tipo de lesiones es: Mandíbula N. 802.21, Maxilar N 802.42. Fractura que afecta a la base de la mandíbula o de la maxila y con frecuencia al proceso alveolar. La fractura puede o no afectar a la cavidad dental ⁽³⁾ .

Para este tipo de fracturas es recomendable para obtener un buen diagnóstico la toma de radiografías extraorales e intraorales junto con una radiografía panorámica.

El tratamiento generalmente se remite a un especialista maxilofacial ya que algunas veces hay complicaciones con inflamación. (Figura 21.)

CAPITULO VII

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES PULPARES Y PERIODONTALES.

Las complicaciones que se pueden presentar durante o después de los traumatismos orales son los siguientes:

HIPEREMIA PULPAR.

Es una reacción pulpar ante un traumatismo en el que se congestionan los capilares del diente. Esto se puede detectar por medio de la transiluminación coronal observando una zona rojiza, presentando sensibilidad a la percusión.

Esta complicación puede ser reversible y el diente puede volver a la normalidad, o puede ser intensa causando estancamiento de la sangre en los vasos del ápice pudiendo dar lugar a una necrosis pulpar por isquemia.

HEMORRAGIA PULPAR.

Es el resultado de una hiperemia en la que los vasos capilares sufren hemorragia y los pigmentos y células sanguíneas se depositan en los tubulos dentinarios dando un cambio cromático, que se detecta mediante la exploración clínica.

En algunas ocasiones la hemorragia se absorbe en pocas semanas y algunas veces se mantiene durante toda la vida del diente.

Los cambios de color que acontecen semanas o meses después del traumatismo de un tono gris generalmente se debe a una necrosis pulpar.

En la dentición primaria el cambio cromático no señala por si solo la necesidad de efectuar tratamiento pulpar o extracción dental, esta se debe aunar a signos y síntomas de necrosis pulpar como movilidad, dolor, y características radiográficas.

OBLITERACIÓN DE CONDUCTOS PULPARES.

Es una afectación degenerativa que consiste en la obstrucción de la cámara y conducto pulpar por la acumulación progresiva de dentina, es clásico el color amarillento opaco.

El 90% de los dientes primarios sufren una absorción normal por lo que no esta indicado efectuar algún tratamiento.

NECROSIS PULPAR.

En los casos en el que el diente es desplazado de su alvéolo, cuando los vasos sanguíneos se comprimen o son seccionados por lo que la circulación pulpar se destruye y necrosa la pulpa al no poder crear una circulación colateral , cuando la hiperemia es tan intensa que estrangula los vasos apicales.

Radiográficamente son evidentes las zonas periapicales radiolúcidas que indican un granuloma apareciendo mínimo a los 20 días del traumatismo, clínicamente suelen aparecer fistulas a la altura del ápice radicular del diente afectado.

El tratamiento en dentición primaria es la extracción.

ABSORCIÓN RADICULAR.

La absorción puede ser interna ó externa, así mismo la interna puede ser inflamatoria caracterizada radiográficamente por una forma de "huevo" y por sustitución caracterizada por aumento de la cámara pulpar.

La externa al igual que la interna puede ser inflamatoria y se manifiesta como zona de absorción de cemento y dentina junto, con la inflamación del ligamento periodontal adyacente, pudiendo llegar a exponer tubulos dentinarios y producir una pulpa necrótica.

El tratamiento en dentición primaria es emplear pasta absorbible como material de obturación.

La de sustitución o anquilosis se presenta en caso de traumatismos graves, clínicamente se presenta ausencia de movilidad, sonido metálico a la percusión, radiográficamente hay desaparición del ligamento periodontal y absorción radicular progresiva.

El tratamiento en la dentición primaria para los dientes anquilosados debe ser la extracción cuando causan retraso o erupción ectópica del diente permanente.

CONCLUSIÓN

CONCLUSIONES.

Los traumatismos orales en pacientes pediátricos representan un grave problema para el Cirujano Dentista ya que se requiere del conocimiento adecuado para establecer un plan de tratamiento eficaz.

Las caídas y sus efectos suelen ser muy aparatosas en los niños pequeños ya que pueden verse afectadas estructuras faciales y por lo tanto dentales.

