

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA



TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

AUTOR:

CACERES BAQUEDANO JENNIFER PAOLA

ASESOR:

Dr. C.D.CORNEJO PINTO ALBERTO

LIMA - 2017

DEDICATORIA

A Dios que siempre me da fuerzas para salir adelante.

A mi madre por su apoyo incondicional que me brinda hasta el día de hoy, por ser ejemplo de perseverancia, humildad y sacrificio.

A mis familiares por estar ahí en mis buenos y malos momentos.

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

INDICE

	PAG
1.CONCEPTO	11
1.1 TRAUMATISMO	
1.2 TRAUMATISMO DENTAL	
2.ETIOLOGÍA	
3.EVALUACIÓN HISTORIA DEL PACIENTE	12
3.1 INDAGAR DATOS DEL PACIENTE O ACCIDENTE	
3.2 EXAMEN CLÍNICO	13
3.2.1 EXAMEN EXTRAORAL	
3.2.2 EXAMEN INTRAORAL	
3.2.3.EXAMEN RADIOGRAFICO	
4. CLASIFICACIÓN	14
4.1. LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOSY DE LA PULPA	
4.1.1. FRACTURA INCOMPLETA	
4.1.2. FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA	15
4.1.3. FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA	16
4.1.4. FRACTURADE LA RAÍZ	17
4.1.5. FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA Y RAÍZ	18
4.1.6. FRACTURA COMPLICADA DE CORONA Y RAIZ	19
4.2.LESIONES DE TEJIDOS PERIODONTALES (LUXACIÓN)	21
4.2.1.CONCUSIÓN	
4.2.2.SUBLUXACIÓN	22
4.2.3. LUXACIÓN LATERAL	23
4.2.4. LUXACIÓN INTRUSIVA	
4.2.5. LUXACIÓN EXTRUSIVA	24
4.2.6 EXARTICULACIÓN (AVULSIÓN COMPLETA)	25
4.3 LESIONES DE HUESO DE SOSTEN (FRACTURA DENTOALVEOLAR)	27
4.3.1CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR MANDIBULA O MAXILAR	
4.3.2 FRACTURA DE LA PARED ALVEOLAR MAXILAR O MANDIBULAR	

4.3.3 FRACTURA PROCESO ALVEOLAR MANDIBULAR O MANDIBULA	27
4.3.4 FRACTURA MANDIBULAR O MAXILAR	
5. CONCLUSIONES	30
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS	31

INDICE DE FIGURAS Y CUADROS

FIGURA		PAG
1	LESIONES EN PIEZAS ANTEROSUPERIORES	11
2	EVALUACION DEL PACIENTE POR GOLPE EN EL MENTON	13
3	RADIOGRAFIAS PERIAPICALES, OCLUSALES, LATERALES DE PIEZAS SUPERIORES	14
4	HALLAZGOS CLINICOS DE UNA INFRACCION EN ESMALTE DEL 11. 1:CLINICAMENTE LA INFRACCION NO SE OBSERVA CON FACILIDAD . 2:UTILIZANDO UN FOCO DE LUZ PARALELO AL EJE LARGO DEL DIENTE O TRASLUMINACION CON FIBRA OPTICA SE DETECTAN.	15
5	FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA QUE ABARCA EL ANGULO Y BORDE MESIAL DEL 2.1	16
6	FRACTURAS CORONALES COMPLICADAS EN 11 Y 21 CON EVIDENCIA DE EXPOSICION PULPAR	17
7	FRACTURA DE RAIZ DE LA 11 Y 21	18
8	CONCUSIÓN	21
9	SUBLUXACIÓN	22
10	LUXACION LATERAL: DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE EN DIRECCION DIFERENTE A LA AXIAL	23
11	LUXACION INTRUSIVA:DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE AL HUESO ALVEOLAR	24
12	LUXACION EXTRUSIVA:DESPLAZAMIENTO PARCIAL DEL DIENTE A SU ALVEOLO	25
13	EXARTICULACION (AVULSION COMPLETA) DESPLAZAMIENTO COMPLETO DEL DIENTE FUERA DE SU ALVEOLO	26
14	LESIONES DEL HUESO DE SOPORTE	28
15	DISTRIBUCION DEL TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR SEGÚN SEXO	29

CUADROS		PAG
1	LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA	20
2	LESIONES DE TEJIDOS PERIODONTALES	26
3	LESIONES DE HUESO DE SOPORTE	27
TABLA		
1	DISTRIBUCIÓN DEL TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR SEGÚN SEXO HOSPITAL DEL NIÑO 2016	29

RESUMEN

El Traumatismo dentoalveolar se produce por una acción violenta en la cavidad oral, es considerado un problema estomatológico común, que debe ser tratado de urgencia y en forma inmediata por el Odontólogo. Puede afectar a diferentes personas pero mayormente se presenta en niños y adolescentes, debido a que sufren diariamente diferentes tipos de accidentes domésticos como golpes, caídas, práctica de algún deporte, etc. y muchas veces son tratados por los padres inadecuadamente.

