

MANEJO ODONTOLÓGICO DE TRAUMATISMO EN DENTICIÓN TEMPORAL. REPORTE DE CASO

DENTAL MANAGEMENT OF TRAUMA IN PRIMARY DENTITION. CASE REPORT

María Guadalupe Beltrán-Rodríguez¹, Cristal Yurixie Díaz-Rosas^{*2}, Heraclio Reyes-Rivas²,
Jesús Alberto Luengo-Ferreira², Roxana Abigail Alemán-Torres¹.

¹Residente de la Especialidad en Odontopediatría, Universidad Autónoma de Zacatecas, México.

²Docente de la Especialidad en Odontopediatría, Universidad Autónoma de Zacatecas, México.

Correo electrónico: *dirc011333@uaz.edu.mx

Resumen

Introducción: Los traumatismos bucales son frecuentes en niños, siendo la segunda causa de urgencias dentales en México. Presentan una incidencia del 4.5%, siendo más frecuentes en hombres que en mujeres (2:1), debido al tipo de actividades de mayor riesgo que estos llevan a cabo. Su tratamiento dependerá del tipo y gravedad del traumatismo. **Objetivo:** Describir el manejo odontológico de un traumatismo dental en dentición temporal. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 6 años de edad, que acudió a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría (UAO/UAZ), por presentar traumatismo dental en el sector antero-superior, con una evolución de 2 horas. Clínicamente se observó O.D. 51 desplazado fuera de su alveolo, con soporte mucoso y movilidad; pérdida del O.D. 61; y presencia de enrojecimiento, inflamación y sangrado a nivel de los tejidos gingivales. Se diagnostica como luxación extrusiva del O.D. 51 y avulsión del O.D. 61. Como tratamiento se realiza extracción del órgano dental 51. Se realizó seguimiento a la semana y 6 semanas. **Conclusión:** es útil conocer los protocolos sugeridos para el abordaje de traumatismos en la dentición primaria, para realizar el mejor manejo, minimizando los riesgos para la dentición permanente futura, como lo fue en el presente caso.

Palabras clave: trauma bucal, salud bucal, odontopediatría, paciente pediátrico.

Abstract.

Introduction: Oral trauma is common in children, and is the second cause of dental emergencies in Mexico. It has an incidence of 4.5%, being more frequent in men than in women 2:1, due to the type of higher risk activities that they carry out. Its treatment will depend on the type and severity of the trauma. The aim of this case report is to describe the dental management of dental trauma in primary dentition. **Case presentation:** A 6-year-old male patient, who attended the Pediatric Dentistry Specialty Clinic (UAO/UAZ), due to dental trauma in the upper anterior sector, with a 2-hour evolution. Clinically, O.D. 51 was observed displaced out of its alveolus, with mucosal support and mobility; loss of O.D. 61; and the presence of redness, inflammation and bleeding at the level of the gingival tissues. Radiographically, a radiolucent image is observed around O.D. 51 showing involvement of the periodontal ligament, and another radiolucent image in the area of O.D. 61 showing complete absence of the same. A diagnosis of extrusive luxation of O.D. 51 and avulsion of O.D. 61 is made. The treatment was extraction of tooth 51. **Conclusion:** It is useful to know the suggested protocols for dealing with trauma in primary dentition, in order to achieve the best management, minimizing the risks for future permanent dentition, as was the case in this case.

Keywords: oral trauma, oral health, pediatric dentistry, pediatric patient.

Introducción

Un traumatismo dentario representa la transmisión de energía al diente y a las estructuras de soporte, que resulta en una fractura y/o desplazamiento del diente y/o separación de los tejidos de soporte (encía, ligamento periodontal y hueso). Las lesiones traumáticas dentales ocurren con frecuencia en 25% de los niños y 33% de los adultos considerando todas las lesiones traumáticas (Levin *et al.*, 2024).

Luxación Extrusiva

Es el desplazamiento del diente en dirección incisal. Por lo que el diente sobresale del alveolar y hay un aumento de la corona clínica. La vitalidad del diente puede ser tanto negativa como positiva. Durante la percusión el sonido suele ser sordo y el dolor es negativo (Dental Trauma Guide, 2024).