Existen diferencias anatómicas importantes entre la dentición primaria y la dentición permanente, ya que los traumatismos pueden afectar a los dientes en sus distintas etapas de desarrollo, los tratamientos van a ser diferentes dependiendo de la edad del paciente y su condición bucal

Para la obtención de un buen diagnóstico se requiere la elaboración precisa de una historia clínica en donde se comprenda un interrogatorio eficaz, una exploración clínica y un examen radiológico confiable. Con esto se obtendrán datos que nos lleven a establecer un plan de tratamiento adecuado. Con esta historia clínica se establecerá si el paciente requiere una atención médica general y/o una atención dental. Si se hace necesaria una atención médica dada la gravedad del traumatismo, la atención dental se dejará en segundo término.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Uno de nuestros objetivos es conservar la dentición primaria íntegra en boca, ya que ésta es la guía de la dentición permanente. Sin embargo en algunos casos y como consecuencia de un traumatismo se debe realizar la extracción cuando existan procesos infecciosos en el diente primario y que afecten al germen del diente permanente.

El conocimiento de alguna de las clasificaciones propuesta por los autores así como de sus tratamientos facilitará la atención de estos pacientes ya que se contará con las opciones de tratamiento dependiendo de la gravedad, y efectos del traumatismo en cualquiera de las estructuras dentales , así como en su base ósea y en los tejidos blandos.

ANEXO DE FIGURAS.

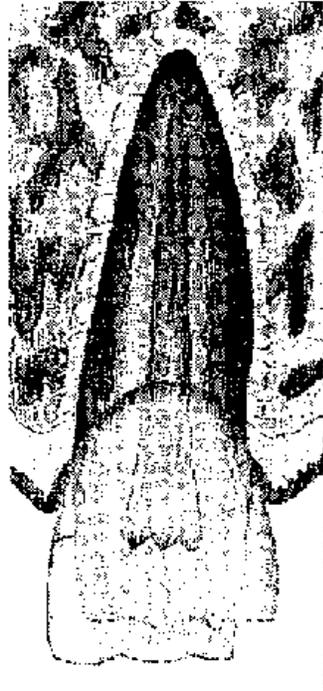


Figura 1
FRACTURA INCOMPLETA.

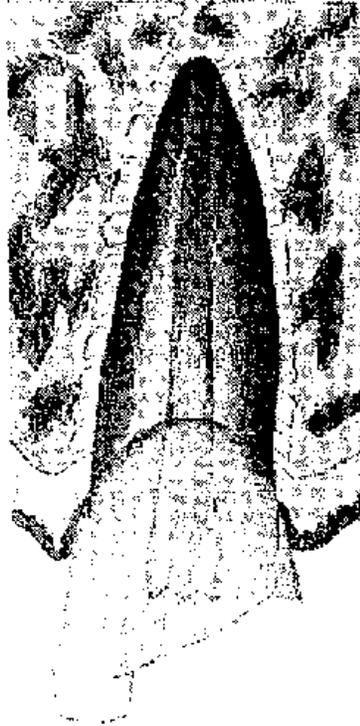


FIGURA 2
FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA



FIGURA 3

FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA



FIGURA 4

FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA Y RAÍZ.



Figura 5

FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y RAÍZ.



Figura 6
FRACTURA DE LA RAÍZ.



Figura 7
CONCUSIÓN



Figura 8
SUBLUXACIÓN.



Figura 9
LUXACIÓN INTRUSIVA.



Figura 10
LUXACIÓN EXTRUSIVA.

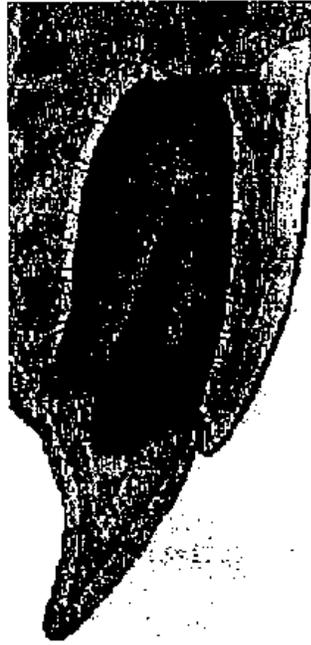


FIGURA 11
LUXACIÓN LATERAL.