Estas lesiones se producen mayormente en los dientes antero-superiores, lo que provoca una disminución de masticación, dicción y lo más importante en la adolescencia, las implicaciones psicológicas pueden provocar la pérdida de algunos de estos dientes.

En los traumatismos dentoalveolares se ve afectada la pulpa con el consiguiente riesgo de desarrollar una infección odontogena, propiciada por la patología que se produce a nivel pulpar y periapical. Por ello es necesario realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento programado para dientes con traumatismos requiere una serie de procedimientos terapéuticos, por lo que muchas veces debe realizarse de forma multidisciplinar. La labor del Odontólogo general es la más importante ya que tiene una doble responsabilidad, por una parte, la de planificar el tratamiento y por otra la de derivar al especialista cuando sea necesario.

Según la OMS el Traumatismo dentoalveolar comprende de tres tipos de lesiones: las lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa, como son: la fractura incompleta, fractura no complicada y complicada de la corona, fractura de raíz, fractura no complicada y complicada de corona y raíz. Luego están las lesiones de los tejidos periodontales, como son: concusión, subluxación, luxación extrusiva, intrusiva, lateral, avulsión. Finalmente las lesiones de hueso de soporte, como son: conminución del alveolo maxilar o mandibular, fractura de la pared alveolo maxilar o mandibular, proceso alveolar maxilar o mandibular, fractura maxilar o mandibular.

Palabras Claves: Traumatismo, Fractura, Concusión, Subluxación, Luxación, Avulsión

ABSTRACT

The Dentoalveolar trauma is caused by a violent action in the oral cavity, is considered a common stomatological problem, which must be treated urgently and immediately by the dentist. It can affect different people but mostly occurs in children and adolescents, due to to which suffer daily different types of domestic accidents like blows, falls, practice of some sport, etc. and are often treated inappropriately by parents.

These lesions occur mostly in the upper-anterior teeth, which causes a decrease in mastication, diction and most importantly in adolescence; the psychological implications may lead to the loss of some of these teeth.

In dentoalveolar trauma the pulp is affected with the consequent risk of developing an odontogenic infection, caused by the pulp and periapical pathology. It is therefore necessary to make an adequate diagnosis and treatment.

The scheduled treatment for traumatic teeth requires a series of therapeutic procedures, so it must often be performed in a multidisciplinary way. The work of the General Dentistry is the most important since it has a double responsibility, on the one hand, to plan the treatment and on the other hand to refer to the specialist when necessary.

According to the OMS, dentoalveolar trauma comprises three types of lesions: the lesions of the hard dental and pulp tissues, such as: incomplete fracture, incomplete fracture, uncomplicated and complicated fracture of the crown, root fracture, uncomplicated and complicated fracture of crown and root. Then there are the lesions of the periodontal tissues, such as: concussion, subluxation, extrusive, intrusive, lateral dislocation, avulsion. Finally, the lesions of support bone, such as: comminution of the maxillary or mandibular alveolus, fracture of the wall of the maxillary or mandibular alveolus, maxillary or mandibular alveolar process, maxillary or mandibular fracture.

Key Words: Trauma, Fracture, Concussion, Subluxation, Dislocation, Avulsion

INTRODUCCIÓN

El Traumatismo dentoalveolar es considerado un problema estomatológico común que debe ser tratado de urgencia y en forma inmediato por el odontólogo, puede afectar a diferentes personas pero mayormente se presenta en niños y adolescentes debido a que sufren diariamente diferentes tipos de accidentes domésticos como golpes, caídas, etc. y muchas veces son tratados por los padres inadecuadamente .

Estas lesiones se producen mayormente en los dientes antero-superiores, lo que provoca una disminución de masticación, dicción y lo más importante, en la adolescencia, las implicaciones psicológicas pueden provocar la pérdida de algunos de estos dientes.

El presente trabajo es una recopilación bibliográfica de trabajos de investigación en forma ordenada y moderna que permite dar a conocer la prevalencia, diagnóstico y tratamiento en los traumatismos dentoalveolares.

