

532

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TRAUMATOLOGIA Y SU RELACION
CON ENDODONCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARTHA PATRICIA LADRON DE GUEVARA TORRES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

I GENERALIDADES

II FRACTURAS DE LA CORONA

- 1) FRACTURA INCOMPLETA DE LA CORONA
- 2) FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA
- 3) FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA

III FRACTURAS DE LA CORONA Y LA RAIZ

- 1) FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA Y LA RAÍZ
- 2) FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y LA RAÍZ

IV FRACTURAS DE LA RAIZ

V LESIONES CON LUXACION

- 1) CONCUSIÓN
- 2) SUBLUXACIÓN (AFLOJAMIENTO)
- 3) LUXACIÓN INTRUSIVA (DISLOCACIÓN CENTRAL)
- 4) LUXACIÓN EXTRUSIVA (DESPLAZAMIENTO PERIFÉRICO, AVULSIÓN-PARCIAL)
- 5) LUXACIÓN LATERAL

VI EXARTICULACIONES O AVULSION TOTAL

VII LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN

- 1) CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR
- 2) FRACTURA DE LA PARED DE LA CAVIDAD ALVEOLAR
- 3) FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR
- 4) FRACTURA DE LA MANDIBULA O DEL MAXILAR SUPERIOR (FRACTURA MAXILAR)

VIII LESIONES DE LOS DIENTES EN DESARROLLO

- 1) DECOLORACIÓN BLANCA O AMARILLO MARRÓN DEL ESMALTE
- 2) DECOLORACIÓN BLANCA O AMARILLO MARRÓN E HIPDPLASIA CIRCULAR DEL ESMALTE
- 3) DILACERACIÓN DE LA CORONA
- 4) MALFORMACIÓN EN FORMA DE OOONTOMA
- 5) DUPLICACIÓN RADICULAR
- 6) ANGULACIÓN RADICULAR VESTIBULAR
- 7) ANGULACIÓN O DILACERACIÓN RADICULAR LATERAL
- 8) DETENCIÓN PARCIAL O COMPLETA DE LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ

9) SECUESTRO DEL GERMEN DE LOS DIENTES PERMANENTES

10) ALTERACIÓN EN LA ERUPCIÓN

IX PREVENCIÓN DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DENTARIAS Y ORALES

X CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

UNA LESIÓN TRAUMÁTICA PUEDE CREAR SITUACIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA PÚLPA DENTARIA, QUE LA DAÑEN DE MANERA IRREVERSIBLE O QUE INTERFIERAN EN SU VASCULARIZACIÓN E INERVACIÓN PROVOCANDO FATALMENTE LA NECROSIS PULPAR.

POR ÉSTO, LAS LESIONES DENTARIAS DEBEN SER CONSIDERADAS --- SIEMPRE COMO UN CASO DE EMERGENCIA, TRATÁNDOSE INMEDIATAMENTE PARA ALIVIAR EL DOLOR, FACILITAR LA SUJECIÓN DEL OIENTE DESPLAZADO Y MEJORAR EL PRONÓSTICO.

LA FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO O LABORALES MUY COMPLEJOS OBLIGAN A GUARDAR UN ORDEN DE PRIORIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

LA NORMA, EN ESTOS CASOS GRAVES, MUCHOS DE ELLOS CON SHOCK-TRAUMÁTICO, CONMOCIÓN CEREBRAL Y POLIFRACTURAS O ESTALLIDO DE ÓRGANOS ES CONOCIDA EN CUALQUIER CENTRO MÉDICO DE URGENCIA, PERO CONVIENE RECORDAR LA NECESIDAD DEL MOMENTO EN QUE DEBE INTERVENIR EL ODONTÓLOGO O EL EQUIPO DE URGENCIA MAXILO-FACIAL: CIRUJANOS, TRAUMATÓLOGOS, PERIODONTICISTAS Y ENODONTICISTAS.

I GENERALIDADES

LOS MECANISMOS EXACTOS DE LAS LESIONES DENTARIAS SON EN SU MAYORÍA DESCONOCIDOS Y NO HAY EVIDENCIA SOBRE ELLOS.

LAS LESIONES PUEDEN SER RESULTADO DE TRAUMATISMOS DIRECTOS O INDIRECTOS. EL TRAUMATISMO DIRECTO OCURRE CUANDO EL DIENTE SE GOLPEA CONTRA EL SUELO, CONTRA UNA MESA O SILLA, FAVORECIENDO A LAS LESIONES DE LA REGIÓN ANTERIOR. EL TRAUMATISMO INDIRECTO ES CUANDO EL ARCO DENTARIO INFERIOR SE CIERRA FORZADAMENTE CONTRA EL SUPERIOR, YA SEA POR UN GOLPE EN EL MENTÓN EN UNA PELEA O POR UNA CAIDA, ÉSTE FAVORECE LAS FRACTURAS DE LA CORONA O DE LA RAÍZ Y LA CORONA EN LOS PREMOLARES Y MOLARES.

UN TRAUMATISMO CUALQUIERA QUE SEA LA VIOLENCIA DEL MISMO O LA LESIÓN DENTAL QUE PRODUZCA, SIGNIFICA PARA LOS TEJIDOS DENTALES Y PERIDENTALES, UN SUCESO INESPERADO QUE SE PRODUCE EN UNA FRACCIÓN DE SEGUNDO, PROVOCANDO UNA LESIÓN MAYOR O MENOR DE LOS TEJIDOS DUROS (ESMALTE, DENTINA, CEMENTO, HUESO CORTICAL Y ESPONJOSO) Y DE LOS TEJIDOS BLANOS (ENCÍA, LIGAMENTO ALVEOLO-DENTARIO, PULPA, ETC.).

LA MAYOR PARTE DE LOS TRAUMAS DENTALES Y PULPARES SON ORIGINADOS POR ACCIDENTES DIVERSOS, LA MAYORÍA ESTÁ COMPRENDIDO EN LOS SIGUIENTES 4 GRUPOS.

1.- ACCIDENTES INFANTILES. SE DEBEN GENERALMENTE A CAÍDAS DURANTE LA INICIACIÓN DEL NIÑO EN LA VIDA DE LOCOMOCIÓN, ES DECIR, CUANDO APRENDE A CAMINAR Y CORRETEA LIBREMENTE, O POR LOS JUEGOS Y LAS TRAVESURAS PROPIAS DE SU EDAD.

2.- ACCIDENTES DEPORTIVOS. OCURRE EN LA MAYOR PARTE A SUJETOS JÓVENES O ADOLESCENTES, PRODUCIDOS EN VIOLENTAS COLISIONES CON EL SUELO, CON LOS ÚTILES DEPORTIVOS O POR UN ENCONTRO EN ENTRE LOS PROPIOS JUGADORES.

3.- ACCIDENTES LABORALES O CASEROS. ESTOS SON DE LA MÁS DIVERSA ÍNDOLE, COMO LOS PRODUCIDOS POR HERRAMIENTAS O MAQUINARIA, AL RESBALAR SOBRE EL PAVIMENTO MOJADO, ENGERADO O JABONOSO, TROPEZAR CON ALGÚN OBSTÁCULO Y SUBIR O BAJAR ESCALERAS.

4.- ACCIDENTES DE TRÁNSITO. DE GRAN AUMENTO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, Y SON PRODUCIDOS EN CHOQUES DE AUTOMÓVILES, MOTOCICLETAS BICICLETAS Y ATROPELLOS.

OTROS TIPOS DE ACCIDENTES QUE PUEDE LESIONAR AL DIENTE SON

EXCEPCIONALES, PUES LOS DE BALÍSTICA O PRODUCIDOS POR ARMAS DE FUEGO, SE PRESENTAN RARAS VECES.

LOS SIGUIENTES FACTORES PUEDEN CARACTERIZAR EL IMPACTO Y DE TERMINAR LAS LESIONES DENTARIAS SUFRIDAS.

1.- FUERZA DEL GOLPE. ESTE FACTOR INCLUYE TANTO LA MASA COMO LA VELOCIDAD, UN EJEMPLO DE ESTAS COMBINACIONES SON UNA FUERZA DE ALTA VELOCIDAD Y POCa MASA (TIRO DE ARMA DE FUEGO); O DE GRAN MASA Y VELOCIDAD MÍNIMA (GOLPEARSE EL DIENTE CONTRA EL SUELO). SE DA POR SENTADO QUE LOS GOLPES A POCa VELOCIDAD CAUSAN EL MAYOR DAÑO A LAS ESTRUCTURAS PERIODONTALES DE SOSTÉN, MIENTRAS QUE HAY MENOS FRACTURAS DEL DIENTE. EN CAMBIO, EN UN GOLPE A GRAN VELOCIDAD LAS FRACTURAS DE LA CORDNA GENERALMENTE NO VAN ACOMPAÑADAS DE DAÑO A LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN. EN ESTOS CASOS LA FUERZA DEL GOLPE SE CONCENTRA, AL PARECER, EN PRODUCIR LA FRACTURA Y NO SE TRANSMITE EN NINGÚN GRADO A LA REGIÓN DE LA RAÍZ.

2.- ELASTICIDAD DEL OBJETO QUE GOLPEA. SI UN DIENTE ES GOLPEADO CON UN OBJETO ELÁSTICO O ALMOHADILLADO, TAL COMO EL CODO DURANTE EL JUEGO, O SI EL LABIO ACTÚA COMO RECEPTOR DEL GOLPE, SE REDUCE LA PROBABILIDAD DE FRACTURA DE LA CORDNA Y SE AUMENTA EL RIESGO DE LUXACIÓN Y DE FRACTURA ALVEOLAR.

3.- FORMA DEL OBJETO QUE GOLPEA. UN GOLPE LOCALIZADO FAVORECE UNA FRACTURA LIMPIA DE LA CORONA CON UN MÍNIMO DE DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE DEBIDO A QUE LA FUERZA SE EXTIENDE RÁPIDAMENTE SOBRE UN ÁREA LIMITADA.

POR OTRO LADO UN GOLPE "OBTUSO" AUMENTA EL AREA DE RESISTENCIA A LA FUERZA EN LA REGIÓN DE LA CORONA Y PERMITE QUE EL GOLPE SEA TRANSMITIDO A LA REGIÓN APICAL, CAUSANDO UNA LUXACIÓN O UNA FRACTURA DE LA RAÍZ.

4.- ANGULO DIRECCIONAL DE LA FUERZA QUE GOLPEA. EL DIENTE PUEDE RECIBIR EL IMPACTO DESDE DIFERENTES DIRECCIONES, CON MAYOR FRECUENCIA EL TRAUMATISMO INCIDE EN EL DIENTE EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR APROXIMADAMENTE EN ÁNGULO RECTO AL EJE DE LA RAÍZ, EN ESTE CASO LAS LÍNEAS TÍPICAS DE LA HENDIDURA SE PRESENTAN APROXIMADAMENTE PERPENDICULARES ENTRE SI TANTO EN LAS FRACTURAS CORONAL-RADICULARES Y LAS FRACTURAS RADICULARES.

CON OTRAS DIRECCIONES DEL GOLPE SE PUEDEN ENCONTRAR OTRAS LÍNEAS DE FRACTURA, CUANDO SE TIENE EN CUENTA LA DIRECCIÓN Y LA

POSICIÓN DE LAS LÍNEAS CAUSADAS POR GOLPES FRONTALES, APARECEN CUATRO CATEGORÍAS DE FRACTURA.

- A) FRACTURAS HORIZONTALES DE LA CORONA.
- B) FRACTURAS HORIZONTALES EN LA ZONA CERVICAL DE LA RAÍZ.
- C) FRACTURAS OBLICUAS DE LA CORONA Y LA RAÍZ.
- D) FRACTURAS OBLICUAS DE LA RAÍZ.

5.- CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE. SE DEBE INVESTIGAR LA FECHA Y MOMENTO DEL TRAUMATISMO (MINUTOS, HORAS, DIAS), HASTA QUE EL PACIENTE ACUDE CON EL CIRUJANO DENTISTA, ESTO ES, POR EJEMPLO CUANDO HAY EXARTICULACIÓN, ENTRE MENOS SEA EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL MOMENTO DE LA LESIÓN HASTA QUE SE COLOQUE EL DIENTE-EXARTICULADO EN SU ALVEOLO HAY MENOS PROBABILIDAD DE ÉXITO.

6.- ZONA EN DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE. SE DEBE INVESTIGAR SI FUE EN UNA ZONA ASÉPTICA O SÉPTICA YA QUE NO EXISTEN LA MISMA CANTIDAD DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS EN AMBAS ZONAS Y SE DEBEN TOMAR DIFERENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR POSIBLES INFECCIONES EN LOS SIGUIENTES DIAS A LA LESIÓN.

LA REACCIÓN DE LOS TEJIDOS DENTALES Y PERIDENTALES ANTE UN TRAUMATISMO ES LA SIGUIENTE:

- 1) EL ESMALTE NO SE REGENERA, POR LO TANTO CUALQUIER LESIÓN (FISURA O FRACTURA) DEL ESMALTE SERÁ BIOLÓGICAMENTE IRREPARABLE.
- 2) LA DENTINA FORMADA O MADURA TAMPOCO SE REGENERA, PERO ANTE UNA DENTINA FISURADA O FRACTURADA, PUEDE PRODUCIRSE LA REPARACIÓN DE LA SIGUIENTE FORMA:
 - A.- POR FORMACIÓN DE DENTINA TERCIARIA O REPARATIVA, TIPO COMÚN EN LA CLASE I (FRACTURAS CORONARIAS) Y EN OCASIONES EN LA CLASE IV, CUANDO QUEDANDO LA PULPA VIVA, ÉSTA LOGRA FORMAR "UN CALLO" DE DENTINA REPARATIVA ALREDEDOR DE LA LÍNEA FRACTURARIA RADICULAR.
 - B.- POR REGENERACIÓN DEL CEMENTO, FORMANDO "UN CALLO" PERIFÉRICO ALREDEDOR DE LA LÍNEA DE FRACTURA RADICULAR.
 - C.- POR INTERPOSICIÓN ENTRE LOS FRAGMENTOS DE UNA FRACTURA RADICULAR DE TEJIDO PERIODONTAL, CONJUNTIVO DE REPARACIÓN, TEJIDO DE GRANULACIÓN E INCLUSO TEJIDO CALCIFICADO DE TIPO OSTEOIDE O METAPLÁSICO.
- 3) EL CEMENTO SE REGENERA CON FACILIDAD, ESPECIALMENTE EN AUSENCIA DE INFECCIÓN Y CON INMOVILIDAD DE LOS FRAGMENTOS, PERO TAMBIÉN PUEDE REABSORBERSE, SIENDO HASTA CIERTO PUNTO FRECUENTE UN-

PROCESO DUAL DE REABSORCIÓN Y APOSICIÓN (CEMENTARIA U ÓSEA).

4) LOS TEJIDOS EPITELIAL Y CONJUNTIVO DE LA ENCÍA, TIENEN UNA CAPACIDAD EXTRAORDINARIA DE CICATRIZACIÓN Y SE ADAPTAN CON RELATIVA FACILIDAD A LAS SITUACIONES TRAUMÁTICAS MÁS ADVERSAS.

5) EL LIGAMENTO ALVÉOLO-DENTARIO O PERIODONTO, SE REGENERA Y CICATRIZA RELATIVAMENTE BIEN, PDRÁ EVENTUALMENTE PERDER LA DIRECCIÓN DE LAS FIBRAS, PERO SU CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN ANTE SITUACIONES INESPERADAS, HACE QUE EN OCASIONES SE INVAGINE Y PENETRE EN HENDIDURAS O LÍNEAS FRACTURARIAS DEL CEMENTO Y DENTINA RADICULAR.

CUANDO SE ESFACELA O DESGARRA VIOLENTAMENTE, COMO SUCEDE -- CUANDO SE PRODUCE LA LUXACIÓN O AVULSIÓN COMPLETA DE UN DIENTE, -- PUEDE DESAPARECER DE ALGUNAS ZONAS Y PROVOCAR UNA ANQUILOSIS CEMENTO-ÓSEA.

6) EL TEJIDO ÓSEO SE REGENERA Y REPARA TAMBIÉN FÁCILMENTE Y AÚN EN LAS OCASIONES QUE HA HABIDO OSTEOLISIS Y EXISTEN GRANDES COÁGULOS DE SANGRE, PRIMERO LOS FIBROBLASTOS Y LUEGO LOS OSTEDBLASTOS PENETRAN DE MANERA CENTRÍPETA PARA INICIAR LA OSTEOGÉNESIS REPARATIVA O SIMPLEMENTE LA REGENERACIÓN ÓSEA.

EL TEJIDO ÓSEO AL IGUAL QUE EL CEMENTO, EXIGE PARA SU CICATRIZACIÓN, LA AUSENCIA DE INFECCIÓN Y LA INMOVILIDAD DE LOS FRAGMENTOS SI LOS HUBIERE.

7) LA PULPA AUNQUE POSEE UNA CAPACIDAD DE REGENERACIÓN Y REPARACIÓN EXTRAORDINARIA, NECESITA DE MANERA IMPERIOSA DE DOS REQUISITOS BÁSICOS PARA INICIAR Y COMPLETAR LA REPARACIÓN PULPAR ANTE UN TRAUMATISMO QUE LA INVOLUCRE, ELLOS SON:

A.- DEBE MANTENER INTEGRALMENTE LA VASCULARIZACIÓN Y A SER POSIBLE LA INERVACIÓN APICAL, DE LAS QUE DEPENDE TODO SU METABOLISMO, SU DEFENSA Y SU PROPIA VIDA. CUALQUIER LESIÓN TRAUMÁTICA QUE CORTE, DETENGA O INTERFIERA LOS VASDS Y NERVIOS APICALES, QUE NUN TREN E INERVAN A LA PULPA, SERÁ FATAL PARA LA MISMA Y PROVOCARÁN EN UN LAPSO CORTO O LARGO LA NECROBIOSIS O LA NECROSIS PULPAR, SIENDO AXIOMÁTICO QUE AL MISMO TIEMPO LA INHIBIRÁ DE LA REPARACIÓN POR HACER. AÚN EN LESIONES PEQUEÑAS, SI PEQUEÑOS TROMBOS, COÁGULOS O LESIONES CAPILARES, INTERFIEREN LA CIRCULACIÓN DE RETORNO, LA PULPA PASARÁ POR UNA SITUACIÓN PRECARIA, QUE RARA VEZES REVERSIBLE.

