

Diagnóstico y Tratamiento del Trauma Dental. Diagnosis and Treatment for Dental Trauma.

Ricardo José Díaz Brito¹, Francisco Javier La Rosa Del Castillo², Reynol García Moreiro³

RESUMEN

Debido a la incidencia de los traumatismos dentales y su repercusión en los pacientes afectados, se realizó un estudio en la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila acerca del diagnóstico y tratamiento del trauma dental en un grupo de 32 pacientes cuyas edades oscilaron entre 5 y 20 años. El grupo de edades en que ocurrió el trauma con mayor frecuencia fue en el de 5 a 10 años del sexo masculino y la porción dentaria más afectada fue la corona. Se atendieron 25 pacientes que habían sufrido trauma pasados varios días y habían sido atendidos por otros estomatólogos. La conducta que seguimos fue realizar tratamiento en correspondencia con la afección que presentaba el paciente en ese momento. Cuatro pacientes acudieron a consulta entre 6 y 24 horas y tres antes de las 6 horas, a los que se les realizó el tratamiento correcto. Todos los pacientes atendidos después de las 24 horas del trauma presentaron sintomatología dolorosa; no ocurrió así para los pacientes atendidos entre las 6 y 24 horas, que su posoperatorio fue exitoso.

Palabras Claves: TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES / terapia; TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES / diagnóstico; CORONAS; HIDROXIDO DE CALCIO / uso terapéutico.

1. Estomatólogo. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Profesor Asistente.
1. Estomatólogo. Profesor Instructor. Máster en Informática en Salud. Dr. Francisco Javier La Rosa Del Castillo
2. Médico. Especialista de Primer Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.

INTRODUCCIÓN

La génesis de la Estomatología en Cuba se enmarca en el año 1859, cuando algunos españoles trabajaban como cirujanos dentales; la educación médica superior se limitaba a una escuela de medicina en la Universidad de La Habana, los servicios estatales eran mínimos y estaban en su mayoría en manos del sector privado. Al triunfo de la Revolución los servicios estomatológicos se han ido incrementando y cada año se han trazado objetivos y directrices para cumplir el propósito de mejorar la salud bucal.¹

Durante mucho tiempo, nuestro trabajo se ha encaminado a resolver los problemas de la caries dental; con el desarrollo científicotécnico del país y la mayor actualización de nuestros profesionales, los estomatólogos se preparan para atender a los pacientes desde el punto de vista integral, incluyendo las lesiones traumáticas que pueden presentarse en el aparato estomatognático.

Las lesiones dentales son muy poco frecuentes durante el primer año de vida, pero puede ocurrir. La incidencia de las lesiones dentales llega a su máximo justo antes de la edad escolar y se produce principalmente por lesiones ocasionadas por caídas, colisiones y tropezones.^{2,3}

Las lesiones durante el segundo decenio de la vida se deben, a menudo, a la práctica de deportes. Varios estudios informaron que cada año, del 1,5 al 3,5 % de los niños que practican deportes sufren traumas³. Es por ello que las indicaciones de tratamiento endodóntico por caries han disminuido; sin embargo, las referidas a traumas han aumentado por el incremento de estas actividades deportivas en los centros escolares y vacacionales pioneriles, por lo que la educación para la salud desempeña un papel

importante desde edades tempranas en círculos infantiles, escuelas primarias y en el hogar. Mediante entrevistas, charlas y otras técnicas debemos llevar el mensaje de la importancia que tiene evitar el trauma y la necesidad de su atención y tratamiento inmediato.²

Desde el punto de vista de la traumatología resultan alarmantes las diversas formas en que se le atiende y practica en los distintos lugares del país, por lo que se hace necesario la preparación de los estomatólogos para lograr tratamientos más exitosos acordes con la evolución y desarrollo de las nuevas técnicas estomatológicas. Es por ello que el motivo de realizar nuestro trabajo no sólo es conocer las dificultades que se han presentado en el tratamiento del trauma, sino también que se haga promoción y prevención para evitar estas afecciones que se manifiestan fundamentalmente en edades tempranas y cuyas consecuencias pueden ser fatales para el diente.