1.DEFINICIÓN

1.1. TRAUMATISMO

Es cuando existe una lesión de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, ya sea por un golpe, una torcedura u otra circunstancia.⁽¹⁾

1.2 . TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

Se producen por una acción violenta en la cavidad oral. Puede ser a raíz de diferentes situaciones como golpes, caídas o la práctica de deporte, así mismo una variedad de lesiones que pueden ir desde la fractura hasta la pérdida de uno o más dientes. más común en los niños pequeños y jóvenes debido a la mayor actividad que tienen en sus vidas.⁽¹⁾



FIGURA 1: LESIÓN EN PIEZAS ANTEROSUPERIORES⁽³⁾

2.ETIOLOGÍA

Las lesiones pueden ser la consecuencia de traumatismos directos por algún golpe del diente contra superficies más o menos duras, o indirectos por cierre violento del arco dentario inferior contra el superior.⁽²⁾

El resultado de los traumatismos directos suele ser la lesión de dientes anteriores, mientras que los indirectos favorecen la fractura de la corona y /o la raíz en premolares y molares.⁽²⁾

3. EVALUACIÓN HISTORIA DEL PACIENTE

ANAMNESIS

A. INTERROGATORIO

El interrogatorio debe ser rápido buscando información que pueda llevarnos a un dx. presuntivo, pronóstico y tratamiento.⁽³⁾

B. FILIACIÓN

DATOS PERSONALES

Preguntar la edad, nombre, genero, lugar de nacimiento, procedencia.⁽³⁾

3.1 INDAGAR DATOS DEL PACIENTE O ACUDENTE

Debe formularse una serie de preguntas que ayudaran al diagnóstico y a la planificación del tratamiento. Esas preguntas incluyen ^(2,3,4)

- ¿CUÁNDO?
- ¿DÓNDE?
- ¿CÓMO?

• ¿CUÁNDO SE PRODUJERON LAS LESIONES?

La respuesta implica el factor tiempo, que puede influir sobre la elección del tratamiento. Este factor tiempo se torna crítico en el caso de dientes avulsionados o desplazados.⁽³⁾

TRATAMIENTO ⁽³⁾

- Inmediato (primeras 6 horas)
- Tardío (después)

• ¿DÓNDE SE PRODUJERON LAS LESIONES ?

El lugar donde ocurrió el traumatismo nos puede dar una idea de si la herida está contaminada o no y de la necesidad de administrar la profilaxis antitetánica.⁽³⁾

• ¿CÓMO SE PRODUJERON LAS LESIONES?

El saber de como ocurrió ayuda en el diagnóstico, la respuesta indicará la ubicación de las posibles zonas heridas. Por ejemplo, fracturas conoradiculares en la región de premolares y molares después de impactos bajo el mentón ^(3,4)



FIGURA 2: EVALUACIÓN DEL PACIENTE POR GOLPE EN EL MENTÓN ⁽⁴⁾

3.2 EXÁMEN CLÍNICO

El examen clínico debe incluir primeramente el examen de las heridas de los tejidos blandos, poniendo énfasis en la posible presencia de cuerpos extraños incluidos en las heridas. Luego se examinan los tejidos duros en busca de infracciones (fracturas incompletas sin desplazamiento de los fragmentos; conocidas también con el nombre de fisuras⁽⁴⁾

3.2.1 EXÁMEN EXTRAORAL

Detectar fracturas de huesos faciales y presencia de cuerpos extraños y sitios de sangrado ⁽³⁾

TÉCNICAS SEMIOLÓGICAS

- Inspección
- Palpación⁽³⁾

3.2.2 EXÁMEN INTRAORAL

- Detectar tejidos blandos en busca de laceraciones
- Cuerpos extraños como fragmentos dentarios
- Además deben tomarse radiografías periapicales de diversos ángulos así como radiografías oclusales ⁽³⁾

3.2.3 EXÁMEN RADIOGRÁFICO

El mayor valor de la radiografía es que muestra una constancia del diente inmediatamente después del traumatismo, El examen de los dientes traumatizados no puede ser considerado completo sin radiografías periapicales, oclusales, laterales, si fuese necesario complementar con ortopantomografía, etc., según el caso clínico del diente afectado, de los adyacentes y de los antagonista⁽⁴⁾