B.- LA CAPACIDAD PULPAR DE DEFENSA ESTRIBA EN SU FACILIDAD DE --

DENTINIFICARSE, EN DIFERENCIAR CÉLULAS CON CARÁCTER DE URGENCIA, TANTO EN LA PARTE PERIFÉRICA COMO EN CUALQUIER OTRA, DOTADAS DE UNA EXTRAORDINARIA CAPACIDAD EN FORMAR DENTINA ATUBULAR, AMORFA O METAPLASIA CALCIFICADA, CON LA CUAL PODRÁ CICATRIZAR LA LESIÓN QUE SEA. PERO SI PARA DEFENDERSE SE INFLAMA Y LLEGA A PRODUCIR EXUDADOS Y A DESCOMBRAR PRODUCTOS DE DESECHO (NECROSIS PARCIAL, DE PRONÓSTICO NO TRATABLE O IRREVERSIBLE), INEVITABLEMENTE CLAUDICARÁ Y LA NECROSIS SERÁ LA META FINAL. POR ELLO ES ESTRICTAMENTE NECESARIO QUE LA PULPA NO SE INFECTE, PARA QUE PUEDA REPARARSE.

SI SE CONSIDERAN LAS REACCIONES DISTINTAS DE CADA TEJIDO, SE PUEDEN DEDUCIR DE QUE RECURSOS BIOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS PODRÁ DISPONER EL PROFESIONAL PARA ELABORAR UN PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL EN LOS TRAUMATISMOS DENTALES Y PERIDENTALES.

LOS RECURSOS BIOLÓGICOS SERÍAN:

- 1.- MANTENER LA VITALIDAD PULPAR, ESTIMULANDO ASÍ LA DENTINIFICACIÓN.
- 2.- ESTIMULAR LAS DEFENSAS ANTIINFECCIOSAS.
- 3.- FACILITAR LA COAPTACIÓN DE LOS BORDES DE LAS HERIDAS Y DE LOS FRAGMENTOS ÓSEOS O DENTARIOS.

LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS PODRÍAN SER:

- 1.- PROTECCIÓN INDIRECTA Y DIRECTA PULPAR, PARA MANTENER LA VITALIDAD Y ESTIMULAR LA DENTINIFICACIÓN. EN CASO NECESARIO (IRREVERSIBLE) CONDUCTOTERAPIA.
- 2.- TERAPÉUTICA ANTIINFECCIOSA: ANTIBIÓTICOS POR VÍA LOCAL O GENERAL.
- 3.- SUTURA DE HERIDAS, APLICACIÓN DE FERULIZACIÓN PARA INMOVILIZAR FRAGMENTOS O DIENTES, CEMENTO QUIRÚRGICO, ETC.

LA SEMIOLOGÍA NUNCA DEBERÁ SER PRECIPITADA, AÚN EN LOS CASOS URGENTES, Y EL DIAGNÓSTICO SERÁ LO MÁS PRECISO POSIBLE, PARA EVITAR QUE PUEDA PASAR DESAPERCIBIDA ALGUNA LESIÓN SECUNDARIA, PERO CONCOMITANTE CON LA PRINCIPAL O CARDINAL.

HISTORIA CLINICA

I

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
 DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____
 LUGAR DE ORIGEN _____
 LUGAR DE RESIDENCIA _____
 OCUPACIÓN _____

II

ANTECEDENTES PERSONALES
NO PATOLOGICOS

HÁBITOS (TABACO, ALCOHOL, MEDICAMENTOS) _____
 HIGIENE PERSONAL _____
 HABITACIÓN (CALIDAD Y CANTIDAD) _____

III

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA _____
 ENFERMEDADES INFECCIOSAS _____
 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS _____
 ALERGIAS A MEDICAMENTOS Ó ALIMENTOS _____
 ULTIMO EXAMEN MÉDICO _____
 PADECIMIENTO ACTUAL _____
 TERAPIA _____
 PRESIÓN ARTERIAL _____ PULSO _____
 TEMPERATURA _____

IV

ANTECEDENTES PERSONALES
HEREDITARIOS

ENFERMEDADES HEREDITARIAS _____
MALFORMACIONES CONGÉNITAS _____

V

INTERROGATORIO POR
APARATOS Y SISTEMAS

APARATO CARDIOVASCULAR _____
APARATO RESPIRATORIO _____
APARATO DIGESTIVO _____
APARATO GENITOURINARIO _____
SISTEMA NERVIOSO _____

ESTADO BUCAL
DEL
PACIENTE

MOTIVO DE LA CONSULTA _____
 EMERGENCIA _____
 REVISIÓN PERIÓDICA _____
 PACIENTE REMITIDO _____
 REVISIÓN A SOLICITUD DEL PACIENTE _____
 ESTÉTICA _____
 TRATAMIENTOS INCONCLUSOS _____
 OTROS _____

HIGIENE BUCAL QUE PRACTICA _____
 LABIOS _____ MUCOSA BUCAL _____
 GLÁNDULAS SALIVALES _____ PALADAR _____

INSPECCION DE TEJIDOS
BLANDOS

INFLAMACIÓN DEL MÁRGEN GINGIVAL _____
 DENTRITIS ALIMENTICIO _____
 TÁRTARO DENTARIO _____ REGIÓN CÉCIL _____
 BOLSA PARODONTAL _____ AUMENTO DE VOLUMEN _____
 FÍSTULA _____ CAMBIOS DE COLORACIÓN _____

LOCALIZACION DE PROCESOS
CARIOSOS

OCLUSAL _____ GINGIVAL _____
 INTERPROXIMAL _____ INFRAGINGIVAL _____

RESTAURACIONES

PÉRDIDA DE RESTAURACIÓN _____
 DESAJUSTE _____

EXUDADO

PURULENTO _____ CEROSO _____ HEMORRÁGICO _____

EXPOSICION PULPAR

INTEGRA _____
 PARCIALMENTE DESTRUIDA _____
 HIPERTRÓFICA _____
 DEGENERADA _____

MOVILIDAD DENTAL

GRADO _____

PERCUSION DENTAL

HORIZONTAL _____ VERTICAL _____
 SONIDO GRAVE _____ SONIDO AGUDO _____

TRANSILUMINACION

EXAMEN RADIOGRAFICO

CORDNA Y RAÍZ.
 ZONAS CARIDSAS _____
 RESTAURACIONES _____
 FRACTURAS _____

CÁMARA PULPAR.
 NORMAL _____ AMPLIA _____ ESTRECHA _____
 ZONA PERI-RADICULAR _____
 PERIODDNTO NORMAL _____ ÈNSANCHADO _____
 REABSORCIÓN _____
 CEMENTOSIS _____
 OSTEOSCLORISIS _____
 RAREFACCIÓN CIRCUNSCRITA _____
 RAREFACCIÓN DIFUSA _____

CONDUCTO RADICULAR.

| | | |
|----------------|-------------------|-----|
| NORMAL _____ | No. DE CONDUCTOS. | |
| AMPLIO _____ | (1) | (2) |
| ESTRECHO _____ | (3) | (4) |

OBTURADO _____

CONDUCTO LATERAL_

MORFOLOGÍA:

RECTO _____ FUSIONADO _____

CURVO _____ BIFURCADO _____

ANOTACIONES _____

DIAGNÓSTICO _____

PRONÓSTICO _____

PLAN DE TRATAMIENTO _____

II FRACTURAS DE LA CORONA

LAS FRACTURAS DE LA CORONA INCLUYEN DEL 26 AL 76% DE LOS -- TRAUMATISMOS DENTALES DURANTE LA DENTICIÓN SECUNDARIA, MIENTRAS-- QUE DURANTE LA DENTICIÓN PRIMARIA LA FRECUENCIA ES SÓLO DEL 4 AL 38%.

1) FRACTURA INCOMPLETA DE LA CORONA. ES LA FRACTURA INCOM-- PLETA (INFRACCIÓN) DEL ESMALTE SIN PÉRDIDA DE LA SUBSTANCIA DEN-- TAL.



FRACTURA DE LA CORONA

SON MUY COMUNES PERD CON FRECUENCIA DESCUIDADAS, ESTAS FRACTURAS APARECEN COMO LÍNEAS DE ROTURA EN EL ESMALTE Y NO CRUZAN -- EL LÍMITE ESMALTE-DENTINA, SON CAUSADAS POR GOLPES DIRECTOS EN -- EL ESMALTE, SE DAN VARIOS TIPOS DE LÍNEAS DE ROTURA SEGÚN LA DI-- RECCIÓN Y LOCALIZACIÓN DEL TRAUMATISMO, LÍNEAS HORIZONTALES, VER-- TICALES O DIVERGENTES.

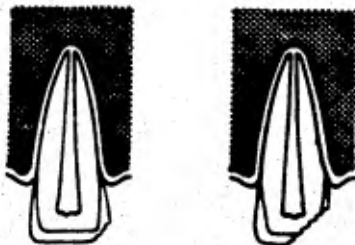
LA DETECCIÓN DE ESTAS LÍNEAS SE FACILITA DIRIGIENDO UNA --- FUENTE DE LUZ PARALELAMENTE AL EJE VERTICAL DEL DIENTE, LAS ROTU-- RAS PUEDEN SER LA ÚNICA DEMOSTRACIÓN DEL TRAUMATISMO O PUEDE HA-- BER OTROS TIPOS DE LESIONES, POR ESTO SE PUEDE SOSPECHAR QUE --- EXISTAN TRAUMATISMOS CONCOMITANTES Y ESPECIALMENTE LUXACIONES.

EN CORTES HISTOLÓGICOS APARECEN COMO LÍNEAS DE FRACTURAS PA-- RALELAS A LA DIRECCIÓN DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE QUE ACABAN EN-- LA UNIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE.

ESTAS LESIONES NO REQUIEREN TRATAMIENTO, SIN EMBARGO DEBIDO A LAS FRECUENTES LESIONES CONCOMITANTES DE LAS ESTRUCTURAS DE -- SOSTEN, SE DEBEN EFECTUAR PRUEBAS DE VITALIDAD A FIN DE DESCUBRIR SI SE HA AFECTADO LA PULPA.

2) FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA. ES UNA FRACTURA QUE SE LIMITA AL ESMALTE O AFECTA TAMBIÉN AL ESMALTE Y A LA DENTINA--

PERO NO A LA PULPA.



FRACTURAS NO COMPLICADAS DE LA CORONA CON Y SIN IMPLICACION DE LA DENTINA.

CUANDO ESTÁ AFECTANDO AL ESMALTE CASI SIEMPRE SE PRESENTAN EN EL ÁNGULO MESIAL O DISTAL DE LA CORONA, PERO EN OCASIONES, EL LÓBULO CENTRAL DEL BORDE INCISAL ES EL ÚNICO AFECTADO.

LAS FRACTURAS DEL ESMALTE Y LA DENTINA SIN EXPOSICIÓN PULPAR SE PRESENTAN CON MÁS FRECUENCIA QUE LAS FRACTURAS CORONARIAS COMPLICADAS EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA, MIENTRAS QUE LA FRECUENCIA DE LAS FRACTURAS CORONARIAS NO COMPLICADAS Y COMPLICADAS EN LA DENTICIÓN PRIMARIA ES CASI IDÉNTICA.

LAS FRACTURAS CORONALES SE LIMITAN GENERALMENTE A UN SÓLO DIENTE Y PUEDEN ESTAR ASOCIADAS CON LESIONES CONCURRENTES COMO SUBLUXACIONES Y LUXACIONES EXTRUSIVAS, ESTAS FRACTURAS AFECTAN GENERALMENTE A LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES Y CON PREFERENCIA LOS ÁNGULOS MESALES.

LA FRACTURA PUEDE SER HORIZONTAL PERO CON FRECUENCIA SE ENCUENTRAN EXTENSIONES HACIA EL ÁNGULO MESIAL O DISTAL, EN CASOS EXCEPCIONALES LA FRACTURA PUEDE AFECTAR TODO EL ESMALTE VESTIBULAR O LINGUAL.

LA DENTINA DESCUBIERTA GENERALMENTE OCASIONA SÍNTOMAS DE SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS TÉRMICOS Y EN LA MASTICACIÓN, ÉSTOS SON HASTA CIERTO PUNTO PROPORCIONALES AL GRADO DE DESCUBRIMIENTO DE LA DENTINA.

LAS FRACTURAS NO COMPLICADAS PUEDEN DEJAR EXPUESTOS MAYOR NÚMERO DE CANALÍCULOS DENTINALES Y ÉSTOS CONSTITUYEN UN CAMINO PARA ATAQUES EXTERNOS COMO BACTERIAS E IRRITANTES TÉRMICOS Y QUÍMICOS QUE PUEDEN PROVOCAR INFLAMACIÓN DE LA PULPA.

EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE LAS FRACTURAS QUE AFECTAN AL ESMALTE SE DEBE LIMITAR A PULIR LOS BORDES AGUOSOS DEL ESMALTE PARA PREVENIR LAS LACERACIONES EN LA LENGUA Y LOS LABIOS.

EL PRONÓSTICO SE PUEDE CONSIDERAR FAVORABLE RESPECTO A LA CONSERVACIÓN DE LA VITALIDAD PULPAR.

EN LAS FRACTURAS NO COMPLICADAS DE LA CORONA CON EXPOSICIÓN DE LA DENTINA, LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS SE DEBEN DIRIGIR A LA PROTECCIÓN DE LA DENTINA PARA PERMITIR A LA PULPA CREAR UNA BARRERA PROTECTORA DE NUEVA DENTINA.

PARA PROTEGER LA PULPA SE DEBE APLICAR A LA DENTINA EXPUESTA UN APÓSITO DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, ESTA TÉCNICA REQUIERE LA CONSTRUCCIÓN DE UNA CORONA TEMPORAL PARA RETENER EL MATERIAL RECUBRIDOR.

EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS NO COMPLICADAS EN DIENTES PRIMARIOS ES CASI SIEMPRE UN DESGASTE DE LOS BORDES PUNTIAGUDOS DE ESMALTE, CUANDO ES MUY EXTENSA LA PÉRDIDA DE SUBSTANCIA DENTARIA SE HA RECOMENDADO EL USO DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE Y DE RESTAURACIONES CON PINS.

3) FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA. FRACTURA QUE AFECTA AL ESMALTE, LA DENTINA Y LA PULPA.



FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA

GENERALMENTE PRESENTAN UNA LIGERA HEMORRAGIA CAPILAR EN LA PARTE DESCUBIERTA DE LA PULPA, CUANDO SE HA RETRASADO DÍAS O SEMANAS EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PUEDE HABER PROLIFERACIÓN DEL TEJIDO PULPAR, DEBIDO A LA FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN O CAMBIOS DESTRUCTIVOS EN LA PULPA, COMO FORMACIÓN DE ABSCESOS O NECROSIS.

EL TRATAMIENTO DE ESTAS FRACTURAS COMPRENDE TANTO LA PROTECCIÓN PULPAR, LA PULPOTOMÍA O LA PULPECTOMÍA PARCIAL.

A.- EL OBJETO DE LA PROTECCIÓN PULPAR ES PRESERVAR LA INTEGRIDAD DEL TEJIDO DE LA PULPA E INICIAR LA APOSICIÓN DE NUEVA DENTINA PARA DEFENDER LA EXPOSICIÓN.

LAS INDICACIONES PARA LA PROTECCIÓN PULPAR SON LAS SIGUIENTES:

- A) ESTÁ INDICADA EN LOS CASOS EN QUE LA EXPOSICIÓN PULPAR SE LIMITA A UNA ZONA PEQUEÑA.
- B) EXPOSICIÓN DE LA PULPA POR POCAS HORAS.
- C) SIN LESIONES DE LUXACIÓN A EXCEPCIÓN DE CONCUSIÓN O SUBLUXACIÓN.

LOS PASOS A SEGUIR PARA LA PROTECCIÓN PULPAR SON LOS SIGUIENTES:

- A) EL DIENTE SE DEBE AISLAR POR MEDIO DE ROLLOS DE ALGODÓN Y DE UN EYECTOR DE SALIVA, TAMBIÉN SE PUEDE HACER POR MEDIO DEL DIQUE DE GOMA.
- B) LIMPIEZA DEL DIENTE CON SOLUCIÓN SALINA.
- C) APLICACIÓN DE LA SUBSTANCIA PROTECTORA.
- D) ADAPTAR UNA CORONA TEMPORAL.
- E) CEMENTAR LA CORONA CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.
- F) CONTROLAR EL DIENTE RADIOGRÁFICAMENTE Y POR MEDIO DE PRUEBAS DE VITALIDAD.
- G) REMOVER LA CORONA TEMPORAL DESPUÉS DE 2 MESES Y COMPROBAR EL CIERRE DE LA PERFORACIÓN.

EL PRONÓSTICO DE LA PROTECCIÓN PULPAR SE CONSIDERA FAVORABLE.

SI AL CABO DE 3 A 4 MESES LA RESPUESTA VITALOMÉTRICA ES NORMAL DEBE PROCEDERSE A LA RESTAURACIÓN, PERO SI LA RESPUESTA HA DISMINUIDO NOTABLEMENTE, LO QUE SE INTERPRETARÍA COMO LA PRESENCIA DE UN ESTADO DEGENERATIVO, ES PREFERIBLE PRACTICAR LA PULPOTOMÍA VITAL SI EL DIENTE LESIONADO ES JOVEN Y LA BIOPULPECTOMÍA TOTAL SI EL DIENTE ES ADULTO.

B.- LA CONDUCTA A SEGUIR EN LA PULPOTOMÍA DEPENDE, DE QUE LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS Y LA VASCULARIDAD DISMINUIDA OCASIONADOS POR LA LESIÓN ESTÉN LIMITADOS A LA PARTE SUPERFICIAL DE LA PULPA CORONAL, MIENTRAS QUE LAS ZONAS MÁS PROFUNDAS DE LA PULPA NO PRESENTEN ALTERACIONES INFLAMATORIAS, DE ESTA MANERA LA REMOCIÓN DE LA PARTE DE LA CORONA PUEDE AUMENTAR LA POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA DEL TEJIDO PULPAR QUE QUEDA.

INDICACIONES PARA LA PULPOTOMÍA:

- A) EXPOSICIÓN EXTENSA DE LA PULPA.

B) CUANDO EL DESARROLLO DE LA RAÍZ NO ES COMPLETO Y EL ÁPICE ESTÁ AMPLIAMENTE ABIERTO.