Objetivos:

- Identificar los grupos de edades más propensos al trauma dental.
- Describir los tipos de lesiones más frecuentes y el período transcurrido entre el trauma y el inicio del tratamiento en cada caso.
- Relacionar el tiempo transcurrido entre el trauma y el inicio del tratamiento con el éxito del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro universo de trabajo estuvo formado por 32 pacientes que acudieron a recibir tratamiento a la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2001. De ellos, 13 correspondieron al sexo femenino y 19 al masculino. Las edades oscilaron entre 5 y 20 años. Los datos se recogieron en la historia clínica individual y se procesaron por medio de una Computadora Personal Pentium III usando el programa Excel, para conocer la posible significación estadística con la aplicación de X^2 .

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo de los pacientes, el período transcurrido entre el trauma y el comienzo del tratamiento, la evaluación del tratamiento recibido, en los casos en que llegaron a nuestra consulta con un tratamiento previo y los signos y síntomas más frecuentes en estos pacientes.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La tabla No.1 muestra la distribución de los pacientes con trauma dental según sexo y grupos de edades; el mayor porcentaje (31.2) ocurre en el grupo de 5 a 10 años del sexo masculino.

Coincidimos que la susceptibilidad a los traumatismos se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las hembras, en una relación 2:1, según *Andreasen, Find* y otros^{2,4,5} en las edades de 9 a 10 años, donde el 30 % de los traumas ocurren en dientes temporales.

Tabla No.1. Distribución de los pacientes con trauma dental según sexo y grupos de edades.

| Grupos de Edades (Años) | Sexo | | | | | |
|-------------------------|-----------|------|----------|------|-------|-----|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 5 0 10 | 10 | 31.2 | 6 | 18.7 | 16 | 50 |
| 11 0 15 | 6 | 18.7 | 3 | 9.4 | 9 | 28 |
| 16 0 20 | 5 | 15.6 | 2 | 6.2 | 7 | 22 |
| Total | 21 | 65.6 | 11 | 34.4 | 32 | 100 |

Fuente: historias clínicas.

En la tabla No.2 observamos que el mayor porcentaje de traumatismo ocurrió en la corona, específicamente la fractura complicada de corona, y la mayor cantidad de pacientes, atendidos después de las 72 horas para este mismo diagnóstico, seguido de la fractura no

complicada de corona. La fractura radicular y la avulsión sólo están representadas en pocos casos.

Estudios realizados en Japón demostraron que el período de tiempo desde que se produce el trauma hasta que estos dientes son tratados es muy importante para el éxito del tratamiento. *Gonda* y otros⁶ realizaron una investigación en 27 pacientes con dientes avulsionados y atendidos de forma correcta en las primeras 5 horas, en los cuales lograron el éxito en 19 dientes, de éstos 5 sufrieron reabsorciones radiculares. Nosotros atendimos un solo paciente con diente avulsionado, y coincidimos con lo planteado por *Yates*⁷ referente a la sintomatología y pérdida de la vitalidad en estos dientes.

En los casos que sufren avulsiones y sus dientes son reimplantados con el ápice abierto, se produce reinervación, según *Shendel*⁸, con lo cual estamos de acuerdo.

Entre las complicaciones que pudimos encontrar, 3 dientes tenían ápices con rizogénesis incompleta, que por no ser tratados correctamente se complicaron y llegaron a nuestra consulta a los varios días después inflamados y con dolor. Es por ello que debemos ser cuidadosos en este tratamiento fundamentalmente en ápices con rizogénesis incompleta. Estamos a favor de lo planteado por *Blomho*⁹ sobre los beneficios del hidróxido de calcio en la salud parodontal. En uno de los casos tratados con este medicamento se observó que a los 2 meses ya no existía área radiolúcida periapical.^{9,10}

Tabla No.2 Relación del diagnóstico y el tiempo de tratamiento.

| Diagnóstico | Tiempo de tratamiento | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| | Antes de 6 Horas | De 6 a 24 horas | Más de 72 horas |
| Fractura no complicada de corona | 0 | 2 | 4 |
| Fractura complicada de corona | 2 | 1 | 21 |
| Fractura Radicular | 0 | 1 | 0 |
| Avulsión | 1 | 0 | 0 |
| Total | 3 | 4 | 25 |

Fuente: historias clínicas.