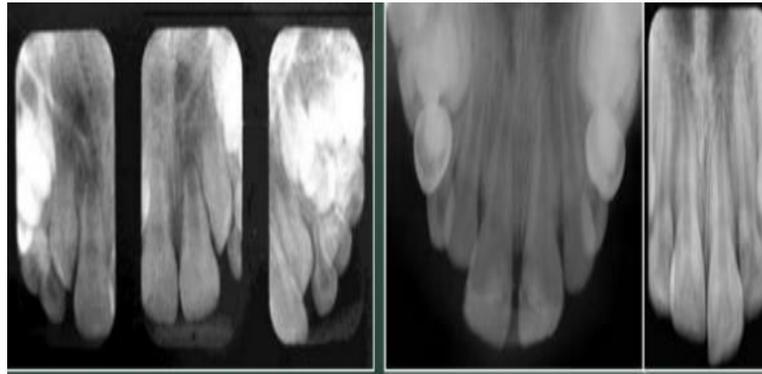


FIGURA 3: RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES, OCLUSALES, LATERALES DE PIEZAS SUPERIORES⁽⁴⁾

1. CLASIFICACIÓN DE LA OMS

- Basada en sistema adoptado por la OMS en su clasificación Internacional de Enfermedades, Aplicaciones a la Odontología y Estomatología.⁽³⁾
- Está basada en consideraciones anatómicas y terapéuticas y puede ser utilizada tanto para dentición temporal como en permanente.⁽³⁾
- Existen varias adaptaciones de diversos autores con ello buscan mejorar la aplicación clínica.⁽³⁾

La clasificación comprende^(2,3,4,5):

1. Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa
2. Lesiones de los tejidos periodontales
3. Lesiones del hueso de sostén

4.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA

4.1.1 FRACTURA INCOMPLETA (INFRACCIÓN)

Fractura incompleta (rotura) corresponde a una fisura del esmalte. Por tanto, no hay pérdida de sustancia dentaria.^(3,5)

SÍNTOMAS^(3,5)

- Ninguno

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

- Observar el tamaño de la cámara y reabsorción radicular
- Descartar lesiones concomitantes.^(3,5)

TRATAMIENTO

- Control radiográfico
- Remoción de bordes agudos del esmalte
- Restauración
- Protección con Dycal de la dentina expuesta y colocación del ionomero ⁽⁶⁾



FIGURA 4: HALLAZGOS CLÍNICOS DE UNA INFRACCIÓN EN ESMALTE DEL 11. 1:CLÍNICAMENTE LA INFRACCIÓN NO SE OBSERVA CON FACILIDAD . 2:UTILIZANDO UN FOCO DE LUZ PARALELO AL EJE LARGO DEL DIENTE O TRASLUMINACIÓN CON FIBRA OPTICA SE DETECTAN⁽⁴⁾

4.1.2 FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA

Fractura limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina, sin exposición pulpar⁽³⁾

SÍNTOMAS

- Sensibilidad a los cambios térmicos y químicos sin compromiso pulpar.
- Sensibilidad al masticar.⁽³⁾

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

- Observar proximidad cámara pulpar⁽³⁾

TRATAMIENTO

- Control radiográfico a las 6 o 8 semanas
- Remoción de bordes agudos del esmalte
- Sellamiento Tubular
- Restauración ⁽³⁾



FIGURA 5: FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA QUE ABARCA EL ANGULO Y BORDE MESIAL DEL 2.1 ⁽⁴⁾

4.1.3 FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA

Fractura que afecta a la dentina ,al cemento radicular y expone a la pulpa⁽³⁾

SINTOMAS

- Dolor espontaneo o provocado⁽³⁾

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

DIENTES TEMPORALES

- Evaluar el tamaño de la exposición pulpar
- Evaluar grado de reabsorción radicular⁽³⁾

DIENTES PERMANENTES

- Evaluar grado de formación radicular ⁽³⁾

TRATAMIENTO

- Preinscripción de analgésicos
- Evaluar tamaño ,tiempo de exposición y compromiso pulpar⁽³⁾

DIENTES TEMPORALES

- Pulpotomía o tratamiento convencional de endodoncia
- Control radiográfico cada 3 a 6 meses⁽³⁾

DIENTES PERMANENTES

- Recubrimiento pulpar directo
- Apexogénesis: según vitalidad y tiempo transcurrido
- Control radiográfico durante 5 años ^(3,5)



FIGURA 6: FRACTURAS CORONALES COMPLICADAS EN 11 Y 21 CON EVIDENCIA DE EXPOSICIÓN PULPAR ⁽⁴⁾

4.1.4 FRACTURA DE RAIZ

Fractura que afecta a la dentina ,al cemento radicular y a la pulpa⁽³⁾

SINTOMAS

- Dolor continuo
- Dolor a la masticación^(4,5)

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

DIENTES TEMPORALES

- Valorar relación del fragmento fracturado con el germen del permanente . ^(4,5)

DIENTE PERMANENTES

- valorar el nivel del área fracturada^(4,5)