LOS PASOS A SEGUIR PARA LA PULPOTOMÍA SON LOS SIGUIENTES:

- A) ADMINISTRAR ANESTESIA LOCAL.
- B) AISLAR EL DIENTE CON UN DIQUE DE GOMA SI HAY POSIBILIDAD, SI NO SE COLOCAN ROLLOS DE ALGODÓN Y UN EYECTOR DE SALIVA.
- C) SE LIMPIA EL DIENTE CON 10% DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO Y UNA SOLUCIÓN HIBITANTE.
- D) SE ABRE LA CAVIDAD CON UNA FRESA ESTERILIZADA.
- E) SE AMPUTA LA PULPA A POCOS MILÍMETROS APICALMENTE DEL BORDE ESMALTE-CEMENTO.
- F) SE APLICA EL MATERIAL DE AMPUTACIÓN.
- G) SELLAR CON ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL Y AMALGAMA O MATERIAL DE RESINA COMPUESTO.
- H) REVISAR LA PULPOTOMÍA CLÍNICA Y RADIOGRÁFICAMENTE.

PARA LOGRAR UNA PULPOTOMÍA CON ÉXITO DEBE HABER AUSENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS, QUE EL DESARROLLO DEL ÁPICE RADICULAR SEA NORMAL Y COMPLETO, SIN EVIDENCIA DE INFLAMACIÓN PERIAPICAL Y QUE HAYA PRESENCIA DE UN PUENTE DE DENTINA.

EL PRONÓSTICO DE LA PULPOTOMÍA ES FAVORABLE YA QUE SE PRESENTÓ NECROSIS PULPAR DE UN 7 A 28% Y SI SE DA EL CASO SE LLEVARÁ A CABO EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.

C.- LA PULPECTOMÍA PARCIAL ESTÁ INDICADA CUANDO EL DESARROLLO RADICULAR SE HA TERMINADO Y SE REQUIERE CONSTRUIR UNA CORONA CON PERNO COMO RESTAURACIÓN, ADEMÁS SE PUEDE HACER ESTE TRATAMIENTO EN CASOS DE EXPOSICIÓN PULPAR QUE NO CONCUERDAN CON EL CRITERIO SEGUIDO EN LA PROTECCIÓN PULPAR O EN LA PULPOTOMÍA.

PASOS A SEGUIR PARA LA PULPECTOMÍA PARCIAL:

- A) SE ADMINISTRA ANESTESIA LOCAL.
- B) SE LIMPIA EL DIENTE CON PERÓXIDO DE HIDRÓGENO AL 10% Y TINTURA DE YODO.
- C) SE ABRE LA CÁMARA PULPAR
- D) SE EXTIRPA LA PULPA CON UN TRANERVIOS HASTA UN NIVEL SITUADO A 1 O 2 MILÍMETROS DEL ÁPICE.
- E) SE INSERTA MATERIAL DE OBTURACIÓN PARA CONDUCTO RADICULAR Y UN MATERIAL DE RELLENO.
- F) ADAPTAR UNA CORONA TEMPORAL.

EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS COMPLICADAS EN DIENTES PRIMARIOS PUEDE CONSISTIR EN RECUBRIMIENTOS PULPARES, PULPOTOMÍA Y PULPECTOMÍA; SIN EMBARGO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES LA EXTRACCIÓN DEBIDA A LA FALTA DE CO₂ LABORACIÓN POR PARTE DEL NIÑO.

III FRACTURAS DE LA CORONA Y DE LA RAIZ

UNA FRACTURA DE LA CORONA Y DE LA RAÍZ ES AQUELLA QUE AFECTA AL ESMALTE, LA DENTINA Y EL CEMENTO. SE PUEDEN DIVIDIR SEGÚN LO AFECTADA QUE ESTÉ LA PULPA, EN FRACTURAS NO COMPLICADAS Y FRACTURAS COMPLICADAS DE LA CORONA Y DE LA RAÍZ.



FRACTURAS COMPLICADAS Y NO COMPLICADAS DE CORONA Y RAÍZ.

LAS FRACTURAS DE LA CORONA Y LA RAÍZ EN LAS REGIONES ANTERIORES SON CAUSADAS MUCHAS VECES POR TRAUMATISMOS DIRECTOS, LA DIRECCIÓN DE LA FUERZA DEL IMPACTO DETERMINA EL TIPO DE FRACTURA EN LAS REGIONES POSTERIORES SON CAUSADAS POR TRAUMATISMOS INDIRECTOS. EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA LA FRECUENCIA ES DEL 5% Y EN LA PRIMARIA ES DE 2%.

EN CASI TODOS LOS CASOS LA LÍNEA DE FRACTURA EMPIEZA A POCOS MILÍMETROS HACIA INCISAL DESDE EL BORDE GINGIVAL EN LA ZONA VESTIBULAR DE LA CORONA, SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN OBLICUA DEBAJO DEL SURCO GINGIVAL EN EL LADO LINGUAL, LOS FRAGMENTOS CASI SIEMPRE ESTÁN LIGERAMENTE DESPLAZADOS, CONSERVÁNDOSE LA CORONA EN SU POSICIÓN EN LA PARTE LINGUAL GRACIAS A LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

FRECUENTEMENTE LA LÍNEA DE FRACTURA ES UNA, PERO PUEDE HABER FRACTURA MÚLTIPLE, UN TIPO RARO DE LESIÓN ES LA FRACTURA EXTENDIDA A LO LARGO DEL EJE DEL DIENTE O DESVIADA EN DIRECCIÓN MÉSIAL O DISTAL.

EN LOS CASOS DE DIENTES TOTALMENTE DESARROLLADOS, LAS FRACTURAS DE CORONA-RAÍZ EN LOS DIENTES ANTERIORES EXPONEN LA PULPA MIENTRAS QUE LOS DIENTES EN PERIODO DE ERUPCIÓN PUEDEN SUFRIR FRACTURAS NO COMPLICADAS, CASI SIEMPRE HAY DOLOR DURANTE LA MASTICACIÓN DEBIDO A LA MOVILIDAD DE LA PARTE CORONARIA.

UNA COMUNICACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL A LA PULPA Y AL LIGAMEN

TO PERIODONTAL CAUSA EN ESTAS FRACTURAS UNA INFLAMACIÓN INTENSA EN ELLAS.

EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA SE DETERMINA LA TERAPÉUTICA APROPIADA POR MEDIO DE UNA INFORMACIÓN PRECISA DEL LUGAR Y EL TIPO DE FRACTURA, CONSECUENTEMENTE ES NECESARIO QUITAR EL FRAGMENTO DE CORDONA PARA OBSERVAR DIRECTAMENTE LAS SUPERFICIES DE LA FRACTURA.

LOS PASOS A SEGUIR EN LAS FRACTURAS NO COMPLICADAS DE LA CORONA-RAÍZ SON LOS SIGUIENTES:

- A) ADMINISTRAR ANESTESIA LOCAL.
- B) REMOVER LOS FRAGMENTOS SUELTOS.
- C) EN LAS FRACTURAS QUE SE EXTIENDEN MÁS DE 3 A 4 MILÍMETROS POR DEBAJO DEL SURCO GINGIVAL GENERALMENTE LA EXTRACCIÓN ES OBLIGADA.
- D) EN LAS FRACTURAS QUE SE EXTIENDEN MENOS DE 3 A 4 MILÍMETROS POR DEBAJO DEL SURCO GINGIVAL SE PUEDE EFECTUAR UNA GINGIVECTOMÍA Y RECUBRIMIENTO DE LA DENTINA.

CUANDO SE PRESENTA UNA FRACTURA COMPLICADA DE CORONA-RAÍZ REALIZAREMOS LO SIGUIENTE:

- A) SE ADMINISTRA ANESTESIA LOCAL.
- B) REMOVER LOS FRAGMENTOS DENTARIOS SUELTOS.
- C) SI LA FRACTURA SE EXTIENDE MÁS DE 3 A 4 MILÍMETROS POR DEBAJO DEL SURCO GINGIVAL, LA EXTRACCIÓN ES GENERALMENTE OBLIGADA.
- D) SI LA FRACTURA SE EXTIENDE MENOS DE 3 A 4 MILÍMETROS POR DEBAJO DEL SURCO GINGIVAL, SE PUEDE CONSTRUIR UNA CORDONA JACKET DE PORCELANA ANCLADA POR MEDIO DE PERNO, DESPUÉS DE EFECTUAR UNA GINGIVECTOMÍA Y UNA OSTECTOMÍA. ESTE TIPO DE RESTAURACIÓN PARECE FAVORABLE CON RESPECTO AL BORDE PERIODONTAL.
- E) COMO RESTAURACIÓN TEMPORAL EL FRAGMENTO CORONAL SE PUEDE UNIR A LA RAÍZ POR MEDIO DE UN PERNO, ESTE TIPO DE RESTAURACIÓN MUCHAS VECES PRODUCE INFLAMACIÓN GINGIVAL Y TIENDE A AFLOJARSE DESPUÉS DE UN TIEMPO.

EN LOS DIENTES TEMPORALES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES GENERALMENTE LA EXTRACCIÓN.

IV FRACTURAS DE LA RAÍZ

LAS FRACTURAS DE LA RAÍZ SON LAS QUE AFECTAN A LA DENTINA, AL CEMENTO Y A LA PULPA.

SON POCO COMUNES EN LOS TRAUMATISMOS DENTALES Y COMPRENDEN DEL 1 AL 7% DE LAS LESIONES QUE AFECTAN A LA DENTICIÓN SECUNDARIA, EN LA DENTICIÓN PRIMARIA LA FRECUENCIA ES DE 2 A 4%.

UNA CAUSA FRECUENTE SON LAS LESIONES POR PELEAS Y LOS TRAUMATISMOS PRODUCIDOS POR CUERPOS EXTRAÑOS QUE GOLPEAN LOS DIENTES

ESTAS FRACTURAS AFECTAN SOBRE TODO A LA REGIÓN DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR, ENTRE LOS 11 Y 20 AÑOS, EN EDADES MENORES, LAS FRACTURAS DE LA RAÍZ QUE AFECTAN A LOS INCISIVOS DE LA DENTICIÓN SECUNDARIA EN ESTADO DE ERUPCIÓN Y DESARROLLO INCOMPLETO DE LA RAÍZ SON POCO COMUNES, TAMBIÉN EN LA DENTICIÓN PRIMARIA SON POCO FRECUENTES ANTES DEL COMPLETO DESARROLLO DE LA RAÍZ.

LAS FRACTURAS RADICULARES SE ASOCIAN A MENUDO CON OTROS TIPOS DE LESIONES, COMO LA FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR, ESPECIALMENTE EN LA REGIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES QUE ES MUY COMÚN.

EL EXÁMEN CLÍNICO REVELA POR LO GENERAL UN DIENTE LIGERAMENTE EXTRUIDO, MUCHAS VECES DESPLAZADO EN DIRECCIÓN LINGUAL. EL LUGAR DE LA FRACTURA DETERMINA EL GRADO DE MOVILIDAD DEL DIENTE.

LA FRACTURA OCURRE CON MÁS FRECUENCIA EN EL TERCIO MEDIO DE LA RAÍZ Y SÓLO RARAS VECES EN LOS TERCIOS APICAL Y CORONAL.

LO QUE SE ENCUENTRA COMUNMENTE ES UNA SOLA LÍNEA TRANSVERSAL; SIN EMBARGO PUEDEN DARSE LAS FRACTURAS OBLICUAS O MÚLTIPLE.

LAS FRACTURAS DE LA RAÍZ DE LOS DIENTES QUE TIENEN FORMACIÓN RADICULAR INCOMPLETA PUEDEN MOSTRAR UNA FRACTURA PARCIAL DE LA RAÍZ.

LAS OBSERVACIONES RADIOGRÁFICAS E HISTOLÓGICAS EN SERES HUMANOS HAN DEMOSTRADO QUE LOS HECHOS CURATIVOS DESPUÉS DE LAS FRACTURAS SE PUEDEN DIVIDIR EN 4 TIPOS.

A) CURACION CON TEJIDO CALCIFICADO. EN MUCHOS CASOS SE FORMA UNA CALLOSIDAD DE TEJIDOS Duros QUE HACEN DE BARRERA, LA CAPA MÁS PROFUNDA DE RESTAURACIÓN PARECE SER DE DENTINA, MIENTRAS QUE LA PARTE MÁS PERIFÉRICA DE LA LÍNEA DE FRACTURA ESTÁ RESTAURADA EN FORMA INCOMPLETA CON CEMENTO.

EL EXÁMEN CLÍNICO DE UN DIENTE DENTRO DE ESTE TIPO DE CURACIÓN NO REVELA AFLOJAMIENTO ANORMAL Y SE PUEDE OBTENER UNA RES-

PUESTA NORMAL O LIGERAMENTE DISMINUIDA A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD.



CURACION CON TEJIDO CALCIFICADO.

B) INTERPOSICION DE TEJIDO CONJUNTIVO. SE CARACTERIZA POR LA INTERPOSICIÓN DE TEJIDO CONJUNTIVO ENTRE LOS FRAGMENTOS.



INTERPOSICION DE TEJIDO CONJUNTIVO.

LAS SUPERFICIES RADICULARES FRACTURADAS ESTAN CUBIERTAS POR CEMENTO, DEPOSITADO A MENUDO DESPUÉS DE UNA REABSORCIÓN INICIAL Y SE ENCUENTRAN FIBRAS DE TEJIDO CONJUNTIVO QUE VAN PARALELAS A LA SUPERFICIE DE FRACTURA O DE UN FRAGMENTO A OTRO.

LA RESPUESTA A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD GENERALMENTE ESTÁ DENTRO DE LO NORMAL, ESTE TIPO DE CURACIÓN OCURRE CUANDO LA REPOSICIÓN O LA FIJACIÓN SON INADECUADAS.

C) INTERPOSICION DE HUESO Y TEJIDO CONJUNTIVO. HAY INTERPOSICIÓN DE UN PUENTE DE HUESO Y DE TEJIDO CONJUNTIVO QUE SEPARA LOS FRAGMENTOS, MIENTRAS QUE UN LIGAMENTO PERIODONTAL NORMAL RODEA LOS FRAGMENTOS, EN ALGUNOS CASOS EL HUESO SE EXTIENDE EN EL CONDUCTO PULPAR DE LOS FRAGMENTOS, APARENTEMENTE ESTE TIPO DE CURACIÓN SE DESARROLLA CUANDO EL TRAUMATISMO OCURRE ANTES DE COMPLETARSE EL CRECIMIENTO DEL PROCESO ALVEOLAR.

CLÍNICAMENTE, LOS DIENTES NO ESTAN FLOJOS Y REACCIONAN NORMALMENTE A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD.



INTERPOSICION DE HUESO Y TEJIDO CONJUNTIVO.

D) INTERPOSICION DE TEJIDO DE GRANULACION. LOS EXÁMENES HISTOLÓGICOS DE LOS DIENTES MUESTRAN UN TEJIDO DE GRANULACIÓN INFLAMADO ENTRE LOS DOS FRAGMENTOS, LA PARTE CORONAL DE LA PULPA PRESENTA NECROSIS, MIENTRAS QUE EL FRAGMENTO APICAL, LA MAYORÍA DE LAS VECES CONTIENE TEJIDO PULPAR VIVO.



INTERPOSICION DE TEJIDO DE GRANULACION.

LA PULPA EN ESTADO DE NECROSIS ES RESPONSABLE DE LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS EN LA LÍNEA DE FRACTURA, SIN EMBARGO EN ALGUNOS CASOS LA FUENTE DE INFLAMACIÓN ES UNA COMUNICACIÓN DE LA LÍNEA DE FRACTURA AL SURCO GINGIVAL.

CLÍNICAMENTE, LOS DIENTES ESTÁN FLOJOS, LIGERAMENTE EXTRUIDOS Y SENSIBLES A LA PERCUSIÓN. ALGUNOS PRESENTAN FÍSTULAS.

LA RELACIÓN ENTRE LA FRACTURA RADICULAR Y EL SURCO GINGIVAL DETERMINA EL TRATAMIENTO, CUANDO LA LÍNEA DE FRACTURA ESTÁ LOCALIZADA JUNTO AL SURCO GINGIVAL EL PRONÓSTICO ES DESFAVORABLE Y ES NECESARIA LA EXTRACCIÓN.

SI LA FRACTURA ESTÁ SITUADA EN EL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ O MÁS APICALMENTE LOS PASOS A SEGUIR SON LOS SIGUIENTES:

- A) REPOSICIÓN DEL FRAGMENTO CORONAL SI ESTÁ DESPLAZADO.
- B) OBSERVAR RADIOGRÁFICAMENTE LA POSICIÓN DEL FRAGMENTO CORONAL.

- C) INMOVILIZAR EL DIENTE CON UNA FÉRULA RIGIDA.
- D) CONTROLAR EL DIENTE RADIOGRÁFICAMENTE Y CON PRUEBAS DE VITALIDAD.
- E) MANTENER LA FÉRULA DURANTE 2 MESES.
- F) EL PERIODO DE REVISIÓN A LARGO PLAZO DEBE SER MÍNIMO DE 1 AÑO.

EL PRONÓSTICO ES FAVORABLE PERO PUEDE HABER COMPLICACIONES—
COMO, NECROSIS PULPAR O REABSORCIÓN RADICULAR QUE ES POCO FRE---
CUENTE.

CUANDO SE PRESENTA NECROSIS PULPAR LOS PASOS A SEGUIR SON —
LOS MISMOS QUE EN LAS FRACTURAS CORDNALES QUE YA SE VIERON ANTE—
RIORMENTE, Y CUANDO HAY REABSORCIÓN RADICULAR SE VERÁ POSTERIOR—
MENTE EN LESIONES CON LUXACIÓN.

V LESIONES CON LUXACION

LAS LESIONES CON LUXACIÓN COMPRENDEN DEL 20 AL 40% DE LOS - TRAUMATISMOS DENTARIOS QUE SUFREN LOS DIENTES SECUNDARIOS, MIEN- TRAS QUE EN LA DENTICIÓN PRIMARIA ES DEL 60%.

LA LUXACIÓN DE LOS DIENTES AFECTA ESPECIALMENTE A LA REGIÓN DE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES EN LA DENTICIÓN PRIMARIA Y POCAS VECES AL MAXILAR INFERIOR, EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA SE - ENCUENTRA LA MISMA TENDENCIA.

AL AVANZAR EN EDAD, CAMBIA LA FRECUENCIA Y EL TIPO DE LESIO- NES CON LUXACIÓN.

EN LA DENTICIÓN PRIMARIA, LA MAYORÍA DE LAS LESIONES INCLU- YEN EXTRUSIONES O INTRUSIONES, FENÓMENOS RELACIONADOS POSIBLEMEN- TE CON LA ELASTICIDAD DEL HUESO ALVEOLAR A ESTA EDAD.