Algunas actividades deportivas provocan lesiones traumáticas (Tomàs-Aliberas *et al.*, 2023), otros factores predisponentes son la presencia de un overjet incisal aumentado, y si además, existe incompetencia labial, niños con un gran resalte superior (típico de la maloclusión clase II subdivisión 1) y hábitos de succión digital, debido a la protrusión que provoca en los incisivos, hay más probabilidad de sufrir un traumatismo (Soria *et al.*, 2022; Dental Trauma Guide, 2024), además de los defectos estructurales (Perez, 2018); condiciones especiales de salud como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) (CENETEC-58-2022, 2022), el maltrato infantil (Oliván Gonzalvo & Parte Serna, 2021); otros factores se asocian a pacientes con necesidades especiales o que padecen trastornos cerebrales como epilepsia, una intubación para colocar anestesia general o por la colocación de piercings en la lengua (Morón Araujo, 2022)

Se recomienda tomar una radiografía pe-

riapical (utilizando un sensor/film tamaño 0 y la técnica paralelización) o una radiografía oclusal (tamaño 2 de sensor/film) en el momento de la primera visita para realizar el diagnóstico y para establecer un punto de referencia (Levin *et al.*, 2024).

Las decisiones sobre el tratamiento se basarán en el grado de desplazamiento, movilidad, interferencia con la oclusión, formación radicular y la capacidad del niño para tolerar la situación de emergencia. El examen clínico de evolución de la situación se debe realizar después de 1 semana, 6-8 semanas y 1 año, mediante el seguimiento radiográfico, y continuar anualmente en caso de pronóstico desfavorable (Levin *et al.*, 2024).

Avulsión Dental

Se caracteriza por el desplazamiento completo del diente de su alveolo, debido a un impacto repentino como un golpe, colisión con un objeto sólido o durante una caída (Levin *et al.*, 2024).

Al igual que en la luxación extrusiva, existen factores de riesgo como el maltrato infantil, consumo de alcohol o cuerpos extraños que golpean las estructuras bucales, así como factores predisponentes como protrusión de los incisivos superiores más de 4 mm, incompetencia labial y defectos en estructuras dentales (Elías *et al.* 2016; Soria *et al.*, 2022; Pérez, 2018). Si no se encuentra el diente avulsionado, se le debe tomar al niño una radiografía periapical (utilizando un sensor/film tamaño 0 y la técnica paralelización) o una radiografía oclusal (tamaño 2 de sensor/film) para asegurar que el diente perdido no está intruido. La radiografía además proporcionará un punto de referencia para la evaluación del diente permanente en desarrollo y para determinar si ha sido desplazado (Levin *et al.*, 2024).

Los dientes primarios avulsionados no se deben implantar, se debe educar a los padres y al paciente sobre comer con cuidado para no traumatizar más a los tejidos blandos lesionados, para propiciar la curación gingival y prevenir la acumulación de placa, los padres deben limpiar la zona afectada con un cepillo suave o un bastoncillo de algodón combinado con un enjuague bucal sin alcohol de diglucanato de clorhexidina al 0,12% aplicado tópicamente dos veces al día durante 1 semana (Levin et al., 2024). El examen clínico de seguimiento es después de 6 a 8 semanas, se deberá controlar al paciente cuando tenga 6 años para monitorizar la erupción del diente permanente (Levin et al., 2024).

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 6 años 10 meses de edad, originario de Genaro Codina, Zacatecas. Su madre refiere que se encontraba jugando en la escuela, cuando se cayó y se golpeó contra el piso en dos dientes anteriores superiores y uno de ellos se cayó completamente en el sitio y el otro se encontraba móvil (imagen 1).



Imagen 1. Fotografía de frente de paciente el día que sufrió de la caída. **Imagen 2.** Los órganos traumatizados acompañados de inflamación en la encía con ausencia del incisivo central izquierdo.