TRATAMIENTO

DIENTES TEMPORALES

- Remover el fragmento coronal.
- No intentar la remoción del fragmento apical por riesgo de lesión del germen del permanente^(4,5)
- Controles para valorar el germen del permanente y su proceso de erupción^(3,4)

DIENTES PERMANENTES

- Reducir la fractura ,colocar férula rigida durante 3-4 semanas.
- si no hay sintomatología: posponer el tratamiento;control cada 2 meses
*Posibles complicaciones :necrosis pulpar, reabsorción^(3,5)

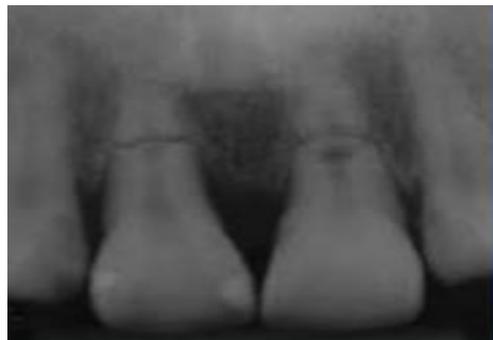


FIGURA 7:FRACTURA DE RAIZ DE LA 11 Y 21⁽⁴⁾

4.1.5 FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA Y RAIZ

Fractura que afecta el esmalte ,a la dentina ,al cemento ,pero no expone la pulpa^(3,4)

SINTOMAS

DIENTES TEMPORALES

- Dolor provocado por cambios térmicos⁽⁴⁾

DIENTES PERMANENTES

- Sensibilidad
- Dolor provocado por cambios térmicos^(3,4)

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

DIENTES TEMPORALES

- Determinar proximidad con cámara pulpar
- Evaluar el grado de reabsorción radicular
- Evaluar la relación con el diente permanente^(3,4)

DIENTES PERMANENTES

- Evaluar el grado de desarrollo radicular y tamaño de cámara pulpar⁽³⁾

TRATAMIENTO

DIENTES TEMPORALES

- Exodoncia .
- control de la erupción del diente permanente ^(3,4)

DIENTES PERMANENTES

- Retirar fragmentos sueltos.
- Si el trauma es gingival .Gingivectomia
- Recubrimiento dentinal
- sellamiento de tubulos dentinales.
- control radiográfico periódico durante 2 años. ^(3,4,5)

4.1.6 FRACTURA COMPLICADA DE CORONA Y RAIZ

Fractura que afecta al esmalte, a la dentina,al cemento y expone la pulpa^(3,4,5)

SINTOMAS

- Dolor

TRATAMIENTO

DIENTES TEMPORALES

- Exodoncia

DIENTES PERMANENTES

- Prescripción farmacológica.
- Retirar fragmentos.
- Pulpotomia o tratamiento convencional en endodoncia.
- Control radiográfico cada 6 meses durante 5 años ^(3,4,5)

Código	Lesión	Criterio
N 502.50	Infracción de esmalte	Fractura incompleta (grieta) del esmalte sin pérdida de sustancia dental.
N502. 50	Fractura de esmalte	Fractura con pérdida de sustancia dental confinada al esmalte.
N502.51	Fractura esmalte-dentina	Fractura con pérdida de sustancia dental confinada al esmalte y la dentina pero sin involucrar pulpa.
N502.52	Fractura coronal complicada	Fractura de esmalte, dentina que compromete la pulpa.
N502.54	Fractura de corona-raíz no complicada	Fractura de esmalte, dentina y cemento, exponiendo la pulpa.
N502.54	Fractura de corona- raíz complicada	Fractura involucrando esmalte, dentina, exponiendo pulpa.
N502.53	Fractura radicular	Fractura involucrando dentina, cemento, y la pulpa. Las fracturas radiculares pueden ser clasificadas de acuerdo al desplazamiento del fragmento coronal.

CUADRO 1: LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y DE LA PULPA (12)

4.2 LESIONES DE TEJIDO PERIODONTALES (LUXACIÓN)

4.2.1 CONCUSION

Lesión de estructuras de sostén del diente sin movilidad ni desplazamiento normal de una pieza con Periodontitis traumática subaguda. ^(7,8,9)

SIGNO RADIOGRAFICO

Es negativo. Puede tener manifestaciones tardías. 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 ^(5,6,9,10)

TRATAMIENTO

No hay terapia local inmediata. El alivio articular es el procedimiento aconsejable. Se puede prescribir un antiinflamatorio. En la amplia mayoría de los casos no está indicado el tratamiento del conducto radicular ,no se recomienda ferulización.(8,9)