POR EL CONTRARIO, EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA EL NÚMERO DE - LESIONES CON LUXACIÓN INTRUSIVA SE REDUCE CONSIDERABLEMENTE Y -- LOS PACIENTES QUE LAS SUFREN SON GENERALMENTE JOVENES.

CON LA MAYOR FRECUENCIA HAY DDS O MÁS DIENTES SIMULTANEAMEN- TE CON LUXACIÓN Y VARIAS LUXACIONES OFRECEN FRACTURAS RADICULA-- RES CONCURRENTES O FRACTURAS NO COMPLICADAS DE LA CORONA.

HISTOLÓGICAMENTE EL PRIMER INDICID DESPUÉS DE LA LUXACIÓN - ES UN EDEMA PULPAR, QUE PUEDE APARECER POCAS HORAS DESPUÉS DE LA LESIÓN, ADEMÁS SE PUEDE ENCONTRAR UNA HEMORRAGIA PERIVASCULAR EN LA ZONA APICAL DE LA PULPA.

EN LOS SEIS O MÁS DIAS SIGUIENTES A LA LESIÓN SE PUEDE EN-- CONTRAR EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE NECROSIS PULPAR, LOS DIENTES -- QUE TIENEN EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ IN- COMPLETA PUEDEN MOSTRAR NECROSIS PULPAR LIMITADA A LA ZONA CRO- NAL, MIENTRAS QUE LA PARTE APICAL DE LA PULPA SOBREVIVE APARENTE- MENTE POR ALGÚN TIEMPO, ASEGURANDO LA OCLUSIÓN DEL ÁPICE DILATA- DO CON TEJIDO CALCIFICADO.

1) CONCUSION. ES LA LESIÓN EN LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN DEL DIENTE SIN AFLOJAMIENTO ANORMAL O DESPLAZAMIENTO PERO CON REAC-- CIÓN EVIDENTE A LA PERCUSIÓN.

LOS DIENTES SÓLO OCASIONAN LESIONES MENORES A LAS ESTRUCTU- RAS DEL PERIODONTO, A ESTO SE DEBE QUE NO HAYA AFLOJAMIENTO, PE- RO EL PACIENTE MUCHAS VECES SE QUEJA DE SENSIBILIDAD, Y EL EXÁ-- MEN CLÍNICO REVELA UNA REACCIÓN EVIDENTE A LA PERCUSIÓN EN DIREC- CIÓN HORIZONTAL Y/O VERTICAL.



CONCUSION.

2) SUBLUXACION (AFLOJAMIENTO). LESIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN DEL DIENTE CON AFLOJAMIENTO ANORMAL PERO SIN DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE.



SUBLUXACION.

LOS DIENTES RETIENEN SU POSICIÓN NORMAL EN EL ARCO DENTARIO SIN EMBARGO, EL DIENTE PUEDE OFRECER UNA MOVILIDAD ANORMAL EN DIRECCIÓN HORIZONTAL Y ES SENSIBLE A LA PERCUSIÓN Y A LAS FUERZAS OCLUSALES. SE PRESENTA ALGUNAS VECES UNA LIGERA HEMORRAGIA DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, INDICANDO QUE SE HAN LESIONADO LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

EL TRATAMIENTO TANTO PARA LA CONCUSIÓN Y SUBLUXACIÓN EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA CONSISTE EN:

- A) ALIVIA LA OCLUSIÓN SOBRE LOS DIENTES LESIONADOS, PUEDE SER ACONSEJABLE LA INMOVILIZACIÓN EN CASO DE AFLOJAMIENTO.
- B) CONTROLAR EL DIENTE RADIOGRÁFICAMENTE Y CON PRUEBAS DE VITALIDAD.
- C) EL PERIODO DE REVISIÓN DEBE SER MÍNIMO DE UN AÑO.

3) LUXACION INTRUSIVA (DISLOCACION CENTRAL). DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE HACIA LA PROFUNDIDAD DEL HUESO ALVEOLAR. ESTA LESIÓN VA ACOMPAÑADA POR CONTINUCIÓN O FRACTURA DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

LA DIRECCIÓN DE LA DISLOCACIÓN PUEDE IR HACIA EL ÁPICE DE LA RAÍZ, EL EXAMEN RADIODGRÁFICO MUESTRA DISLOCACIÓN DEL DIENTE SIN ESPACIO PERIODONTAL ALREDEDOR DE LA RAÍZ.



LUXACION INTRUSIVA.

LOS DIENTES INTRUIDOS MUESTRAN UN DESPLAZAMIENTO EVIDENTE, ESPECIALMENTE EN LA DENTICIÓN PRIMARIA, LA PALPACIÓN DEL PROCESO ALVEOLAR REVELA MUCHAS VECES LA POSICIÓN DEL DIENTE DESPLAZADO, GENERALMENTE LOS ÁPICES DE LOS DIENTES PRIMARIOS INTRUIDOS SERÁN EMPUJADOS A TRAVÉS DEL FINO HUESO VESTIBULAR, DISLOCACIÓN DETERMINADA POSIBLEMENTE POR LA DIRECCIÓN DEL IMPACTO Y LA ANGULACIÓN VESTIBULAR DEL ÁPICE.

ESPECIALMENTE EN LA DENTICIÓN PRIMARIA, ES MUY IMPORTANTE CLARIFICAR SI EL ÁPICE ESTÁ DISLOCADO EN DIRECCIÓN VESTIBULAR O LINGUAL, PUESTO QUE EN ESTE ÚLTIMO CASO LOS DIENTES PERMANENTES PUEDEN RESULTAR AFECTADOS.

4) LUXACION EXTRUSIVA (DESPLAZAMIENTO PERIFÉRICO, AVULSION-PARCIAL). DESPLAZAMIENTO PARCIAL DEL DIENTE FUERA DE SU ALVEOLO.

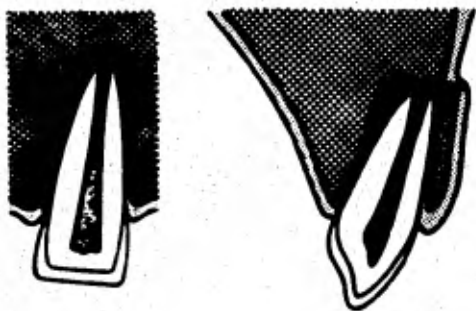


LUXACION EXTRUSIVA.

LA DIFERENCIA CLÍNICA MÁS IMPORTANTE ENTRE LA LUXACIÓN INTRUSIVA Y LA EXTRUSIVA ES QUE EN ESTA ÚLTIMA EL ÁPICE SE DESPLAZA FUERA DE SU NICHOS Y NO A TRAVÉS DE LA CAVIDAD ALVEOLAR COMO

EN LA LUXACIÓN INTRUSIVA. EL EXAMEN RADIOGRÁFICO SIEMPRE REVELA AUMENTO DEL ESPESOR DEL ESPACIO PERIODONTAL.

5) LUXACION LATERAL. DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE EN DIRECCIÓN DISTINTA A LA AXIAL, VA ACOMPAÑADO DE COMINUCIÓN O FRACTURA DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.



**LUXACION
LATERAL.**

EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES ES EVIDENTE GENERALMENTE A LA INSPECCIÓN VISUAL, SIN EMBARGO, EN CASO DE INCLINACIÓN MUY NOTORIA O PROTRUSIÓN DE LOS DIENTES SUPERIORES, PUEDE SER DIFÍCIL DILUCIDAR SI EL TRAUMATISMO HA INFERIDO ANORMALIDADES MENORES EN LA POSICIÓN DEL DIENTE.

EN ESTOS CASOS, SE DEBE COMPROBAR LA OCLUSIÓN, PUES PUEDE REVELAR DISLOCACIONES MENORES, LA PRUEBA DE MOVILIDAD DEBE INCLUIR AMBAS DIRECCIONES, LA HORIZONTAL Y LA VERTICAL.

UN DIENTE CON ESTA LESIÓN MUESTRA UN ESPESOR APICAL AUMENTADO DEL ESPACIO PERIODONTAL, CUANDO EL ÁPICE ESTÁ DESPLAZADO EN DIRECCIÓN VESTIBULAR. ESTO SE EXPLICA POR LA RELACIÓN ENTRE LA DISLOCACIÓN Y LA DIRECCIÓN DEL RAYO CENTRAL.

EL TRATAMIENTO DE ESTAS 3 ÚLTIMAS LESIONES EN LOS DIENTES SECUNDARIOS ES EL SIGUIENTE:

- A) ADMINISTRAR ANESTESIA LOCAL SI ES NECESARIO.
- B) COLOCAR EL DIENTE EN SU POSICIÓN NORMAL. LOS DIENTES INTENDIDOS DEBEN DEJARSE QUE HAGAN DE NUEVO ERUPCIÓN ESPONTANEAMENTE EN CASO DE TRATAMIENTO RETRASADO, EN QUE EL DIENTE SE CONSOLIDA EN SU NUEVA POSICIÓN, SE DEBE PERMITIR AL DIENTE REALINEARSE POR SI MISMO EN LA POSICIÓN NORMAL O EFECTUAR UNA REDUCCIÓN POR MEDIOS ORTODÓNTICOS.
- C) SUTURAR LAS LACERACIONES GINGIVALES.

- D) CONTROLAR LA REDUCCIÓN CON UNA RADIOGRAFÍA.
- E) INMOVILIZAR EL DIENTE POR MEDIO DE FÉRULAS.
- F) CONTROLAR EL DIENTE RADIOGRÁFICAMENTE Y CON PRUEBAS DE VITALIDAD.
- G) MANTENER LA FÉRULA POR 3 O 6 SEMANAS.
- H) PERIODO DE REVISIÓN, MÍNIMO 1 AÑO.

EL PERIODO DE REVISIÓN A LARGO PLAZO PUEDE REVELAR UNA SERIE DE COMPLICACIONES COMO: A) NECROSIS PULPAR, B) OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO PULPAR, C) REABSORCIÓN DE LA RAÍZ, Y D) PÉRDIDA DEL HUESO MARGINAL DE SOSTÉN.

A) NECROSIS PULPAR. EL DESARROLLO DE NECROSIS PULPAR SE PUEDE ASOCIAR CON SÍNTOMAS COMO DOLOR ESPONTÁNEO O DOLORIMIENTO AL CERRAR LOS DIENTES, SIN EMBARGO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL DESARROLLO DE LA NECROSIS PULPAR ES COMPLETAMENTE ASINTOMÁTICO.

EL DIAGNÓSTICO DE NECROSIS PULPAR DEBE SER CONFIRMADO CON PRUEBAS DE VITALIDAD Y APOYADO CON EXAMENES CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS.

LA FRECUENCIA DE LA NECROSIS PULPAR EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA DESPUÉS DE LESIONES CON LUXACIÓN ES DE UN 24 A 59%, PRIMAMENTE SON LAS INTRUSIONES, SEGUIDA DE LA LUXACIÓN EXCLUSIVA, Y PARECE SER QUE LA MENOR PROPORCIÓN SE ENCUENTRA DESPUÉS DE LA SUBLUXACIÓN.

OTRO FACTOR IMPORTANTE ES EL GRADO DE DESARROLLO DE LA RAÍZ EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN, OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE EN LOS DIENTES CON UNA RAÍZ TOTALMENTE DESARROLLADA QUE EN LOS QUE TIENEN UN ORIFICIO APICAL AMPLIAMENTE ABIERTO.

EN LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN INTRUIDOS Y QUE HAN VUELTO A HACER ERUPCIÓN TARDIAMENTE, ASÍ COMO LOS INCISIVOS DE LA DENTICIÓN SECUNDARIA PUEDEN DESARROLLAR NECROSIS PULPAR, COMPLICACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN APROXIMADAMENTE EN UN TERCIO DE LOS DIENTES PRIMARIOS QUE HAN VUELTO A HACER ERUPCIÓN.

CUANDO SE PRESENTA NECROSIS PULPAR Y HAY FORMACIÓN INCOMPLETA DE LA RAÍZ SE PUEDE REALIZAR:

- A) PULPECTOMÍA PARCIAL.
- B) APICECTOMÍA Y OBTURACIÓN INSTANTÁNEA DEL CONDUCTO RADICULAR.

CUANDO HAY FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ:

- A) TERAPÉUTICA CONVENCIONAL DEL CONDUCTO RADICULAR.

B) OBLITERACION DEL CONDUCTO PULPAR. PUEDE CONSIDERARSE --- COMO RESPUESTA A UNA LESIÓN MODERADA QUE CONSISTE EN UNA APOSI--- CIÓN ACELERADA DE LA DENTINA Y SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE DES--- PUÉS DE LESIONES CON LUXACIÓN, ES COMÚN DESPUÉS DE UNA SUBLUXA--- CIÓN Y DE UNA LUXACIÓN EXTRUSIVA, AFECTA ESPECIALMENTE LOS DIENTES LESIONADOS ANTES DE LA FORMACIÓN TOTAL DE LA RAÍZ.

UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA PUEDE SER LA DECOLORACIÓN AMARI--- LLA DE LA CORONA, LA REACCIÓN A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD ES MÁS--- BAJA O NO EXISTE.

LA INCIDENCIA DE OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO EN DIENTES DE LA SEGUNDA DENTICIÓN ES DE 22%.

EN LA DENTICIÓN PRIMARIA LA OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO PUL--- PAR PUEDE SER UN OBSTÁCULO A LA REABSORCIÓN FISIOLÓGICA NORMAL, --- INDICANDO ALGUNAS VECES UNA EXTRACCIÓN PROFILÁCTICA.

C) REABSORCIÓN DE LA RAÍZ. UNA COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA --- LUXACIÓN, PUEDE AFECTAR TANTO A LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTI--- CIÓN COMO A LOS DE LA PRIMERA, SE PUEDE CLASIFICAR EN:

1.- REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA. EL DAÑO INFLINGIDO A LAS ES--- TRUCTURAS PERIODONTALES Y A LA PULPA EN LAS LESIONES CON LU--- XACIÓN PUEDE TENER VARIOS TIPOS DE REABSORCIÓN RADICULAR EX--- TERNA, LA INCIDENCIA ES DE 6 A 11%, SE PUEDEN IDENTIFICAR 3--- TIPOS DE REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA.

A) REABSORCIÓN DE LA SUPERFICIE. LA SUPERFICIE RADICULAR MUES--- TRA UNA REABSORCIÓN SUPERFICIAL RESTAURADA CON CEMENTO NUEVO ESTAS REABSORCIONES LO HAN SIDO DE SUPERFICIE DELIMITADA Y SE HA SUGERIDO QUE OCURREN COMO RESPUESTA A UNA LESIÓN LOCALIZADA EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL O EN EL CEMENTO.

ESTAS CAVIDADES DE REABSORCIÓN ESTÁN LIMITADAS A LA SUPERFI--- CIE LATERAL DE LA RAÍZ, PERO TAMBIÉN SE PUEDE ENCONTRAR ESTE TIPO DE REABSORCIÓN LOCALIZADA EN LA ZONA APICAL RESULTANDO--- UN LIGERO ACORTAMIENTO DE LA RAÍZ.

B) REABSORCIÓN POR SUBSTITUCIÓN. HISTOLÓGICAMENTE SE VE UNA UNIÓN DIRECTA ENTRE EL HUESO Y LA SUBSTANCIA DE LA RAÍZ SIEN--- DO REMPLAZADA GRADUALMENTE LA SUBSTANCIA DENTAL POR HUESO, --- RADIOGRÁFICAMENTE LA DESAPARICIÓN DEL ESPACIO PERIODONTAL Y--- LA REABSORCIÓN PROGRESIVA RADICULAR SON HALLAZGOS TÍPICOS.

C) REABSORCIÓN INFLAMATORIA. HISTOLÓGICAMENTE SE VEN ZONAS --- DE REABSORCIÓN EN FORMA DE CUENCO TANTO DE CEMENTO COMO DE ---

DENTINA JUNTO CON UNA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO PERIODONTAL ADYACENTE.

LA INFLAMACIÓN Y LA REABSORCIÓN SON APARENTEMENTE CAUSADAS POR INVASIÓN DEL TEJIDO PULPAR NECRÓTICO EN PROCESO DE AUTÓLISIS EN LOS CANALÍCULOS DENTALES, RADIOGRÁFICAMENTE LA REABSORCIÓN RADICULAR CON RADIOLUCIDEZ ADYACENTE ES UN HALLAZGO TÍPICO.

2.- REABSORCIÓN RADICULAR INTERNA. ES UN HALLAZGO BASTANTE RARO Y LA INCIDENCIA ES DE UN 26%, SE DEBE HACER HINCAPIÉ EN QUE EL AUMENTO DE LA REABSORCIÓN INTERNA DEPENDE DEL TEJIDO PULPAR VIVO, CONSECUENTEMENTE EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR DEBE INICIARSE LO MÁS PRONTO POSIBLE DESPUÉS DE HABERSE DIAGNOSTICADO.

A) REABSORCIÓN DE SUBSTITUCIÓN INTERNA. ESTE TIPO DE REABSORCIÓN SE CARACTERIZA RADIOGRÁFICAMENTE POR UN AUMENTO DE LA CÁMARA PULPAR, HISTOLÓGICAMENTE EL DIENTE PUEDE OFRECER UNA METAPLASIA DEL TEJIDO PULPAR NORMAL A HUESO POROSO, Y LA RECONSTITUCIÓN CONTINUA DEL TEJIDO ÓSEO A EXPENSAS DE LA DENTINA ES RESPONSABLE DEL AUMENTO GRADUAL DE LA CÁMARA PULPAR.

B) REABSORCIÓN INTERNA INFLAMATORIA. SE CARACTERIZA RADIOGRÁFICAMENTE POR UN AUMENTO EN FORMA DE HUEVO DEL TAMAÑO DE LA CÁMARA PULPAR. HISTOLÓGICAMENTE, SE OBSERVA UNA TRANSFORMACIÓN DEL TEJIDO PULPAR NORMAL EN TEJIDO DE GRANULACIÓN CON CÉLULAS GIGANTES REABSORBIENDO LAS PAREDES DENTINALES DEL CONDUCTO PULPAR, Y AVANZANDO DE LA SUPERFICIE HACIA LA PERIFERIA.

D) PERDIDA DEL HUESO MARGINAL DE SOSTÉN. EL CURSO POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DE UNA LUXACIÓN INTRUSIVA SE COMPLICA CON FRECUENCIA POR CAMBIOS TEMPORALES O PERMANENTES EN EL PERIODONTO MARGINAL, LAS RADIOGRAFÍAS TOMADAS POCO DESPUÉS DE UNA LUXACIÓN INTRUSIVA MUESTRAN MUCHAS VECES UNA PÉRDIDA APARENTE DEL HUESO DE SOSTÉN; SIN EMBARGO, ÉSTE PUEDE SER DEBIDO A PROCESOS DE RECONSTRUCCIÓN DEL PERIODONTO AFECTADO.