La tabla No.3 muestra los resultados del tratamiento según el período de tiempo transcurrido entre el trauma y el inicio del tratamiento. Observamos que los peores resultados se obtienen en los pacientes tratados después de las 72 horas, con el 71,9% sintomáticos. Los pacientes atendidos antes de las 6 horas estuvieron representados por el 15,6 %, todos asintomáticos, lo mismo ocurrió con los atendidos entre las 6 y 24 horas que fue del 12,5 % y que también se mantuvieron asintomáticos.

Dehen y otros¹¹ demostraron que cuando se realiza un correcto tratamiento, el paciente se mantiene asintomático; sugiere siempre en las luxaciones utilizar férulas de fijación, y le da importancia a la recuperación de las fibras periodontales. En nuestro caso utilizamos férulas por 15 días logrando la total recuperación parodontal.¹²

Según *Crona Larsson*¹³ estas lesiones en las que se produce luxación de los dientes pueden producir reabsorciones radiculares, obliteración del canal con pérdida de la vitalidad pulpar.^{1,9}

Newton se refirió al diagnóstico y tratamiento adecuado del trauma, como lo que en realidad nos da el éxito del tratamiento, fundamentalmente en pulpa con vitalidad, utilizando la terapéutica con hidróxido de calcio.¹⁴

En todos los casos en que el trauma no es tratado adecuadamente, puede provocar serias alteraciones parodontales, que cuando se detectan pueden ser muy graves.

Consideramos que es importante una terapéutica rápida y preventiva de lesiones graves, y coincidimos con *Andreasen*² en que desde una infractura hay que alarmarse, controlar y evolucionar al paciente hasta 8 semanas, acompañado de un minucioso examen clínico y radiográfico. Si la fractura de corona no es complicada, lo más importante es alisar los bordes y proteger el compello dentino0pular. Cuando la fractura sea complicada de corona

se debe valorar el recubrimiento pulpar directo o pulpectomía en dependencia de si el diente es maduro o inmaduro. Para las fracturas corono0radiculares se aplica igualmente el tratamiento antes mencionado, pero hay que tener en cuenta la extensión de la fractura, a veces requiere de osteotomía y movimientos extrusivos. En las fracturas radiculares es importante valorar la vitalidad pulpar, ya que los distintos procesos evolutivos en la consolidación de una fractura (organización del coágulo, diferenciación celular, calcificación, etcétera) se ven favorecidos por el doble aporte vascular proveniente tanto del tejido pulpar como del ligamento periodontal.¹⁸ Además, debemos conocer en qué tercio se produjo la fractura y siempre acompañar el tratamiento con férulas por 2 meses.⁹ Aunque la mayoría de las lesiones causadas por estos traumatismos no comprometen la vida de los pacientes, por el simple hecho de ser las más visibles del cuerpo son las que pueden causar deformidades y en gran número de ocasiones trastornos psicológicos de la personalidad. Estos traumas que ocurren en edades tempranas dejan ver sus manifestaciones cuando el paciente es un adolescente preocupado por su estética, y en ocasiones es demasiado tarde para una solución del problema. Sin lugar a dudas, las premisas fundamentales para el éxito en estos casos son la atención inmediata, el diagnóstico preciso y la terapéutica indicada, ya sea en los servicios primarios de salud cuando sea factible su tratamiento o en un servicio especializado cuando las lesiones sean complicadas.