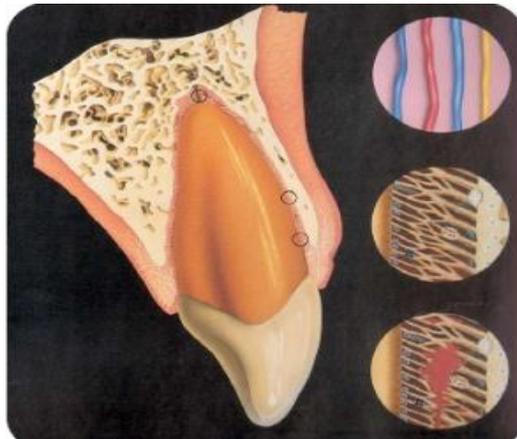


FIGURA 8: LESION DE TEJIDO PERIODONTAL:CONCUSIÓN ⁽⁴⁾

4.2.2. SUBLUXACIÓN

Es un traumatismo similar 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.

Lesión de estructuras de sostén del diente con movilidad anormal pero sin desplazamiento^(6,10)

SIGNO RADIOGRÁFICO

línea periodontal engrosada o negativo⁽²⁾

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 cuidado (7,8,)



FIGURA 9 :LESION DE TEJIDO PERIODONTAL: SUBLUXACIÓN⁽¹³⁾

4.2.3. LUXACIÓN LATERAL

Desplazamiento del diente hacia vestibular, lingual, distal o mesial, con o sin un desplazamiento asociado al ápice.⁽¹³⁾

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.^(4,10 13)



FIGURA 10: LUXACION LATERAL :DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE EN DIRECCION DIFERENTE A LA AXIAL ⁽¹³⁾

4.2.4.LUXACIÓN INTRUSIVA

Desplazamiento de la pieza hacia adentro de su alveolo ,acompañado con eliminación del hueso o fractura alveolar.^(6,13)

SIGNO RADIOGRÁFICO

Intrusión de la pieza, pérdida del espacio periodontal apical, puede o no la pieza moverse en otra dirección. La radiografía de perfil nos sirve porque la retroalveolar puede que no nos diga nada. Muchas veces se fractura la tabla vestibular^(6,13)

TRATAMIENTO

DIENTES TEMPORALES

- Valorar el grado de impactación y cercanía al germen del diente permanente ⁽²⁾

DIENTES PERMANENTES

- Si hay formación radicular inmadura ,esperar reerupción
- Monitorear vitalidad pulpár⁽²⁾

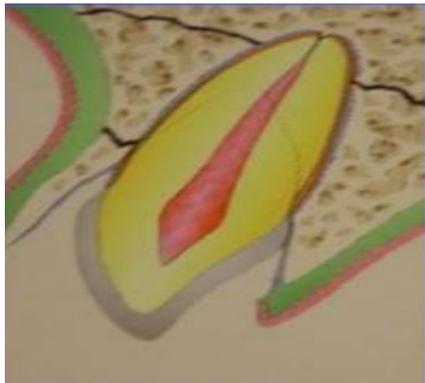


FIGURA 11: LUXACION INTRUSIVA:DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE AL HUESO ALVEOLAR⁽¹³⁾

4.2.5 LUXACIÓN EXTRUSIVA

Desplazamiento parcial del diente de su alveólo en sentido oclusal. ^(2,6)

SIGNO RADIOGRÁFICO

Espacio periodontal total engrosado. La pieza se ve extruída.

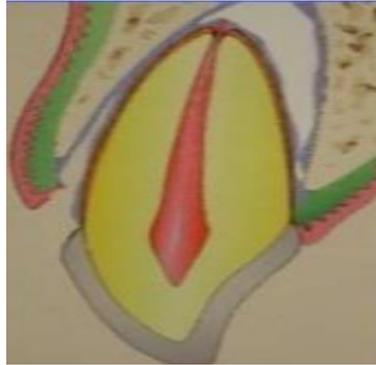


FIGURA:12 LUXACION EXTRUSIVA:DESPLAZAMIENTO PARCIAL DEL DIENTE A SU ALVEOLO⁽¹³⁾

4.2.6. EXARTICULACIÓN (AVULSIÓN COMPLETA)

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 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 reimplantación^(6,10,13)

SIGNO RADIOGRÁFICO

Ausencia de pieza. A veces puede haber fractura ósea. Debemos controlar pequeños traumatismos porque se puede producir o **enanismo radicular** o **rizálisis**⁽³⁾

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 anquile 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 ósea.^(6,10,13)