EN OTROS CASOS SE ENCUENTRA UNA PÉRDIDA PERMANENTE DEL HUESO DE SOSTÉN COMO SECUELA DE LAS LESIONES CON LUXACIÓN.

LA PÉRDIDA DE SOPORTE ÓSEO MARGINAL ES MUY CORRIENTE DESPUÉS DE UNA LUXACIÓN INTRUSIVA, ADEMÁS LA REDUCCIÓN RETRASADA DE LOS DIENTES FRACTURADOS PARECE AUMENTAR EL RIESGO DE DAÑO A LAS-

ESTRUCTURAS DE SOSTÉN, LA INCIDENCIA ES DE 0 A 48%.

EL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES PRIMARIOS SIGUE GENERALMENTE--
LOS PRINCIPIOS SEÑALADOS PARA LOS DIENTES DE LA SEGUNDA DENTI---
CIÓN, LOS DIENTES EXTRUIDOS DEBEN SER POR LO GENERAL EXTRAIDOS--
A LOS DIENTES INTRUIDOS SÓLO SE LES DEBE PERMITIR VOLVER A HACER
ERUPCIÓN SI EL ÁPICE ESTÁ DESPLAZADO EN DIRECCIÓN VESTIBULAR.

VI EXARTICULACIONES O AVULSION TOTAL

EL DIAGNÓSTICO DE EXARTICULACIONES COMPRENDE TODOS LOS CASOS EN QUE EL DIENTE HA SIDO DESPLAZADO COMPLETAMENTE FUERA DE SU ALVEOLO.

**EXARTICULACION O AVULSION TOTAL.**

LOS PRINCIPALES FACTORES ETIOLÓGICOS QUE PRODUCEN EXARTICULACIONES DE LOS DIENTES SE ENCUENTRAN EN LAS LESIONES POR PELEAS EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA, MIENTRAS QUE EN LA DENTICIÓN PRIMARIA UNA CAUSA FRECUENTE ES LA CAÍDA CONTRA UN OBJETO.

LA EXARTICULACIÓN AFECTA SOBRE TODO A LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES DE LA DENTICIÓN SECUNDARIA Y POCAS VECES AL MAXILAR INFERIOR, LO MISMO OCURRE EN LA DENTICIÓN PRIMARIA.

LA EXARTICULACIÓN SE ENCUENTRA PREDOMINANTEMENTE EN LOS GRUPOS DE 7 A 10 AÑOS, CUANDO LOS INCISIVOS PERMANENTES ESTÁN EN PERIODO DE ERUPCIÓN, APARENTEMENTE LOS LIGAMENTOS PERIODONTALES FLOJAMENTE ESTRUCTURADOS QUE RODEAN LOS DIENTES FAVORECEN LA AVULSIÓN COMPLETA.

LA MAYORÍA DE LAS VECES AFECTA A UN SÓLO DIENTE PERO ALGUNAS VECES SE ENCUENTRAN MÚLTIPLES EXARTICULACIONES, CON FRECUENCIA SE ENCUENTRAN OTROS TIPOS DE LESIONES ASOCIADAS CON ÉSTAS, ENTRE ELLAS TENEMOS LAS FRACTURAS DE LA PAREO DEL ALVEOLO Y LESIONES DE LOS LABIOS.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PUEDE REVELAR POSIBLES FRACTURAS DE HUESO Y LESIONES DE LOS DIENTES VECINOS.

EL DIENTE EXARTICULADO SE EXAMINA PARA DESCUBRIR LA PRESENCIA DE FRACTURAS DE LA CORONA O DE LA RAÍZ Y TAMBIÉN SE DEBE OBSERVAR LA CONTAMINACIÓN OBVIA DEL SUELO.

LUEGO SE EXAMINA EL ALVEOLO POR MEDIO DE PALPACIÓN.

LA REIMPLANTACIÓN DE DIENTES ARRANCADOS POR TRAUMATISMOS ES UN PROCEDIMIENTO ACEPTADO Y NO REPRESENTA PELIGRO PARA LOS PACIENTES SI SE DAN LOS PASOS ADECUADOS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN Y EL TÉTANOS.

AÚN CUANDO EL ÉXITO NO PUEDE GARANTIZARSE, CUANDO MENOS EXISTE UNA ESPERANZA RAZONABLE DE QUE EL OIENTE REIMPLANTADO VUELVA A SER FUNCIONAL.

EL PROCEDIMIENTO DE REIMPLANTACIÓN O REPOSICIÓN DE DIENTES QUE HAN SIDO ARRANCADOS O DESPLAZADOS POR TRAUMATISMOS SE HA PRACTICADO DURANTE SIGLOS.

MUCHOS PACIENTES HAN RELATADO HABER PERDIDO DIENTES A CAUSA DE GOLPES, LOS CUALES HAN SIDO COLOCADOS NUEVAMENTE EN SU LUGAR POR AMIGOS O FAMILIARES. SE PUEDE CONJETURAR, PERO LA IMPRESIÓN GENERAL ES QUE TAL PRÁCTICA HA TENIDO ÉXITO.

EL ADOVENIMIENTO DE PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS MODERNAS PUEDE HABER CONTRIBUIDO REALMENTE A LA BAJA CIFRA HABITUAL DE ÉXITOS EN LA REIMPLANTACIÓN DE DIENTES.

LOS DIENTES HAN SIDO LIMPIADOS CONCIENZUAMENTE, SUMERGIDOS EN ANTISÉPTICOS Y SOSTENIDOS CON LA MANO MIENTRAS SE COLOCABAN LOS EMPASTES DE LOS CANALES RADICULARES.

EL ACUERDO GENERAL DE MUCHOS ESTUDIOS ES QUE DEBE HACERSE TODO ESFUERZO PARA PROTEGER LA MEMBRANA PERIODONTAL DE LAS LESIONES, CON SOLUCIONES ANTISÉPTICAS, LAVADO Y MANEJO.

SI EL OIENTE NO PUEDE REIMPLANTARSE INMEDIATAMENTE, DEBE EN VOLVERSELE CUIDADOSAMENTE EN UN PAÑO HÚMEDO, PONERSE EN UNA BOLSA DE PLÁSTICO O METERSE EN UN FRASCO PEQUEÑO QUE PUEDA CERRARSE PARA EVITAR LA DESECACIÓN.

ALGUNOS AUTORES HAN RECOMENDADO QUE LA REIMPLANTACIÓN DEL DIENTE DEBE HACERSE DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 MINUTOS PARA QUE HAYA DE 90 A 100 PROBABILIDADES DE QUE SOBREVIVA SIN RESORCIÓN. UNA DEMORA DE OTROS 30 MINUTOS REDUCE LAS PROBABILIDADES A UN 50 POR 100.

CUANDO EL PACIENTE HA TENIDO EL DIENTE FUERA DE LA BOCA DURANTE OCHOS HORAS O MÁS, EL PORCENTAJE DE REIMPLANTACIONES CON ÉXITO ES SUMAMENTE BAJO. TAL DIENTE DEBE SOMETERSE A TRATAMIENTO DEL CANAL RADICULAR ANTES DE VOLVER A COLOCARSE EN SU SITIO.

EL TRATAMIENTO DEL CANAL RADICULAR PARA DIENTES ARRANCADOS-

DEBE HACERSE RÁPIDAMENTE. EL DIENTE DEBE SOSTENERSE EN UNA CDM-- PRESA DE GASA HUMEDECIDA CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL Y DEBE TENER SE MUCHO CUIDADO DE NO DAÑAR LA RAÍZ NI LOS REMANENTES DE LA MENBRANA PERIODONTAL ADHERIDOS A ELLA.

SI EL ÁPICE NO PUEDE SELLARSE MEDIANTE EMPASTE DEL CANAL RADICULAR, DEBE EMPLEARSE PARA ELLO UNA AMALGAMA DE ZINC LIBRE.

EL TIEMPO TRANSCURRIDO ES FUNDAMENTAL EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, NO TANTO POR LA FORMACIÓN DE COÁGULOS EN EL ALVEÓLO, COMO POR LA CONOCIDA CAPACIDAD DE PROLIFERACIÓN DE LAS FIBRAS PERIODONTALES QUE HAN QUEDADO SOBRE EL CEMENTO, CAPACES DE REGENERARSE Y DE FAVORECER LA FIJACIÓN SI EL DIENTE ES REPUESTO EN SU LUGAR. DEBEN SEGUIRSE LOS SIGUIENTES PASOS:

- A) MANTENGA EL DIENTE ENVUELTO EN UNA GASA ESTÉRIL, EMPAPADA EN SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL, Y RELLENE EL CONDUCTO DE LA RAÍZ. USE UN SELLADOR DE EUGENOL CON ÓXIDO DE ZINC Y UNA PUNTA DE PLATA. EN EL CASO DE QUE SE PRODUZCA LA RESORCIÓN DE LA RAÍZ, ES MUCHO MÁS FÁCIL EXTRAER UNA PUNTA DE PLATA QUE UN MATERIAL DE GUTAPERCHA.
- B) DEJE LAS FIBRAS PERIODONTALES INTACTAS Y LIMPIE CUIDADOSAMENTE LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL. LA MANIPULACIÓN EXCESIVA DE LA RAÍZ, DURANTE EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR, LESIONA LAS FIBRAS PERIODONTICAS Y ES PRECISO EVITARLO.
- C) ANESTESIA LOCAL.
- D) HAGA UNA PEQUEÑA ABERTURA A TRAVÉS DE LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA ENCÍA Y DEL PROCESO ALVEOLAR, EN LA BASE DEL ALVEÓLO, PARA PERMITIR LA SALIDA DE SANGRE CUANDO VUELVA A COLOCAR EL DIENTE.
- E) EXTRAIGA EL COÁGULO DEL ALVEÓLO CON CURETA O POR IRRIGACIÓN. COLOQUE EL DIENTE EN EL ALVEÓLO, ALINEÁNDOLO EN SU POSICIÓN NORMAL.
- F) SUJETE EL DIENTE CON LIGADURAS DE ALAMBRE, O MEDIANTE CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO QUE CONSIDERE ADECUADO, PARA MANTENERLO FIRME DURANTE 6 SEMANAS. EL DIENTE NO DEBE MOVERSE PARA PERMITIR LA POSIBLE REGENERACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.
- G) EL HECHO DE REIMPLANTAR UN DIENTE CONTAMINADO HACE IMPERATIVA LA PROTECCIÓN CONTRA TÉTANOS. EN LA ACTUALIDAD SE

RECOMIENDA EL USO RUTINARIO DE TOXOIDE TETÁNICO SI EL -
PACIENTE HA RECIBIDO INMUNIZACIONES REGULARES.

- H) EXAMEN DE CONTROL A LAS 6 SEMANAS, MOMENTO EN EL CUAL SE
QUITAN LAS LIGADURAS. SE TOMAN RADIOGRAFÍAS Y SE INVESTI
GA SI EXISTE MOVILIDAD. NO DEBE HABER EVIDENCIA RADIOGRÁ
FICA DE ENGROSAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, NI SIG
NOS DE MOVILIDAD. ES NECESARIO TOMAR RADIOGRAFÍAS Y VIGI
LAR LA POSIBLE REABSORCIÓN INTERNA DE LA RAÍZ. EN GENE--
RAL EL DIENTE SE MANTIENE EN SU LUGAR DURANTE UNOS 10 --
AÑOS. EL PACIENTE DEBE CONOCER EL PRONÓSTICO.

VII LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN

LAS FRACTURAS DEL HUESO SON COMPLICACIONES POCO COMUNES DE LAS LESIONES DENTARIAS TRAUMÁTICAS. VARIAS SERIES DE CASOS CONSECUTIVOS MOSTRAN EL 16% CON FRACTURAS QUE AFECTABAN EL HUESO DE SOSTÉN EN LA DENTICIÓN SECUNDARIA MIENTRAS QUE LA FRECUENCIA REGISTRADA EN LA DENTICIÓN PRIMARIA ES DE 7%.

LOS PRINCIPALES FACTORES ETIOLÓGICOS QUE PRODUCEN FRACTURAS DEL HUESO SON LAS LESIONES POR PELEAS, ACCIDENTES INDUSTRIALES Y DE OTRO TIPO, Y LOS CHOQUES AUTOMOVILÍSTICOS.

EL AUTOMÓVIL HA CONVERTIDO LOS TRAUMATISMOS GRAVES DE LA CARA, LOS MAXILARES Y LA MANDÍBULA EN LESIÓN COMÚN. ASÍ LAS FRACTURAS ALVEOLARES SE PRODUCEN FRECUENTEMENTE EN LOS ACCIDENTES DE AUTOMÓVIL POR UN IMPACTO DIRECTO EN DONDE SE CHOCA CON EL TABLERO DE INSTRUMENTOS, EL VOLANTE, EL ESPEJO PARA LA VISIÓN POSTERIOR O EL PARABRISAS.

EN LOS NIÑOS, EN LOS QUE SÓLO HAN HECHO ERUPCIÓN LOS INCISIVOS, LA FALTA DE SOSTÉN EN LAS REGIONES POSTERIORES PUEDE IMPLICAR QUE UN TRAUMATISMO EN LA BARBILLA, QUE CAUSE UNA OCLUSIÓN VIOLENTA, PUEDE FRACTURAR EL PROCESO ALVEOLAR EN LA REGIÓN ANTERIOR.

LAS LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN SE PUEDEN CLASIFICAR EN LOS SIGUIENTES TIPOS:

1) CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR. APLASTAMIENTO Y COMPRESIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

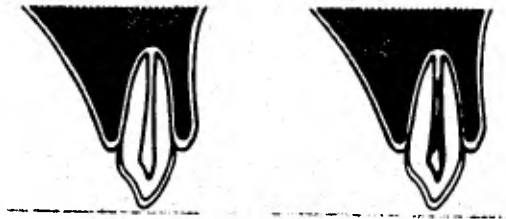


CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

ESTA CONDICIÓN ESTÁ ASOCIADA A UNA LUXACIÓN INTRUSIVA O LATERAL, LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL TRATAMIENTO DE ÉSTA LESIÓN YA SE HAN DESCRITO ANTERIORMENTE EN RELACIÓN CON LAS LESIONES CON LUXACIÓN.

2) FRACTURA DE LA PARED DE LA CAVIDAD ALVEOLAR. ES UNA FRACTURA

TURA LIMITADA A LA PARED VESTIBULAR O LINGUAL DEL ALVEÓLO.



FRACTURAS DE LAS PAREDES VESTIBULAR O LINGUAL DEL ALVEOLO.

SE LOCALIZA PREDOMINANTEMENTE EN LA REGIÓN INCISIVA SUPERIOR, DONDE LA FRACTURA GENERALMENTE AFECTA A VARIOS DIENTES. LA LUXACIÓN CON DISLOCACIÓN Y LA EXARTICULACIÓN SON LAS MÁS COMUNES ENTRE LAS LESIONES DENTARIAS ASOCIADAS, ESTAS FRACTURAS SON GENERALMENTE SECUNDARIAS EN EL DESPLAZAMIENTO TRAUMÁTICO DE LOS DIENTES.

LA PALPACIÓN CORRIENTEMENTE REVELA EL LUGAR DE LA FRACTURA— LA MOVILIDAD ANORMAL DE LA PARED DEL ALVEÓLO SE DEMUESTRA CUANDO SE PRUEBA EL DIENTE AFECTADO.

LAS RADIOGRAFÍAS INTRAORALES DE LAS FRACTURAS DE LA PARED DEL ALVEÓLO POCAS VECES REVELAN LA LÍNEA DE FRACTURA, MIENTRAS QUE UNA RADIOGRAFÍA EXTRAORAL LATERAL GENERALMENTE REVELA EL LUGAR DE LA FRACTURA.

LAS FRACTURAS DE LA PARED ALVEOLAR SE PRESENTAN GENERALMENTE CON DISLOCACIÓN DE LOS DIENTES Y EL PRIMER PASO ES COLOCAR LOS DIENTES DESPLAZADOS, DESPUÉS DE ADMINISTRAR ANESTESIA LOCAL. LA REPOSICIÓN ES A VECES COMPLICADA DEBIDO AL HECHO DE QUE LOS ÁPICES DE LOS DIENTES AFECTADOS PUEDEN SER FORZADOS A TRAVÉS DE LA LÁMINA DEL HUESO VESTIBULAR. LA REDUCCIÓN EN ÉSTOS CASOS SE HACE POSIBLE APLICANDO UNA PRESIÓN DIGITAL SOBRE LA ZONA APICAL Y EN LA PARTE LINGUAL DE LA CORONA. ESTO PERMITIRÁ GENERALMENTE LIBERAR LOS ÁPICES Y RELOCAR EL FRAGMENTO. DURANTE ÉSTA TÉCNICA LA PARED DEL ALVEÓLO SE COLOCA AL MISMO TIEMPO EN POSICIÓN NORMAL.

EN EL CASO DE FRACTURAS COMINUTAS ABIERTAS PUEDE SER NECESARIO QUITAR FRAGMENTOS FLOJOS QUE NO ESTÉN ADHERIDOS AL PERIOSTIO. LA EXPERIENCIA CLÍNICA DEMUESTRA QUE A PESAR DE LA REDUCCIÓN DE LA PARED DEL HUESO VESTIBULAR AÚN HAY SUFICIENTES ESTRUCTURAS

DE SOSTÉN PARA ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL DIENTE.

DESPUÉS DE LA REDUCCIÓN DE LOS DIENTES DESPLAZADOS Y DE LAS FRACTURAS ÓSEAS SE DEBEN SUTURAR LAS LACERACIONES GINGIVALES. LA FERULIZACIÓN DE LOS DIENTES LESIONADOS SE EFECTÚA INMEDIATAMENTE.

DEBIDO A LA RAPIDEZ DE CURACIÓN DEL HUESO EN LOS NIÑOS, LA MAYORÍA DE LAS FRACTURAS DE LA PARED ALVEOLAR QUE AFECTAN LA DENTICIÓN PRIMARIA NO NECESITAN FERULIZACIÓN. EN ESTOS CASOS, SE DEBE INSTRUIR A LOS PADRES PARA QUE RESTRINJAN LA ALIMENTACIÓN A ALIMENTOS BLANDOS DURANTE LAS DOS PRIMERAS SEMANAS DESPUÉS DE LA LESIÓN.