Tabla No.3 Resultados del tratamiento según periodo de tiempo.

| Tiempo del Trauma | Resultados del tratamiento | | | |
|-------------------|----------------------------|------|-------------|------|
| | Asintomático | | Sintomático | |
| | No. | % | No. | % |
| Antes de 6 h | 5 | 15.6 | 0 | 0 |
| De 6 a 24 h | 3 | 9.4 | 1 | 3.1 |
| Más de 72 h | 0 | 0 | 23 | 71.9 |
| Total | 8 | 25 | 24 | 75 |

Fuente: historias clínicas.

$$X^2 = 38,356$$

P = 0,000001 < 0,001 altamente significativa.

ABSTRACT

A study was performed at the Ciego de Avila Dental Clinic about the diagnosis and therapy of dental trauma in 32 patients with ages 5020 years old, due to the incidence of dental traumas and how they are reflected in the affected patients.

The traumas occurred most frequently on males of the age group 5010 years, and the most affected tooth segment was the crown. Twenty0five patients had been assisted who had been traumatized days before and had been assisted by other doctors. The treatment was applied according to the damage of the patient at that moment. Four patients went to the doctor`s office between 6 and 24 hours and three patients before 6 hours were up, to whom it was applied the right therapy. All of the patients assisted after 24 hours of trauma showed painful symtoms; those patients assisted from 6 to 24 hours showed a successful postoperative period.

Key words: TOOTH INJURIES /therapy, TOOTH INJURIES/diagnosis, CALCIUM HYDROXIDE, CROWNS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Miyares S, Becerra YM. Algunos aspectos de la Historia de la Estomatología en Cuba. Rev Cubana Estomatol 1989;26(3):148055.
2. Andreasen JD. Lesiones traumáticas de los dientes. Edición Revolucionaria. La Habana: Editorial Científico0Técnica, 1997:21031.

3. Mendoza MA, Solano JE. Traumatismos en la dentición temporal y permanente inmadura I. Quintessence ed. Esp.1993;6(1):28044.
4. Colectivo de autores: Temas de Ortodoncia Estomatología Infantil (I parte). Texto básico. Facultad de Estomatología, 1982.1240126.
5. Find SI, Dney. Odontología Pediátrica. La Habana: Editorial CientíficoTécnica, 1977:1990200.
6. Gonda F, et al. Replantation and Analysis of 29 Teeth. Oral Surg Oral Med. Oral Pathol 1990;70(5):65005.
7. Yates JA. Root Fracture in Permanent Teeth, a clinical review. Int Endod J. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;70(5):65005.
8. Shendel KU, et al. Reinnervation of autotransplanted Teeth. A histological investigation in monkeys. Int J Oral Maxillo Fac Surg 1990;19(4):24709.
9. Blomhof L, et al. Infection and Calcium Hydroxide Treatment, effects, periodontal healing in Hydroxide Treatment Effects. Endodontic 1990;19(1):65208.
10. Mendoza MA, Solano JE. Traumatismos en la dentición temporal y permanente inmadura II. Quintessence ed. Esp 1993;6(2):111025.
11. Dehen M, et al. Treatment of dental trauma in childhood with particular consideration of splint Therapy. Dtsch Zahnart Z 1991;46(2):14507.
12. Feldman M, Feldman G. Endodontic stabilizers. J End 1992;18(5):24508.
13. Crona Larsson G, et al. Effect of luxation injuries on permanent teeth. Endod Dent Traumatol 1991;7(5):1900206.
14. Newton CW. Trauma involving the dentition on supporting tissues. Curr Open Dent 1992;(2):1080114.
15. Cheshire PD. Integrated treatment of multiple subgingival fractures. Restorative Denti 1991;7(3):5205.
16. O'Donnell D. The prevalence of non repaired fractured incisors in visually impaired Chinese children and young adults in Hong Kong. Quintessence Int 1992;23(5):36305.
17. Diangells AJ et al. Reattaching fractured tooth segments and esthetic alternative. Jan. Dent Assoc 1992;123(8):58063.
18. Tobón CG, Vélez HF. Endodoncia simplificada. La Habana, 1981.34035.