FIGURA :13 EXARTICULACION (AVULSION COMPLETA) DESPLAZAMIENTO COMPLETO DEL DIENTE FUERA DE SU ALVEOLO⁽¹³⁾

Codigo	Lesión	Criterio
N 503.20	Concusión	Lesión a las estructuras de soporte del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente, pero con marcada reacción a la percusión.
N503. 20	Subluxación	Lesión a las estructuras de soporte del diente con movilidad anormal, pero sin desplazamiento del diente.
N503.20	Luxación extrusiva	Desplazamiento parcial del diente fuera de su alveolo.
N503.20	Luxación lateral	Desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar. Está lesión es acompañada por de conminución o fractura del alveolo.
N502.21	Luxación intrusiva	Desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar. Está lesión es acompañada por conminución o fractura del alveolo.
N503.22	Avulsión	Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.

CUADRO:2 LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES⁽¹²⁾

4.3 LESIONES DE HUESO DE SOSTEN (FRACTURA DENTOALVEOLAR)

4.3.1 CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR EN LA MANDIBULA O MAXILAR

Compresión de la cavidad alveolar ,esto se presenta junto con la luxación intrusiva lateral. ^(2,4,5)

4.3.2 FRACTURA DE LA PARED ALVEOLAR MAXILAR O MANDIBULA

Fractura limitada a la pared del alveolo ^(2,4,5)

4.3.3 FRACTURA PROCESO ALVEOLAR MANDIBULAR O MAXILAR

Fractura del proceso alveolar que puede o no afectar a la cavidad alveolar^(2,4,5)

4.3.4 FRACTURA MANDIBULAR O MAXILAR

Fractura que afecta a la base de la mandibula o del maxilar y con frecuencia al proceso alveolar ,esta puede afectar la cavidad alveolar^(2,4,5)

Código	Lesión	Criterio
N 502.40	Conminución del alveolo maxilar	Aplastamiento y compresión del alveolo. Esta condición se encuentra concomitantemente con luxaciones intrusivas o laterales.
N502.60	Conminución del alveolo mandibular	
N502.40	Fractura de la pared del alveolo maxilar	Una fractura confinada a la pared facial u oral del alveolo.
N502.60	Fractura de la pared del alveolo mandibular	
N502.40	Fractura del proceso alveolar maxilar	Fractura del proceso alveolar, que puede o no involucrar el alveolo.
N502.60	Fractura del proceso alveolar mandibular	
N502.41	Fractura del maxilar	Fractura que involucra la base del maxilar o la mandíbula y generalmente el proceso alveolar (fractura maxilar/mandibular). La fractura puede o no involucrar al alveolo.
N502.61	Fractura de la mandíbula	

CUADRO 3: LESIONES DE HUESO DE SOPORTE (12)