EN EL CURSO DE LA CURACIÓN INMEDIATA DESPUÉS DE LA FRACTURA DE LA PARED DEL ALVEÓLO GENERALMENTE ES FÁCIL, SIN EMBARGO LA REVISIÓN A LARGO PLAZO PUEDE REVELAR UNA REABSORCIÓN RADICULAR PERIFÉRICA DE LOS DIENTES AFECTADOS.

3) FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR. ESTA FRACTURA PUEDE AFECTAR O NO EL ALVEÓLO DEL DIENTE.



FRACTURAS DEL PROCESO ALVEOLAR CON Y SIN AFECTACION DEL ALVEOLO.

LAS FRACTURAS DEL PROCESO ALVEOLAR SE ENCUENTRAN PREDOMINANTEMENTE EN GRUPOS DE MAYOR EDAD. UNA LOCALIZACIÓN COMÚN ES LA REGIÓN ANTERIOR, PERO TANTO LAS REGIONES CANINA COMO PREMOLAR PUEDEN SER AFECTADAS.

LA LÍNEA DE FRACTURA PUEDE ESTAR SITUADA APICALMENTE EN RELACIÓN DE LOS ÁPICES, PERO EN MUCHOS CASOS AFECTA A LA ZONA DEL ALVEÓLO DENTAL. EN ESTOS CASOS SON HALLAZGOS CORRIENTES LAS LESIONES DENTARIAS ASOCIADAS, COMO LUXACIONES EXTRUSIVAS ASÍ COMO FRACTURAS DE LA RAÍZ.

UNA FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR ES GENERALMENTE FÁCIL DE DIAGNOSTICAR DEBIDO AL DESPLAZAMIENTO Y A LA MOVILIDAD DEL FRAGMENTO. CUANDO SE PRUEBA LA MOVILIDAD DE UN SÓLO DIENTE ES TÍPICO

ENCONTRAR TODO EL FRAGMENTO MÓVIL. ADEMÁS, EL SONIDO DE PERCUSIÓN EN LOS DIENTES DEL FRAGMENTO DIFIERE CLARAMENTE DEL DE LOS DIENTES VECINOS QUE TIENEN UN SONIDO APAGADO.

LAS FRACTURAS ALVEOLARES EN LA DENTICIÓN PRIMARIA SE PRODUCEN GENERALMENTE EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

EN LAS FRACTURAS QUE AFECTAN EL PROCESO ALVEOLAR SE VE UNA LÍNEA DE FRACTURA RADIDGRÁFICA CLARA Y AL HACER EL DIAGNÓSTICO TANTO LAS RADIOGRAFÍAS INTRAORALES COMO LAS EXTRAORALES PUEDEN SER ÚTILES.

LAS LÍNEAS DE FRACTURA PUEDEN ESTAR LOCALIZADAS EN TODOS LOS NIVELES DESDE EL SEPTUM ÓSEO MARGINAL HASTA LA ZONA APICAL. CUANDO LAS LÍNEAS DE FRACTURA ATRAVIESAN EL TABIQUE INTERDENTAL LA LUXACIÓN EXTRUSIVA Y LAS FRACTURAS RADICULARES SON MUY COMUNES.

ESPECIALMENTE EN LA REGIÓN ANTERIOR INFERIOR, LAS FRACTURAS RADICULARES QUE AFECTAN LA PARTE MÁS APICAL DE LA RAÍZ SON MUY COMUNES PERD CON FRECUENCIA SON DESCUIDADAS.

POR OTRO LADO, LAS LÍNEAS DE FRACTURA QUE ATRAVIESAN LOS ÁPICES PUEDEN PARECER FRACTURAS RADICULARES, SIN EMBARGO, EL EXAMEN CUIDADOSO DE LAS RADIOGRAFÍAS GENERALMENTE REVELA LA SUPERPOSICIÓN DE LA LÍNEA DE FRACTURA SOBRE LOS ÁPICES Y LA AUSENCIA DE DISLOCACIÓN EN LOS DIENTES SUPUESTAMENTE FRACTURADOS. ADEMÁS, LAS LÍNEAS DE FRACTURA SUPERPUESTAS CAMBIARÁN LA POSICIÓN EN RELACIÓN CON LOS ÁPICES CUANDO SE ALTERE EL ÁNGULO DE PROYECCIÓN.

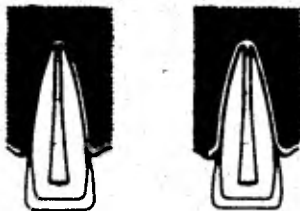
EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ALVEOLARES INCLUYE LA REDUCCIÓN Y LA INMOVILIZACIÓN. DESPUÉS DE APLICAR ANESTESIA LOCAL, SE EFECTÚA LA REDUCCIÓN DEL FRAGMENTO ALVEOLAR POR MEDIO DE PRESIÓN DIGITAL. TAMBIÉN EN ESTE TIPO DE FRACTURA ÓSEA, LOS ÁPICES DE LOS DIENTES AFECTADOS SE ENCUENTRAN ENCAJADOS EN EL HUESO VESTIBULAR, LA REDUCCIÓN SE EFECTÚA CON LOS PRINCIPIOS MENCIONADOS PARA LAS FRACTURAS DE LA PARED DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

SE RECOMIENDA MANTENER LA FÉRULA UN PERIODO DE 6 SEMANAS, SIN EMBARGO, ESTE PERIODO PUEDE DISMINUIR A TRES SEMANAS EN LOS NIÑOS DEBIDO A LA CURACIÓN MÁS RÁPIDA.

LOS DIENTES DE UN FRAGMENTO ALVEOLAR FLOJO PUEDEN ESTAR CONDENADOS A EXTRACCIÓN DEBIDO A INFLAMACIÓN MARGINAL O PERIAPICAL. SIN EMBARGO, GENERALMENTE SE DEBEN POSPONER ESTAS EXTRACCIONES HASTA QUE LA CURACIÓN ÓSEA HAYA ESTABILIZADO EL FRAGMENTO, DE OTRO MODO, TODO EL FRAGMENTO PUEDE SER REMOVIDO INADVERTIDAMENTE.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EN LOS NIÑOS PUEDE OFRECER PROBLEMAS ESPECIALES DEBIDO A LA FALTA DE UN NÚMERO SUFICIENTE DE DIENTES PARA LAS TÉCNICAS DE FERULIZACIÓN. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EN QUE EL FRAGMENTO SE PUEDE REDUCIR A UNA POSICIÓN ESTABLE, SE PUEDE DEJAR LA FRACTURA SIN FÉRULA. EN ESTOS CASOS, SE DEBE ADVERTIR A LOS PADRES PARA RESTRINGIR LA NUTRICIÓN A ALIMENTOS BLANDOS.

4) FRACTURA DE LA MANDIBULA O DEL MAXILAR SUPERIOR (FRACTURA MAXILAR). FRACTURA QUE AFECTA LA BASE DE LA MANDÍBULA O DEL MAXILAR Y MUCHAS VECES EL PROCESO ALVEOLAR, LA FRACTURA PUEDE O NO AFECTAR EL ALVEÓLO DEL DIENTE.



FRACTURAS DE LA MANDIBULA O DEL MAXILAR SUPERIOR CON Y SIN AFECTACION.

LA MANDÍBULA SE FRACTURA EN SU PARTE MÁS DÉBIL EN VEZ DE FRACTURARSE EN TODO SU GROSOR EN UN ESPACIO INTERDENTAL, SE FRACTURA A TRAVÉS DE UN ALVEÓLO Y SE EXTIENDE DESDE EL ÁPICE DEL ALVEÓLO HASTA EL BORDE INFERIOR.

LA MEMBRANA PERIODONTAL Y LA MUCOSA ALVEOLAR DELGADA SE FRACTURAN EN UN PUNTO ADYACENTE AL DIENTE. LA MANDÍBULA EDÉNTULA SUELE FRACTURARSE DE MANERA SENCILLA, AUNQUE LA FRACTURA PUEDE ESTAR DESPLAZADA DE MANERA QUE APARECE UNA SALIENTE EN EL BORDE ALVEOLAR, EL PERIOSTIO Y LOS TEJIDOS SUPRAYACENTES PUEDEN DAR DE SI UN POCO YA QUE NO HAY UNA INSERCIÓN ÍNTIMA DE LOS TEJIDOS AL DIENTE.

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LOS CASOS DE FRACTURAS MAXILARES PRESENTAN AFECTACIÓN DE LOS DIENTES EN LA LÍNEA DE FRACTURA Y LA MAYORÍA SE ENCUENTRAN EN LA MANDÍBULA.

LA LOCALIZACIÓN DE LAS FRACTURAS MAXILARES ESTA RELACIONADA EN FORMA SIGNIFICATIVA CON EL ESTADO DE LA DENTICIÓN DE LAS ZONAS DE LA MANDÍBULA DONDE ESTÁN IMPLANTADOS LOS DIENTES, LA RE--

CIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR ES LA MÁS FRECUENTEMENTE AFECTADA SIGUIEN DESPUÉS CON UNA FRECUENCIA EN DISMINUCIÓN LAS REGIONES -- DEL CANINO, LOS INCISIVOS Y PREMOIARES INFERIORES.



**ZONAS DE
MAYOR
INCIDENCIA.**

EN LOS NIÑOS CON DIENTES SECUNDARIOS EN DESARROLLO LAS LÍNEAS DE FRACTURA SE ENCUENTRAN GENERALMENTE EN LAS REGIONES DE -- LOS CANINOS Y DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

LA CONDICIÓN CLÍNICA SE CARACTERIZA POR DESPLAZAMIENTO DE -- LOS FRAGMENTOS Y ALTERACIÓN DE LA OCLUSIÓN, LA PALPACIÓN CON UN DEDO COLOCADO SOBRE EL PROCESO ALVEOLAR PUEDE DESCUBRIR UN ESCALÓN EN LOS CONTORNOS DEL HUESO. CUANDO NO HAY DESPLAZAMIENTO, LA MANIPULACIÓN BIMANUAL DE LOS MAXILARES REVELARÁ GENERALMENTE LA MOVILIDAD ENTRE LOS FRAGMENTOS. TAMBIÉN ES SIGNIFICATIVO EL DOLOR PROVOCADO POR LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA, DEL MAXILAR, -- POR LA PALPACIÓN.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DE UNA FRACTURA DE LA MANDÍBULA O DEL MAXILAR SUPERIOR QUE AFECTE A LOS DIENTES DEBE EFECTUARSE PREFERENTEMENTE TANTO CON TÉCNICAS EXTRA COMO INTRAORALES.

GENERALMENTE, LAS RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES Y ESPECIALMENTE LA PANTOMOGRAFÍA SON MUY ÚTILES PARA DETERMINAR EL CURSO Y LA POSICIÓN DE LAS LÍNEAS DE FRACTURA, MIENTRAS QUE LAS RADIOGRAFÍAS INTRAORALES REVELAN LA RELACIÓN ENTRE LOS DIENTES AFECTADOS Y LA LÍNEA DE FRACTURA.

LAS FRACTURAS DEL MAXILAR SUPERIOR SON DIFÍCILES DE DIAGNOSTICAR EN LAS RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES DEBIDO A LA SUPERPOSICIÓN DE MUCHAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS. ESPECIALMENTE EN ESTOS CASOS, -- LAS PELÍCULAS INTRAORALES SON DE GRAN IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO PARA DETERMINAR LA RELACIÓN DE LA LÍNEA DE FRACTURA CON LOS DIENTES AFECTADOS.

EL CURSO DE LA FRACTURA SIGUE GENERALMENTE A LO LARGO DE LA CAVIDAD ALVEOLAR D SE LIMITA AL CENTRO DEL SEPTUM, PERO SE PUEDE VER UNA AOMBINACIÓN DE AMBDS.

LAS FRACTURAS DEL CUERPO DE LA MANOÍBULA NO SIEMPRE VAN PARALELAS A LO LARGO DEL ÁPICE DE LOS DIENTES. LA MAYORÍA DE LAS LÍNEAS DE FRACTURA SE DIRIGEN OBLICUAMENTE HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS DE LA BASE DE LA MANDÍBULA. EN LA REGIÓN DEL ÁNGULO MANDÍBULAR, LA POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR GENERALMENTE DETERMINA LA DIRECCIÓN DE LA LÍNEA DE FRACTURA, Y LA FRACTURA TOMA LA DIRECCIÓN DE MENOR RESISTENCIA.

EN LA INTERPRETACIÓN DE LAS LÍNEAS DE FRACTURA, SE DEBE RECORDAR QUE SI EL RAYO CENTRAL NO ESTÁ PARALELO AL PLANO DE LA FRACTURA APARECERÁN DOS LÍNEAS EN LA RADIOGRAFÍA, PUES LAS LÍNEAS DE FRACTURA DE LAS DOS TABLAS CORTICALES, LA INTERNA Y LA EXTERNA, APARECERAN COMO LÍNEAS SEPARADAS.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS SE DIRIGE A LA COLOCACIÓN DE LOS EXTREMOS DEL HUESO EN RELACIÓN ADECUADA PARA QUE SE TOQUEN Y MANTENGAN HASTA QUE OCURRA LA CICATRIZACIÓN.

EL TÉRMINO QUE DENOTA LA COLOCACIÓN DEL HUESO ES LA REDUCCIÓN DE LA FRACTURA. EL TÉRMINO QUE SE UTILIZA PARA MANTENER LA POSICIÓN ES LA FIJACIÓN.

HAY VARIOS MÉTODOS DE REDUCCIÓN. LA MÁS SENCILLA ES LA REDUCCIÓN CERRADA, ES DECIR, LA MANIOBRA QUE NO EXPONE QUIRÚRGICAMENTE AL HUESO. EN REDUCCIÓN CERRADA EL CIRUJANO HACE TRACCIÓN O MANIPULA EL HUESO DEBAJO DE LA PIEL INTACTA HASTA QUE LA FRACTURA ESTÁ EN POSICIÓN CORRECTA.

LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES SUPERIORES Y MANDÍBULA PUEDEN REDUCIRSE MANUALMENTE. EN LAS FRACTURAS VIEJAS DONDE LOS SEGMENTOS DEL HUESO NO SE MUEVEN LIBREMENTE, LA TRACCIÓN HECHA POR BANDAS DE HULE ENTRE LOS HUESOS EJERCE UNA FUERZA CONTINUA PODEROSA QUE REDUCE LA FRACTURA EN 15 MINUTOS A 24 HORAS.

LA TRACCIÓN ELÁSTICA VENCE A TRES FACTORES: LA ACCIÓN MUSCULAR ACTIVA QUE DESVÍA LOS FRAGMENTOS (CAUSA PRINCIPAL DE LA MALPOSICIÓN), EL TEJIDO CONECTIVO ORGANIZADO EN EL SITIO DE LA FRACTURA Y LA MALPOSICIÓN CAUSADA POR LA DIRECCIÓN Y FUERZA DEL TRAUMATISMO.

MUCHAS VECES LA FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR ESTÁ EMPUJADA

HACIA ATRÁS POR LA FUERZA Y DEBE TRAERSE HACIA ADELANTE CON LA MANIPULACIÓN O TRACCIÓN ELÁSTICA. RARA VEZ ESTOS HUESOS REQUIEREN LA SEPARACIÓN QUIRÚRGICA CON EXCEPCIÓN DEL CASO DE TRATAMIENTO RETARDADO CUANDO LA FRACTURA HA SANADO EN MALA POSICIÓN.

NO ES POSIBLE REDUCIR TODAS LAS FRACTURAS SATISFACTORIAMENTE POR EL MÉTODO CERRADO. SE ENCUENTRA MUCHAS VECES LA FRACTURA DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, QUE ES DIFÍCIL DE REDUCIR POR LA OIFICULTAD DE CONTRARRESTAR LA ACCIÓN PODEROSA DE LOS MÚSCULOS MAS TICADRIOS. SIN EMBARGO, EN EL CASO DE LA FRACTURA DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA LA REDUCCIÓN ABIERTA SE HACE MÁS PARA LA FIJACIÓN QUE PARA LA REDUCCIÓN.

CUANDO EL HUESO ESTÁ EXPUESTO QUIRÚRGICAMENTE SE HACEN PERFORACIONES EN CADA LADO DE LA FRACTURA, SE CRUZA ALAMBRE SOBRE LA FRACTURA Y LOS BORDES DEL HUESO SE LLEVAN A UNA BUENA APROXIMACIÓN. ADEMÁS DE LA BUENA FIJACIÓN, LA FRACTURA PUEDE REDUCIRSE EXACTAMENTE POR VISIÓN DIRECTA.

LA APROXIMACIÓN PERFECTA NO SIEMPRE SE LOGRA CON LOS MÉTODOS CERRADOS; PUEDE DECIRSE, SIN EMBARGO, QUE LAS FRACTURAS DE LA MANDÍBULA QUE OCURREN DENTRO DE LA ARCADA DENTARIA SE REDUCEN CON PRECISIÓN MILIMÉTRICA POR LA ACCIÓN DE LAS FOSETAS DENTARIAS DE UNA ARCADA QUE GUÍAN A LA OTRA ARCADA A LA OCLUSIÓN PREEXISTENTE.

OTRA VENTAJA DE LA REDUCCIÓN ABIERTA, ESPECIALMENTE CON FRACTURAS TARDÍAS, ES LA OPORTUNIDAD QUE TIENE EL CIRUJANO DE REMOVER EL TEJIDO CONECTIVO EN ORGANIZACIÓN Y LOS DEFECTOS QUE EXISTEN EN LOS BORDES DEL HUESO, QUE SI SE DEJARAN RETARDARÍAN LA CURACIÓN EN LA NUEVA POSICIÓN.

LAS DESVENTAJAS DE LA REDUCCIÓN ABIERTA SON: 1) QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO QUITA PROTECCIÓN NATURAL, DADA POR EL COÁGULO SANGUINEO Y QUE SE CORTA PERIOSTIO LIMITANTE; 2) ES POSIBLE LA INFECCIÓN AUN CON MÉTODOS ASÉPTICOS ESTRICTOS Y ANTIBIÓTICOS- 3) EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NECESARIO AUMENTA EL TIEMPO QUE EL PACIENTE PERMANECE EN EL HOSPITAL Y LOS COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN; 4) SE FORMA UNA CICATRIZACIÓN CUTÁNEA.