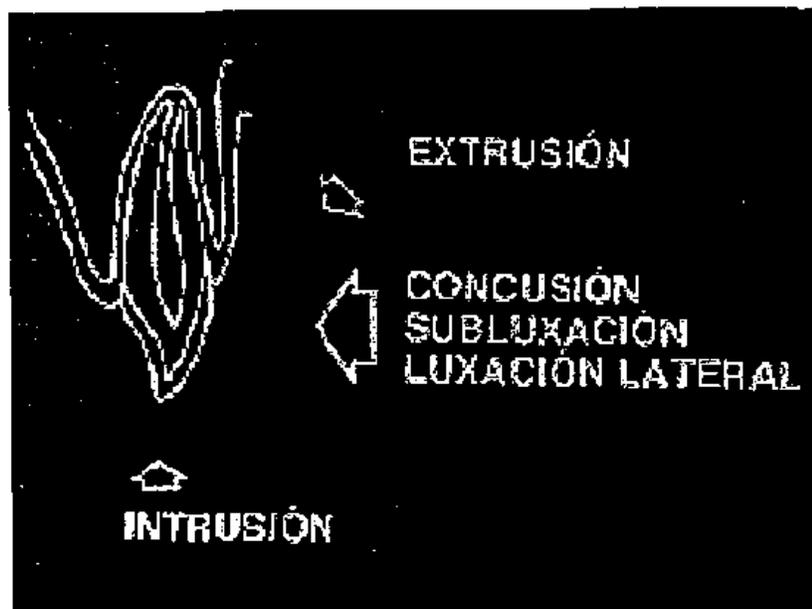


FIGURA 12
LA FUERZA Y DIRECCIÓN DETERMINA EL TIPO DE
LUXACIÓN.

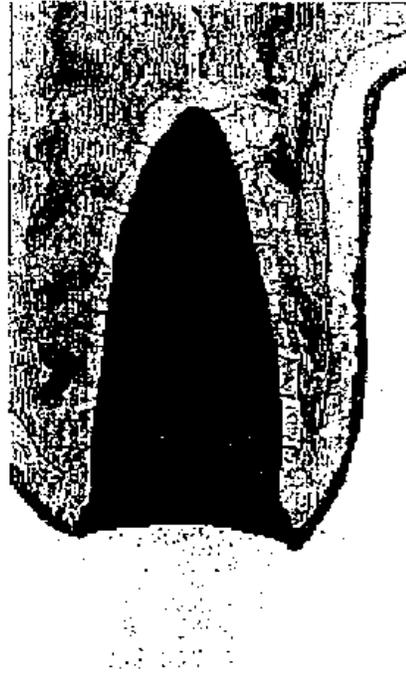


Figura 13
Exarticulación.

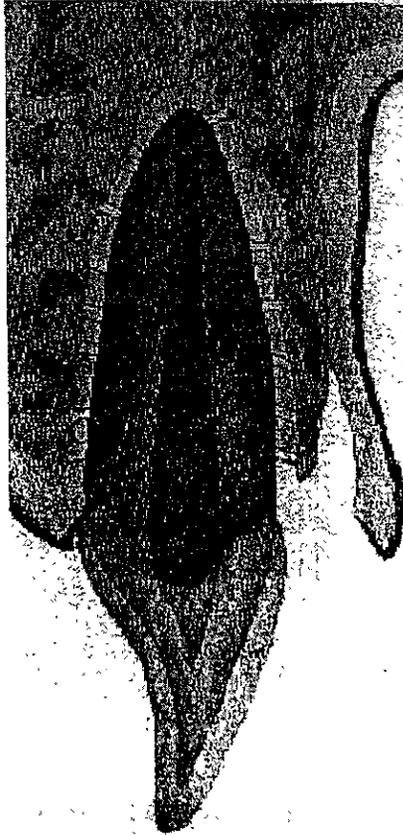


FIGURA 14.

LACERACIÓN DE LA ENCÍA.