A la exploración intraoral se observó el incisivo central superior (OD 51) con pérdida de soporte, desplazado de la línea del nivel incisal y movilidad dental. La encía se observa en una posición más elevada, inflamada y eritematosa, y la pérdida completa del incisivo central

superior izquierdo (Imagen 2). Además se registró destrucción dentaria en cara vestibular de OD 54, 64 y 75, éste último por vestibular y oclusal.

Radiográficamente fue posible evaluar el grado de reabsorción radicular del órgano dental traumatizado y el avance en la formación de los sucedáneos permanentes (Imagen 3).



Imagen 3. Radiografía periapical, donde se observa el diente 51 con avanzado nivel de reabsorción fisiológica. **Imagen 4.** Fotografía post-extracción del órgano dental incisivo central superior derecho.

Se diagnosticó luxación extrusiva del OD 51, Avulsión del OD 61, Caries dental en OD 54, 64 y 75 (código 5 de ICDAS, todas ellas) y abrasión en mejilla.

Se realizó la extracción del OD 51 (Imagen 4), mismo al cual se dió seguimiento clínico y radiográfico en 1 semana (Imagen 5), 6 semanas y 6 meses (Imagen 6). Se trató las lesiones cariosas con obturaciones de ionómero de vidrio en OD 54 y 64 y Cention en OD 75, y se acompañó con reforzamiento de la técnica de cepillado, profilaxis superficial y aplicación tópica de fluoruro.



Imagen 5. Una semana post traumatismo. Se observa el tejido periodontal cicatrizado, la encía se encuentra irregular, y se observa la erupción parcial de los dientes permanentes.

Imagen 6. Seguimiento a 7 meses de evolución.

Discusión

Se han reportado distintos abordajes respecto al tratamiento de dientes primarios con luxación extrusiva, apegados a las Guías clínicas de la International Association of Dental Traumatology para el manejo de lesiones dentales por traumatismos, se determinó realizar la extracción del órgano dentario debido a las características clínicas del OD. 51, que estaba próximo a exfoliarse con reabsorción radicular de más de 2/3, y movilidad dental grado 3 según la clasificación de Miller, aunado a la edad del paciente (Dental Trauma Guide, 2024)

Conclusión

Los traumatismos dentales son la segunda causa de consulta de emergencia en el consultorio dental, por lo cual es muy importante conocer los protocolos de acción, dependiendo de las características clínica de cada situación. El pronóstico del presente es favorable ya que no se vio afectado o alterado el desarrollo y/o erupción del sucesor permanente.

Referencias bibliográficas

Dental Trauma Guide. 2024 Tratamiento de los traumatismos dentarios basado en evidencia. University Hospital Copenhagen. Disponible en: <https://dentaltraumaguide.org/es/evidence-based-dental-trauma-treatment/>

Elías PMC, Arellano SC, Tello MG. 2016. "Odontología para bebés". Savia Editorial, Lima, Perú. Anomalías laringotraqueales neonatales [Internet]. Intramed.net. [citado el 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenido=105691>

Levin L, O'Connell AC, Tewari N, Mills SC, Stasiuk H, Roettger M, et al. 2024. The International Association of Dental Traumatology (IADT) and the Academy for

Sports Dentistry (ASD) guidelines for prevention of traumatic dental injuries: Part 1: General introduction. *Dental Traumatology*. 40(Suppl. 1): 1–3. <https://doi.org/10.1111/edt.12923>

Morón-Araújo M. 2022. Lesiones orales por intubación en el manejo de vías aéreas. Prevención y tratamiento. *Rev Mex Anest*. 45(4):268-274. doi:10.35366/106346.

Pérez E. 2018. Traumatismos en dentición primaria. Secuelas postraumáticas en dentición permanente [Internet]. Sevilla, España. Idus.us.es. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/77653/T.F.G.%20Secuelas%20traumas%202018%20.Esther%20Pe%CC%81rez%20de%20Mora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rueda V. 2020 Prevalencia de traumatismos dentales en escolares de 6 a 12 años de edad: indicadores de riesgos clínicos, sociodemográficos y socioeconómicos. [Internet]. UAEM. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/109586>