CUANDO LOS MAXILARES SUPERIORES Y LA MANDÍBULA CONTIENEN DIENTES, SU OCLUSIÓN PUEDE UTILIZARSE COMO GUÍA PARA LA REDUCCIÓN COLOCANDO ALAMBRES, BARRAS PARA ARCADAS O FÉRULAS SOBRE LOS DIENTES Y BANDAS ELÁSTICAS O ALAMBRES DESDE LA ARCADA INFERIOR HASTA

LA SUPERIOR, LOS HUESOS SE LLEVAN A SU POSICIÓN CORRECTA A TRAVÉS DE LA INTERDIGITACIÓN CORRECTA DE LOS DIENTES.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL MAXILAR EN NIÑOS CON DIENTES EN DESARROLLO EN LA LÍNEA DE FRACTURA SIGUE LOS PRINCIPIOS GENERALES, POR EJEMPLO, REPOSICIÓN EXACTA Y GENERALMENTE FIJACIÓN INTERMAXILAR. ES IMPORTANTE QUE SE CONSERVEN LOS DIENTES SECUNDARIOS EN DESARROLLO EN LAS LÍNEAS DE FRACTURA. LA ÚNICA EXCEPCIÓN A ESTA REGLA PUEDE SER EL DESARROLLO DE UNA INFECCIÓN EN LA LÍNEA DE FRACTURA SOSTENIDA POR GÉRMINES ORALES INFECCIOSOS.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL MAXILAR EN ADULTOS, CON DIENTES EN LA LÍNEA DE FRACTURA, IMPLICA UNA DECISIÓN CONTROVERTIDA. HACE ALGÚN TIEMPO, ESPECIALMENTE ANTES DE LA ERA ANTIBIÓTICA SE ACOSTUMBRABA EXTRAER TODOS LOS DIENTES DE LA LÍNEA DE FRACTURA. SIN EMBARGO ESTUDIOS RECIENTES HAN REVELADO QUE ÉSTO NO REDUCE LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA FRACTURA, Y HASTA PUEDE AUMENTAR SU NÚMERO.

LOS REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES AFECTADOS POR LA LÍNEA DE FRACTURA SON LA AUSENCIA DE INFLAMACIÓN MARGINAL Y/O APICAL, MIENTRAS QUE EL CEMENTO DESCUBIERTO O BIDO A DISLOCACIÓN DE LOS FRAGMENTOS NO CONTRAINDIQUE UNA TERAPÉUTICA CONSERVADORA.

LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES EN LA LÍNEA DE FRACTURA PUEDE TRAER CIERTAS VENTAJAS AL TRATAMIENTO. SE EVITA UN TRAUMATISMO ADICIONAL Y EL DESPLAZAMIENTO DEL HUESO FRACTURADO, Y UN DIENTE CONSERVADO PUEDE ASEGURAR UNA OCLUSIÓN NORMAL Y LA POSICIÓN DE UN FRAGMENTO POSTERIOR. ESTAS VENTAJAS SON TAN IMPORTANTES QUE CONTRAINDICAN LAS EXTRACCIONES INDISCRIMINADAS DE LOS DIENTES COLOCADOS EN LA LÍNEA DE FRACTURA.

EL PRONÓSTICO PARA LOS DIENTES SECUNDARIOS AFECTADOS EN FRACTURAS DEL MAXILAR O DE LA MANDÍBULA:

INFECCIÓN EN LA LÍNEA DE FRACTURA: 5 AL 9%, NECROSIS PULPAR 25%, OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO PULPAR 5%, REABSORCIÓN RADICULAR-PROGRESIVA 0%, PÉRDIDA DEL HUESO DE SOSTÉN MARGINAL 12%.

VIII LESIONES DE LOS DIENTES EN DESARROLLO

LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS DIENTES EN DESARROLLO PUEDEN INFLUIR EN SU CRECIMIENTO POSTERIOR Y MADUREZ, GENERALMENTE DEJAN UNA DEFORMACIÓN PERMANENTE Y CON FRECUENCIA MUY VISIBLE.

ESPECIALMENTE CUANDO LA LESIÓN AFECTA A LOS DIENTES DURANTE EL PERIODO INICIAL DEL DESARROLLO, LA FORMACIÓN DEL ESMALTE PUEDE SER PERTURBADA SERIAMENTE DEBIDO A LA INTERFERENCIA EN VARIOS ESTADIOS DEL DESARROLLO DE LOS AMELOBLASTOS.

LA ESTRECHA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS ÁPICES DE LOS DIENTES PRIMARIOS Y LOS SUCESORES EN DESARROLLO EXPLICA POR QUÉ LAS LESIONES DE LOS DIENTES PRIMARIOS SON TRANSMITIDAS FÁCILMENTE A LA DENTICIÓN SECUNDARIA.

ASÍ MISMO, LAS FRACTURAS ÓSEAS LOCALIZADAS EN LAS ZONAS DEL MAXILAR CON DIENTES EN DESARROLLO PUEDEN INTERFERIR EN LA ODONTOGÉNESIS.

LA EDAD EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN ES DE GRAN IMPORTANCIA YA QUE LOS GRUPOS POR ENCIMA DE LOS 4 AÑOS DE EDAD PARECE QUE OFRECEN MENORES COMPLICACIONES COMPARÁNDOLOS CON GRUPOS DE EDADES MENORES.

LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ORALES PUEDEN PRODUCIR MALFORMACIONES DENTARIAS, ASÍ, PACIENTES OPERADOS POR PALADAR FISURADO MUESTRAN CON GRAN FRECUENCIA DEFECTOS DEL ESMALTE TANTO EN LA DENTICIÓN PRIMARIA COMO EN LA SECUNDARIA.

LA EVALUACIÓN DE LA EXTENSIÓN TOTAL DE LAS COMPLICACIONES QUE SIGUEN A LAS LESIONES SUFRIDAS EN LA PRIMERA INFANCIA DEBE ESPERAR A LA ERUPCIÓN COMPLETA DE TODOS LOS DIENTES SECUNDARIOS-AFECTADOS.

1) DECOLORACION BLANCA O AMARILLO MARRON DEL ESMALTE. APARECEN COMO CAMBIOS DE COLOR VIVAMENTE MARCADOS EN EL ESMALTE, MÁS FRECUENTEMENTE SITUADOS EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DE LA CORONA Y SU EXTENSIÓN VARÍA DESDE PEQUEÑOS PUNTOS HASTA ZONAS EXTENSAS.

ESTOS CAMBIOS DE COLOR APARECEN GENERALMENTE SIN DEFECTOS CLÍNICOS DETECTABLES EN LA SUPERFICIE DEL ESMALTE, PERO EN ALGUNOS CASOS MUESTRAN UNA CAVIDAD EN LA CAPA SUPERFICIAL DEL ESMALTE.

ESTAS LESIONES CASI SIEMPRE AFECTAN A LOS INCISIVOS SUPERIORES, Y LA EDAD DE LOS PACIENTES EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN PARECE OSCILAR DE LOS 2 A LOS 7 AÑOS DE EDAD.

EL GRADO DE DESARROLLO DEL GERMEN DEL DIENTE SECUNDARIO EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN PUEDE VARIAR DE LA FORMACIÓN DE LA MITAD DE LA CORONA A LA MITAD DE LA RAÍZ Y NINGÚN TIPO ESPECÍFICO DE LESIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS ESTÁ RELACIONADO APARENTEMENTE A ESTOS GRUPOS DE LESIONES.

PERTURBACIONES SIMILARES EN LA FORMACIÓN DEL ESMALTE PUEDEN OCURRIR EN LOS DIENTES EN DESARROLLO AFECTADOS EN UNA FRACTURA DEL MAXILAR.

LOS CAMBIOS DE COLOR CON O SIN DEFECTOS EN LA SUPERFICIE DEL ESMALTE PUEDEN DARSE COMO UNA SECUELA DE LA INFLAMACIÓN PERIAPICAL DE LOS DIENTES PRIMARIOS, LO QUE OCURRE EN LOS LLAMADOS DIENTES DE TURNER.

2) DECOLORACION BLANCA O AMARILLO MARRON E HIPOPLASIA DEL ESMALTE. ES OTRA MANIFESTACIÓN DE UNA LESIÓN SUFRIDA DURANTE LOS ESTADIOS DE FORMACION DEL GERMEN DENTARIO SECUNDARIO.

EL DESCUBRIMIENTO TÍPICO EN ESTE GRUPO QUE LO DISTINGUE DEL ANTERIOR, ES UNA EDENTULACIÓN HORIZONTAL ESTRECHA QUE RODEA LA CORONA CERVICALMENTE EN LAS ZONAS DECOLORADAS, EN ALGUNOS CASOS SE ENCUENTRA UN DEFECTO EXTERNO EN EL CENTRO DE LAS LESIONES MARRONES.

ESTAS LESIONES AFECTAN GENERALMENTE A LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES, EL MOMENTO DE LA LESIÓN ES GENERALMENTE A LOS 2 AÑOS DE EDAD.

EL GRADO DE DESARROLLO DEL GERMEN DENTARIO SECUNDARIO VARÍA DE LA MITAD DE LA CORONA A LA FORMACIÓN COMPLETA DE ÉSTA, EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN.

LOS DEFECTOS DE LA SUPERFICIE DEL ESMALTE SON LA MAYORÍA -- PROBABLEMENTE MANIFESTACIONES DE UNA LESIÓN DIRECTA A LA MATRIZ DEL ESMALTE ANTES DE LA MINERALIZACIÓN COMPLETA.

EL TRATAMIENTO PARA LA DECOLORACIÓN AMARILLO MARRÓN E HIPOPLASIA DEL ESMALTE ES LA OBTURACIÓN CON RESINA, CUANDO LA DECOLORACIÓN Y LOS DEFECTOS DEL ESMALTE OCUPAN LA MAYOR PARTE DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR, PUEDE ESTAR INDICADO EL COLDCAR UNA CORONA-FUNDA DE PORCELANA O UNA CORONA DE ORO VENEER CON CARILLA DE PORCELANA SIEMPRE QUE LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ SEA COMPLETA.

3) DILACERACION DE LA CORONA. SON DEBIDAS A UN DESPLAZAMIENTO TRAUMÁTICO NO AXIAL DE TEJIDO DURO YA FORMADO EN RELACIÓN CON

LOS TEJIDOS BLANDOS EN DESARROLLO.

DILACERACION: FUERTE DESVIACIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE LOCALIZADA EN LA CORONA O EN LA RAÍZ.

LOS DIENTES CON LACERACIONES EN LA CORONA GENERALMENTE SON LOS INCISIVOS CENTRALES EN EL MAXILAR Y EN LA MANDÍBULA Y APROXIMADAMENTE LA MITAD DE ÉSTOS QUEDAN IMPACTADOS MIENTRAS QUE LOS RESTANTES HACEN ERUPCIÓN NORMAL O EN VERSIÓN LINGUAL O VESTIBULAR.

LA LESIÓN EN LA DENTICIÓN PRIMARIA GENERALMENTE OCURRE A LOS 2 AÑOS DE EDAD CON UNA EXTENSIÓN DE MENOS DE UN AÑO A 5 AÑOS.

MUY FRECUENTEMENTE LA LESIÓN OCURRE EN UN MOMENTO EN QUE SÓLO LA MITAD DE LA FORMACIÓN DE LA CORONA SE HA COMPLETADO. EL TRAUMATISMO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA GENERALMENTE CONSISTE EN ARTICULACIÓN O INTRUSIÓN.

LA DESVIACIÓN DE LA PARTE CORONARIA VARÍA SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DEL DIENTE, LOS INCISIVOS SUPERIORES GENERALMENTE OFRECEN UNA DESVIACIÓN LINGUAL, MIENTRAS QUE LA INCLINACIÓN ES CON MÁS FRECUENCIA VESTIBULAR CUANDO LOS AFECTADOS SON LOS INCISIVOS INFERIORES.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO CON CORONA LACERADA QUE NO HAN HECHO ERUPCIÓN REVELA LA MALFORMACIÓN, COMO UN ACORTAMIENTO DE LA PARTE CORONARIA.

4) MALFORMACIONES EN FORMA DE ODONTOMA. LAS MALFORMACIONES EN FORMA DE ODONTOMA SON UNA SECUELA POCO FRECUENTE EN LAS LESIONES DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.

LOS CASOS REGISTRADOS SE LIMITAN A LOS INCISIVOS ESPECIALMENTE EN EL MAXILAR SUPERIOR.

LA EDAD EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN SE SITÚA DESDE MENOS DE UN AÑO DE EDAD A LOS TRES AÑOS. EL TIPO DE LESIÓN QUE AFECTA A LA DENTICIÓN PRIMARIA PARECE SER LA LUXACIÓN INTRUSIVA O LA EXARTICULACIÓN.

LA HISTOLOGÍA Y RAYOS X DE ESTOS CASOS MUESTRAN UN CONGLOMERADO DE TEJIDO DURO Y TIENE LA MORFOLOGÍA DE UN ODONTOMA COMPLEJO O ELEMENTOS DENTARIOS SEPARADOS.

EL ORIGEN TRAUMÁTICO DE ESTAS MALFORMACIONES ES APOYADO POR LAS SEQUELAS DE EXTRACCIONES DE MOLARES PRIMARIOS DEBIDAS A LAS COMPLICACIONES PULPARES.

5) DUPLICACION RADICULAR. ES UNA LESIÓN POCO FRECUENTE Y SE PRESENTA COMO UNA SECUELA DE LA LUXACIÓN INTRUSIVA EN LOS DIENTES PRIMARIOS.

LA LESIÓN OCURRE GENERALMENTE EN ESTADIOS EN QUE LA FORMACIÓN DE LA CORONA ESTÁ A MEDIO REALIZAR O MENOS.

LA PATOLOGÍA DE ESTOS CASOS INDICA QUE UNA DIVISIÓN TRAUMÁTICA DE LAS CRESTAS CERVICALES OCURRE DURANTE LA LESIÓN TENIENDO COMO CONSECUENCIA LA FORMACIÓN DE DOS RAÍCES SEPARADAS.

RADIOGRÁFICAMENTE SE PUEDE OBSERVAR UNA RAÍZ MESIAL Y OTRA DISTAL, PROLONGÁNDOSE DE UNA CORONA PARCIALMENTE FORMADA.

6) ANGULACION RADICULAR VESTIBULAR. LA ANGULACIÓN RADICULAR VESTIBULAR APARECE COMO UNA CURVATURA EVIDENTE LIMITADA A LA PARTE RADICULAR.

EL DIENTE DEFORMADO GENERALMENTE QUEDA IMPACTADO Y LA PARTE CORONARIA SE PUEDE PALPAR A TRAVÉS DEL SURCO LABIAL.

LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES PARECEN SER QUE SON LOS ÚNICOS DIENTES QUE MUESTRAN ESTE TIPO DE DEFORMACIÓN.

LA LESIÓN GENERALMENTE SE SUFRE DE LOS DOS AÑOS A LOS CINCO AÑOS DE EDAD Y EN LA DENTICIÓN PRIMARIA LAS LESIONES CONSISTEN EN LUXACIÓN INTRUSIVA O EXARTICULACIONES.

RADIOGRÁFICAMENTE UN DIENTE CON ANGULACIÓN RADICULAR APARECE EN ESCORZO Y PROYECCIONES POSTERIORES PUEDEN CLARIFICAR LA POSICIÓN EXACTA DEL DIENTE EN EL MAXILAR Y LA LOCALIZACIÓN DE LA DEFORMACIÓN DE LA RAÍZ.

EL TRATAMIENTO PARA LA ANGULACIÓN RADICULAR VESTIBULAR ES, EN ESTOS CASOS LOS DIENTES PUEDEN SER REALINEADOS EN LA POSICIÓN NORMAL POR EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA SEGUIDA DE TRATAMIENTO ORTODÓNICO SIEMPRE QUE LAS CONDICIONES DE ESPACIO PERMITAN ESTAS TÉCNICAS.

EN OTRAS MALFORMACIONES LA EXTRACCIÓN ES GENERALMENTE EL TRATAMIENTO INDICADO.

7) ANGULACION O DILACERACION RADICULAR LATERAL. APARECE COMO UNA INCLINACIÓN MESIAL O DISTAL LIMITADA A LA PARTE RADICULAR, ESTA LESIÓN AFECTA GENERALMENTE A LOS INCISIVOS SUPERIORES Y LA EDAD DEL TRAUMATISMO EN LA DENTICIÓN PRIMARIA VARÍA DE LOS DOS A LOS 7 AÑOS DE EDAD.

EL TIPO DE LESIÓN GENERALMENTE CONSISTE EN LA EXARTICULACIÓN DE LOS INCISIVOS PRIMARIOS. AL CONTRARIO DE LAS ANGULACIONES VESTIBULARES, LA MAYORÍA DE LOS DIENTES CON ANGULACIÓN RADICULAR LATERAL O DILACERACIÓN HACEN ERUPCIÓN ESPONTÁNEAMENTE.

SE HAN REGISTRADO MALFORMACIONES CON UNA MORFOLOGÍA SIMILAR EN LOS DIENTES EN DESARROLLO AFECTADOS POR FRACTURA DEL MAXILAR.

8) DETENCIÓN PARCIAL O COMPLETA DE LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ ES UNA COMPLICACIÓN RARA EN LAS LESIONES DE LA DENTICIÓN PRIMARIA Y QUE AFECTA AL 2% DE LOS DIENTES SECUNDARIOS IMPLICADOS.

ESTA LESIÓN AFECTA ESPECIALMENTE A LOS INCISIVOS SUPERIORES Y LA EDAD DEL TRAUMATISMO EN LA DENTICIÓN PRIMARIA ES GENERALMENTE DE LOS CINCO A LOS SIETE AÑOS DE EDAD.

LA LESIÓN SUFRIDA DURANTE LA DENTICIÓN PRIMARIA CONSISTE GENERALMENTE EN LA EXARTICULACIÓN DE LOS INCISIVOS PRIMARIOS.

ALGUNOS DIENTES CON ESTE TIPO DE FORMACIÓN RADICULAR ANORMAL QUEDAN INCLUIDOS, MIENTRAS QUE OTROS HACEN ERUPCIÓN PRECIZAMENTE Y CON FRECUENCIA SON EXPULSADOS DEBIDO A UN SOSTÉN PERIODONTAL POCO ADECUADO.

ANORMALIDADES RADICULARES PARECIDAS SE HAN ENCONTRADO EN LOS DIENTES EN DESARROLLO AFECTADOS POR FRACTURAS DEL MAXILAR.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DE LOS DIENTES REVELA EL ACORTAMIENTO TÍPICO DE LA PARTE RADICULAR Y SE PUEDE VER TAMBIÉN REABSORCIÓN RADICULAR EN ESTE TIPO DE ANORMALIDADES DE LA RAÍZ.