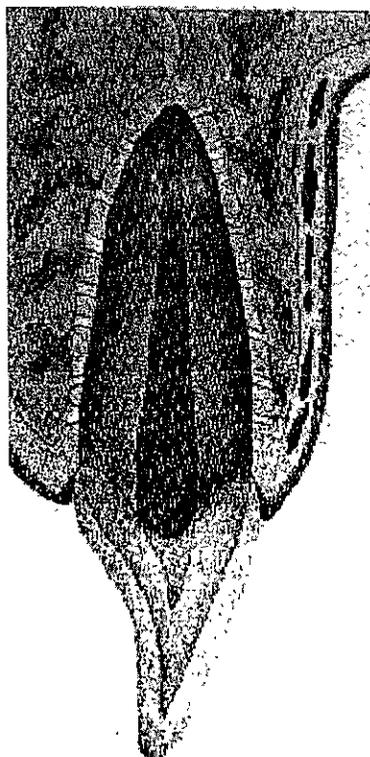


FIGURA.15
CONTUSIÓN DE LA ENCÍA.

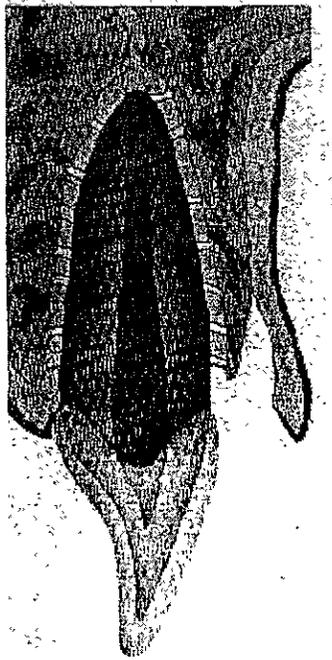


FIGURA 16.
ABRASIÓN DE LA ENCÍA.

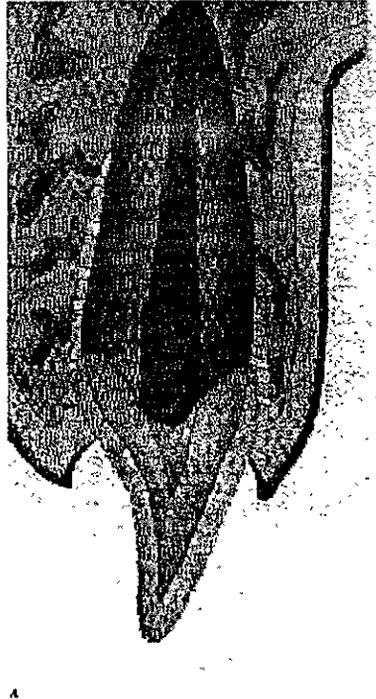


Figura 17
CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

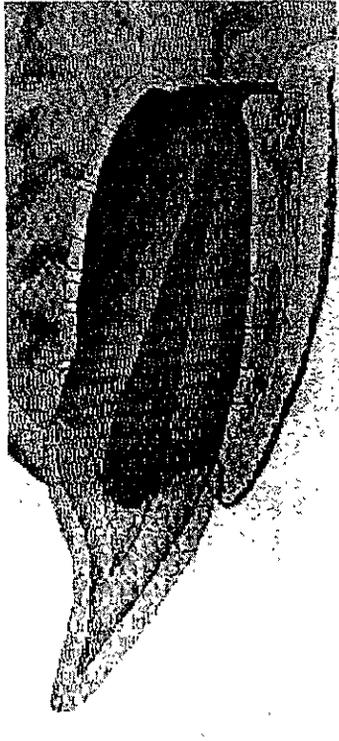


Figura 18.

FRACTURA DE LA PARED ALVEOLAR.

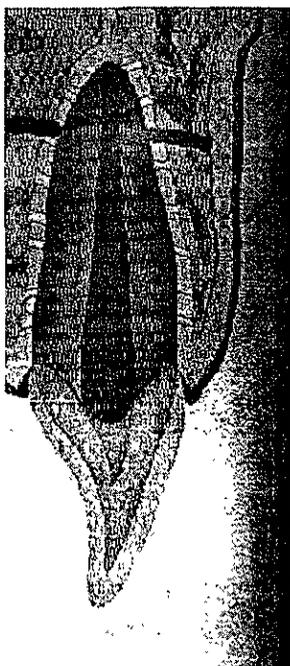


Figura 19.
FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR CON IMPLICACIÓN
DEL ALVEOLO.