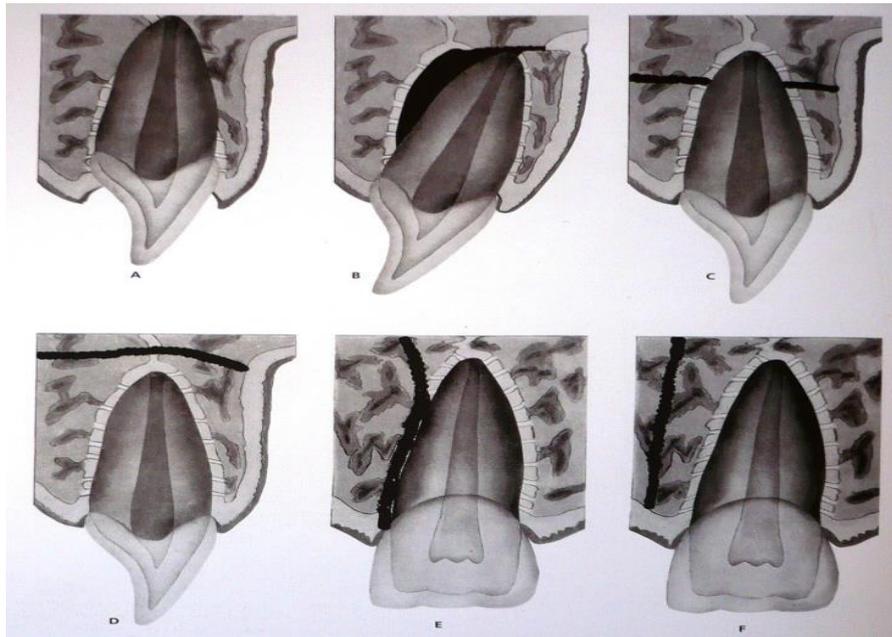


FIGURA 14: LESIONES DEL HUESO DE SOPORTE⁽¹²⁾

A. Conminuta del alveolo.

B. Fracturas de la pared alveolar labial o lingual.

C y D. Fracturas del proceso alveolar con y sin compromiso del alveolo

E y F. Fracturas de la mandíbula o maxilar ,con o sin compromiso del alveolo

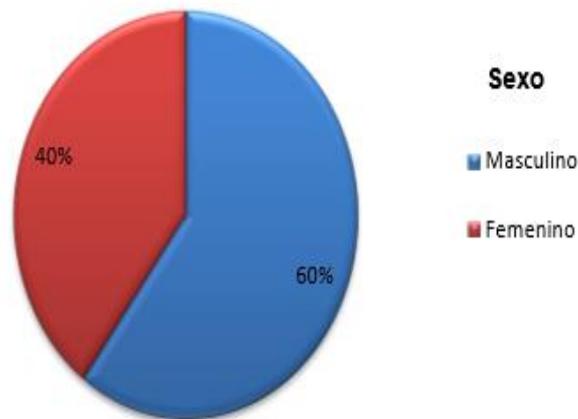


FIGURA15: DISTRIBUCIÓN DEL TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR SEGÚN SEXO (12)

Género	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Masculino	62	60.2
Femenino	41	39.8
Total	103	100.0

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DEL TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR SEGÚN SEXO .HOSPITAL DEL NIÑO 2016(12)

En la figura 14 y la tabla 1 nos muestra la distribución de los traumatismos dentoalveolares según sexo, lo cual nos dice que se presenta con mayor frecuencia en los niños los niños (60,2%) que en las niñas (39,8%). Según estudio en el hospital del niño

CONCLUSIONES

1. En los Traumatismos dentoalveolares se debe realizar un buen interrogatorio, examen clínico , Además de la interpretación radiográfica ,estas deben ser lo más minucioso a fin de no pasar por alto detalles determinantes en el diagnóstico y plan de tratamiento.
2. El traumatismo dentoalveolar afecta con mayor frecuencia a los tejidos blandos, seguido de los tejidos periodontales según la clasificación de Andreasen.
3. Los traumas más frecuentes son en el maxilar superior y en los incisivos centrales.
4. Las causas principales de los traumatismos dentoalveolares son las caídas por juegos, en bicicleta y la práctica de deportes.
5. Los más propensos a sufrir traumatismos dentoalveolares son, el sexo masculino que el sexo femenino, especialmente entre los 7 y 11 años. Esto es debido a la manera brusca que realizan en los juegos y deportes.
6. La cooperación y el entendimiento de los padres son importantes para lograr resultados óptimos, por lo que es necesario comprometerlos a realizar adecuadamente el cuidado y la limpieza de las lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Viera D.,Traumatismos Dentales.Propdental[internet]2014.
<https://www.propdental.es/blog/odontologia/traumatismos-dentales/>
2. Slideshare.Traumatismos dentoalveolares [internet] 2014.
<https://es.slideshare.net/LuisaFernandaMurillo/trauma-dentoalveola>
3. García B. , Mendoza M. , Traumatología oral en Odontopediatría . Diagnóstico y tratamiento integral. España.Editorial.Ergon. 2003
4. Andreasen J. , Adreansen F. , Lesiones Dentarias Traumáticas. España.Editorial Médica Panamericana.1990.Pag.9-103
5. Mallqui H. , Hernández A. Traumatismos dentales en dentición permanente. Rev Estomatol Herediana. 2012;22(1):pag 42-44
6. Donoso F. ,Manejo de urgencia del trauma dentoalveolar. Dental Traumatology[internet]2015;27(46):pag. 6-12
7. Traumatismos dentales en dentición permanente. - upch
www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/158/132
8. Rodriguez S. ,et. al. Rev Cubana Estomatol Traumas dentoalveolares relacionados con maloclusiones en menores de 15 años.2011;48(3). Pag 241-248
9. Hernandez E. ,Et. al. , Manejo inmediato de intrusión dental y lesión en tejidos blandos: Reporte de caso.Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):218-223.
10. Andreasen J. , Adreansen M. Lesiones Dentarias Traumáticas. España Editorial Médica Panamericana.2012
11. Campos E. ,Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño de julio a noviembre en el año 2015[tesis],2016.pag 35-66
12. Valdiviezo A. , Huaynoca N.Revista de Actualización Clínica Traumatismo dentoalveolar[internet]. 2012;
13. Donoso F. ,Manejo de urgencia del trauma dentoalveolar. Dental Traumatology[internet]2015;27(46):pag. 8-12