Figura 20
FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR SIN IMPLICACIÓN DEL
ALVEOLO.



Figura 21

FRACTURA DE LA MANDIBULA O MAXILAR CON
IMPLICACIÓN DEL ALVEOLO.

BIBLIOGRAFÍA.

1 Alvares, Silvia/ Sergio Alvares, "Diagnóstico y tratamiento del traumatismo dental"

Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, 1997.

129 p.

2. Andreasen, Jeans O. /F, M, Andreasen . "Lesiones dentarias traumáticas"

Panamericana, 1990.

168 p.

3. Andreasen, O. "Lesiones traumáticas de los dientes."

Barcelona, Labor, 1984.

tercera edición

478p

4 Barbería, Leache, y otros "Odontopediatría"

Barcelona, Masson, 1995.

p p.269-321.

5. Catedra de Odontología Pediátrica, Universidad Central de Venezuela "Conceptos básicos de Odontología Pediátrica"

Caracas, Disinlimed C.A, 1996

p.p. 359-423.

6. Dental Abstracts "Signos bucales del abuso y abandono infantil"

Vol.4 num.3 septiembre/octubre 1996

p.p. 110-111.

7. Finn, Sidney Bernard "Odontología Pediátrica."

México, Interamericana McGraw Hill, 1976

4° edición

p.p. 199-240.

8. Fried, I./ Erickson P. "Anterior tooth trauma in the primary dentition: Incidence, clasification, treatment methods, and sequelae. a review of the literatura."

Journal of dentistry for children july-august, 1995

p.p. 256-261.

9. Galea, Hector. "An investigation of dental injuries treated in acute care General Hospital"

JADA, vol 109 septiembre 1984

p.p. 434-438.

10. Herman, S. Duterloo "Atlas de la dentición infantil, diagnóstico ortodóntico y radiología panorámica."

Gran Bretaña, Mosby-year book wolfe publishing, 1992.

p.p. 182-188 222,223

11. Johnson, Ronauld. " Descriptive classification of traumatic injuries to the teeth and supporting structures"

JADA. Vol 102; february 1981

p.p. 195-197.

12. Jones, M.L./Mourino, A.P./Bowden, T. A. "Evaluation of occlusion,trauma and dental anomalies in African-American children of Metropolitan Headsfort programs"

The Journal of Clinical Pediatric Dentistry Vol. 18,num. 1 , 1993.

p.p. 51-54.

13. Kaban, L.B. , "Cirugía bucal y maxilofacial en niños"

Interamericana McGraw Hill, 1992

p.p. 241-269.

14. Koch Göran/ Thomas Modeer/ Suen Poulsen/ Per Rasmussen. "Odontopediatría enfoque clínico"
Buenos Aires- Argentina , Médica Panamericana, 1994
p.p. 167-186.
15. Liew V. P./ Daly C.G. "Anterior dental trauma treated after-hours in New- Scastré, Australia"
Comunity dent.oral epidemiol, 1986; 14
p.p. 363-366
16. Llarena, M. E./ Loyola, J. P. "Traumatismos alveolo dentarios en niños. estudio retrospectivo en 181 casos."
ADM. XLI/6 nov-dic. 1984.
p.p. 153-155
17. McDonald, Ralph E. / David Avery "Odontología pediátrica y del adolescente"
Madrid- España Mosby doyma libros, 1995.
6° edición
p.p. 479-535.

18. Pinkham, J. R. "Odontología pediátrica"
Philadelphia- Pennsylvania, Interamericana McGraw Hill, 1994
2° edición,
p.p. 216-229 504-516.
19. Sae-Lim V./ Hon T. H./ Wing Y. K. "Traumatic dental injuries at the accident and emergency department of Singapore General Hospital"
Endod dent traumatol, 1995
p.p. 32-36.
20. Soxman J. A./ Nazif M. M./ Bouquot J. "Pulpar pathology in relation to discoloration of primary anterior teeth"
Journal of dentistry for children july-august, 1984
p.p.282-284.