9) SECUESTRO DEL GERMEN DE LOS DIENTES PERMANENTES. EL SECUESTRO DEL GERMEN DEL DIENTE SECUNDARIO ES SUMAMENTE RARO DESPUÉS DE LAS LESIONES DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.

EL SECUESTRO SIGUE UN CURSO MUY LARGO Y SE PUEDE CONSIDERAR POSIBLEMENTE COMO UNA SECUELA DE LA ERUPCIÓN PRECIZ DE UN GERMEN DENTARIO NO DESARROLLADO CON UNA FORMACIÓN INADECUADA DE LA RAÍZ.

LA INFECCIÓN PUEDE COMPLICAR LA CURACIÓN DE LAS FRACTURAS DEL MAXILAR, EN ESTOS CASOS SON RASGOS TÍPICOS LA TUMEFACCIÓN, LA SUPURACIÓN DE UNA FÍSTULA, Y PUEDE PRESENTARSE EL SECUESTRO ESPONTÁNEO DE LOS GÉRMINES DENTARIOS AFECTADOS.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DESCUBRE CAMBIOS OSTEOLÓGICOS ALRE-
DOR DEL GERMEN DENTARIO, INCLUYENDO LA DESAPARICIÓN DEL CON-
Torno DE LA CRIPTA DENTARIA.

10) ALTERACION EN LA ERUPCION. LA ERUPCIÓN DE LOS INCISI-
VOS PERMANENTES SUCESORES GENERALMENTE SE RETRASA UN AÑO DES-
PUÉS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS INCISIVOS PRIMARIOS MIENTRAS
QUE LA ERUPCIÓN PREMATURA DE LOS SUCESORES SECUNDARIOS ES POCO-
FRECUENTE.

ADEMÁS, LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES AFECTADOS OCURRE CON --
FRECUENCIA EN VERSIÓN VESTIBULAR O LINGUAL. LA IMPACTACIÓN ES -
MUY COMÚN EN LOS DIENTES CON MALFORMACIONES LIMITADAS A LA CORO-
NA O A LA RAÍZ.

IX PREVENCIÓN DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS Y ORALES.

LOS ACCIDENTES DE BICICLETA, LAS LESIONES EN CASA O EN LOS PATIOS DE JUEGO, HAN SIDO LA CAUSA DE FRACTURAS CRANIALES Y DE RAÍCES DENTARIAS, PULPAS NECRÓTICAS Y DIENTES AVULSIONADOS O DISLOCADOS.

EL CONSEJO DE SEGURIDAD NACIONAL, LAS FÁBRICAS DE AUTOMÓVILES Y OTROS GRUPOS HAN SUGERIDO VARIAS CARACTERÍSTICAS NUEVAS - PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD INCLUYENDO LOS CINTURONES DE SEGURIDAD, TABLERO DE INSTRUMENTOS ACOJINADO, ESPEJO PARA VISIÓN POSTERIOR DE DISEÑO DIFERENTE, VOLANTE EN FORMA DE TELESCOPIO, PARABRISAS MOVIBLE Y TABLERO DE INSTRUMENTOS SIN MANIJAS Y BOLSA DE AIRE.

SE ACONSEJA QUE LOS NIÑOS VIAJEN EN EL ASIENTO POSTERIOR, DONDE LAS GRANDES FRACTURAS FACIALES SON MENOS FRECUENTES. EL SITIO MÁS PELIGROSO DEL AUTOMÓVIL ES EL ASIENTO DELANTERO A UN LADO DEL CONDUCTOR.

ESTAS LESIONES DENTARIAS REPRESENTAN SONRISAS ESTROPEADAS PARA TODA LA VIDA, PUESTO QUE NADA REEMPLAZA LA BELLEZA ESTÉTICA DE LOS TEJIDOS DENTARIOS PERFECTOS.

CUANDO SE CONSIDERA LA MULTIPLICIDAD DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS EN ESTAS LESIONES, SE EVIDENCIA LO DIFÍCIL QUE ES APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS.

SIN EMBARGO ALGUNOS INDIVIDUOS PROPENSOS A SUFRIR ACCIDENTES PUEDEN SER PROTEGIDOS POR DIVERSAS MEDIDAS. ESPECIALMENTE, - AQUELLOS QUE PRACTIQUEN DEPORTES EN LOS CUALES HAYA CHOQUE. POR EJEMPLO, LOS PACIENTES CON DIENTES FRONTALES PROTRUIDOS ESTÁN - ESPECIALMENTE EXPUESTOS A SUFRIR LESIONES DENTARIAS Y LA CORRECCIÓN ORTODÓNICA TEMPRANA SE DEBE CONSIDERAR EN ESTOS CASOS COMO UNA MEDIDA PREVENTIVA. ADEMÁS, LOS PROTECTORES BUCALES PUEDEN SER EFECTIVOS EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES DENTARIAS DEBIDAS A DEPORTES CON CHOQUES Y DURANTE TÉCNICAS ANESTÉSICAS.

LOS DEPORTES CON CHOQUES HAN SIDO LA CAUSA DE MUCHAS LESIONES DE LA CABEZA Y EL CUELLO. ANTERIORMENTE LOS ESFUERZOS PARA LA PROTECCIÓN SE CONCENTRABAN EN LOS CASCOS Y EN LAS HOMBRERAS DE COJINCILLO Y NO SE USABA EQUIPO PROTECTOR ALGUNO PARA LA BOCAL Y LOS DIENTES. SE DESCUBRIÓ, SIN EMBARGO, QUE MÁS DE UN CUAR

TO DE TODAS LAS LESIONES DE FÚTBOL ERAN LAS LESIONES DENTARIAS.

UNO DE LOS PRIMEROS INTENTOS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE LESIONES EN LA CABEZA Y LA CARA FUE EL DESARROLLO DE UN PROTECTOR PARA LA CARA, GENERALMENTE DENOMINADO MÁSCARA FACIAL. ESTA CONSISTE EN UNA O MÁS BARRAS ALMOHADILLADAS UNIDAS A LOS DOS LADOS DEL CASCO. EL USO DE LA MÁSCARA FACIAL REDUJO LAS LESIONES EN LA CABEZA, CARA Y DIENTES.

SE RECOMIENDA QUE CADA JUGADOR DEBE USAR UN PROTECTOR INTRAORAL DE BOCA Y DIENTES QUE INCLUYE TANTO UNA PARTE OCLUSAL - COMO LABIAL. EL PROTECTOR DEBE SER: 1) CONSTRUÍDO Y ADAPTADO AL INDIVIDUO TOMANDO LA IMPRESIÓN DE SUS DIENTES EN EL MISMO PROTECTOR DE BOCA Y DIENTES, O 2) CONSTRUÍDO DE ACUERDO CON UN MODELO OBTENIDO DE UNA IMPRESIÓN DEL INDIVIDUO.

UNA COMPARACIÓN DE LAS LESIONES DENTARIAS, SEGÚN EL TIPO DE DEPORTE, MUESTRA MUY CLARAMENTE QUE LAS REGLAS DE FÚTBOL AMERICANO SOBRE EL USO OBLIGATORIO DE LA MÁSCARA FACIAL Y DEL PROTECTOR BUCAL HAN COLOCADO LAS LESIONES DENTARIAS POR DEBAJO DE LAS DEL BALONCESTO Y DE LA LUCHA LIBRE.

SE DESTACA, POR CONSIGUIENTE, QUE LA PROTECCIÓN DE LOS TEJIDOS ORALES Y DENTARIOS ES NECESARIA PARA TODOS LOS PARTICIPANTES EN DEPORTES CON CHOQUES, FÚTBOL AMERICANO, RUGBY, HOCKEY, FÚTBOL, BALONCESTO, BOXEO, LUCHA LIBRE, ETC.

LOS PROTECTORES BUCALES TIENEN VARIAS FUNCIONES:

1. MANTIENEN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LOS LABIOS Y MEJILLAS SEPARADOS DE LOS DIENTES Y PREVIENEN LA LACERACIÓN Y MAGULLADURAS DE LABIOS Y MEJILLAS CONTRA LOS DIENTES Duros E IRREGULARES DURANTE EL GOLPE.

2. AMORTIGUAN Y DISTRIBUYEN LAS FUERZAS DE LOS GOLPES FRONTALES DIRECTOS QUE, DE OTRO MODO, CAUSARÍAN FRACTURA O DISLOCACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES, PROPIEDAD QUE SE HA DEMOSTRADO EN CONDICIONES EXPERIMENTALES.

3. EVITAN EL CONTACTO VIOLENTO DE LOS DIENTES DE LAS ARCADAS ANTAGONISTAS QUE PUEDE ASTILLAR O FRACTURAR LOS DIENTES O PERJUICAR A LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN.

4. OTORGAN A LA MANDÍBULA UN SOPORTE FLEXIBLE PERO FIRME QUE ABSORBE LOS GOLPES QUE PUEDEN FRACTURAR EL ÁNGULO O EL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA CUANDO ESTOS SE ENCUENTRAN SIN DEFENSA.

5. AYUDAN A PREVENIR LAS CONCUSIONES, HEMORRAGIAS CÉREBRALES Y POSIBLEMENTE LA MUERTE MANTENIENDO LOS MAXILARES APARTE Y ACTUANDO COMO RECEPTORES DEL GOLPE PARA IMPEDIR EL DESPLAZAMIENTO HACIA ARRIBA O HACIA ATRÁS DE LOS CÓNDILOS MANDIBULARES CONTRA LA BASE DEL CRÁNEO.

6. OFRECEN PROTECCIÓN CONTRA LAS LESIONES DEL CUELLO. SE HA DEMOSTRADO POR MEDIO DE RADIOGRAFÍAS CEFALOMÉTRICAS LA REPOSICIÓN DEL CÓNDILO MANDIBULAR, VERTEBRAS CERVICALES Y OTRAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS CERVICALES CUANDO ESTABA PRESENTE UN PROTECTOR BUCAL.

7. SON APORTES PSICOLÓGICOS PARA LOS ATLETAS DE DEPORTES CON CHOQUES.

8. LLENAN EL ESPACIO Y SOSTIENEN LOS DIENTES CONTIGUOS, DE MANERA QUE LAS DENTADURAS PARCIALES SE PUEDEN RETIRAR DURANTE LOS DEPORTES CON CHOQUES. ÉSTO PREVIENE LA POSIBLE FRACTURA DE LA DENTADURA Y EL TRAGAR O INHALAR ACCIDENTALMENTE LOS FRAGMENTOS.

EL COMITÉ CONJUNTO DE PROTECTORES BUCALES DE ESTADOS UNIDOS DETERMINÓ QUE LAS CALIDADES MÁS DESEABLES DE UN PROTECTOR BUCAL SON: RETENCIÓN, COMODIDAD, FACILIDAD DE PALABRA, RESISTENCIA A LA LACERACIÓN, FACILIDAD DE RESPIRACIÓN Y PROTECCIÓN PARA LOS DIENTES ENCÍAS Y LABIOS.

LOS PROTECTORES BUCALES DEBEN SER FABRICADOS CORRIENTEMENTE PARA EL ARCO SUPERIOR. SIN EMBARGO, EN PACIENTES CON MALOCCLUSIÓN DE CLASE III, EL PROTECTOR SE DEBE FABRICAR PARA CUBRIR LOS DIENTES INFERIORES MÁS PROMINENTES.

EL DISEÑO DEL PROTECTOR BUCAL RECOMENDADO ES EL SIGUIENTE:

1) LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE TODOS LOS DIENTES DEBEN QUEDAR CUBIERTAS COMO PROTECCIÓN Y PARA PREVENIR LA ERUPCIÓN CONTINUA DE LOS DIENTES.

2) LOS FLANCOS SE DEBEN EXTENDER VESTIBULARMENTE A TRES MILÍMETROS DEL SURCO MUCOBUCAL PARA UNA MÁXIMA RETENCIÓN Y PARA PROTEGER EL LABIO Y LA ENCÍA, TENIENDO CUIDADO DE NO TROPEZAR CON LIGAMENTOS MUSCULARES TENSOS O FRENILLOS.

3) SE DEBE EXTENDER DISTALMENTE PARA INCLUIR LA TUBEROSIDAD A CADA LADO.

4) SE DEBE EXTENDER LINGUALMENTE APROXIMADAMENTE SEIS MILÍMETROS EN LA MUCOSA DEL PALADAR, DISMINUYENDO LOS MÁRGENES EN

FORMA DE PLUMA PARA EVITAR LA PROVINCENCIA LINGUAL, LO QUE IMPIDE EL HABLA Y LA RESPIRACIÓN.

ES NECESARIO QUE, UN INDIVIDUO CON DIENTES MUY CARIADOS O CON TEJIDOS GINGIVALES ENFERMOS RECIBA TRATAMIENTO PARA SUS DIENTES Y PARA LA CURACIÓN DE LAS ENCÍAS ANTES DE CONSTRUIR Y ADAPTAR UN PROTECTOR BUCAL. LOS DIENTES CON BORDES AGUDOS O ROTOS PUEDEN O BIEN CORTAR EL PROTECTOR O ROMPERSE, A PESAR DE ESTAR PROTEGIDOS.

ES ÚTIL IGUALAR CUALQUIER CÚSPIDE AGUDA DE LOS DIENTES. LA GINGIVITIS MARGINAL O LA GINGIVITIS ULCEROSA NECRÓTICA SE PUEDEN AGRAVAR POR EL USO DEL PROTECTOR BUCAL, Y ESPECIALMENTE SI LA HIGIENE ES DEFICIENTE.

LOS PROTECTORES BUCALES SE CLASIFICAN EN TRES VARIEDADES: - A) SURTIDO, B) ADAPTADOS EN LA BOCA, Y C) HECHOS A LA MEDIDA.

A) EL SURTIDO O VARIEDAD PARA BOXEADOR SE FABRICA CON GOMA O PLÁSTICO Y EN UNA MEDIDA QUE SE ADAPTA SUPUESTAMENTE A TODO EL MUNDO. SE ADAPTA DE MODO QUE QUEDE FLOJO Y SE DEBE CONSERVAR EN SU SITIO CERRANDO LOS MAXILARES UNO CON OTRO. LA ADAPTACIÓN SE PUEDE MEJORAR FRECUENTEMENTE AJUSTÁNDOLO CON TIJERAS PARA ALIVIAR INSERCIONES BAJAS DE FRENILLOS. ES POPULAR DEBIDO A SU BAJO PRECIO, Y LAS TIENDAS DE ARTÍCULOS DE DEPORTES VENDEN MUCHAS MARCAS.

B) LA VARIEDAD DEL PROTECTOR ADAPTADO A LA BOCA VARÍA DESDE UN SURTIDO PREFABRICADO QUE GENERALMENTE CONSISTE EN UNA CONCHA EXTERNA GRUESA DE GOMA FUERTE O PLÁSTICO EN FORMA DE HERRADURA Y UN CONTORNO INTERIOR ELÁSTICO QUE SE ADAPTA A LOS DIENTES. LA CONCHA EXTERIOR PULIDA Y DURABLE PARA EL PROTECTOR, Y EL CONTORNO SE ADAPTA A LAS SUPERFICIES OCLUSALES Y A LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS PARA OBTENER RETENCIÓN Y DISTRIBUIR UN GOLPE AMORTIGUADO SOBRE UNA ZONA MÁS EXTENSA.

C) LOS PROTECTORES BUCALES HECHOS A MEDIDA SON CONSTRUÍDOS INDIVIDUALMENTE POR EL DENTISTA SOBRE MODELOS DE YESO OBTENIDOS DE IMPRESIONES DE ALGINATO DE LA BOCA DEL ATLETA. LA MAYOR VENTAJA DE UN PROTECTOR HECHO A MEDIDA ES QUE SE PUEDE INDIVIDUALIZAR EL DISEÑO DE ACUERDO CON LA ANATOMÍA DE LA BOCA Y EL TIPO DE DEPORTE QUE PRACTICA EL ATLETA. EL JUGADOR DE HOCKEY, QUE TIENE PROBABILIDADES DE RECIBIR UN GOLPE DE RODILLA EN LA BOCA-

NECESITA UN SOSTÉN LABIAL GRUESO Y FUERTE EN SU PROTECTOR PARA RESISTIR LOS IMPACTOS LABIALES AGUDOS. UN JUGADOR DE FÚTBOL AMERICANO QUE USA MÁSCARA DE CARA ES PROBABLE QUE UN GOLPE QUE RECIBA DE UNA RODILLA O ZAPATO DEBAJO DEL MENTÓN QUE UN GOLPE LABIAL Y ASÍ NECESITA UN SOPORTE SUAVE Y CON ADECUADA OCLUSIÓN PARA PREVENIR DAÑO DE DIENTES ROTOS Y DESPLAZAMIENTO DE LA MANDÍBULA CON LESIÓN CEREBRAL DERIVADA DE ELLO.

PARA LA FABRICACIÓN DE UN PROTECTOR HECHO A MEDIDA, SE DEBE AJUSTAR LA PERIFERIA DEL MODELO DE YESO AL SURCO MUCOBUCAL - PARA FACILITAR LA ADAPTACIÓN DE LOS FLANCOS LABIAL Y BUCAL EN VEZ DE PROVEER UNA ZONA EXTENSA Y GRUESA COMO SE ACOSTUMBRA EN LOS MODELOS DENTALES.

SE HAN EXAMINADO PROPIEDADES FÍSICAS DE LOS MATERIALES PARA LOS PROTECTORES HECHOS A LA MEDIDA, ADMITIÉNDOSE QUE LOS MATERIALES CON UNA DUREZA INTERMEDIA Y ABSORCIÓN DE ENERGÍA DAN UNA PROTECCIÓN ÓPTIMA A LA BÓCA.

EL ATLETA DESDENTADO EN EL ARCO SUPERIOR O PARCIALMENTE -- DESDENTADO CON APARATOS REMOVIBLES DEBE QUITARSE LA DENTADURA - MIENTRAS PRACTICA DEPORTES CON CHOQUES. EL PROTECTOR BUCAL SE DEBE ADAPTAR ÍNTIMAMENTE A LA CRESTA ALVEOLAR Y CONSTRUIRSE CON SUFICIENTE ESPESOR PARA ESTABLECER UN CONTACTO OCLUSAL ADECUADO CON LOS DIENTES INFERIORES A LO LARGO DE TODO EL ARCO.

SI HAY APARATOS DE ORTODONCIA, SE DEBEN CUBRIR TODAS LAS - RETENCIONES AGUDAS Y LOS ARCOS DE ALAMBRE CON CERA ANTES DE TOMAR IMPRESIONES. SE PUEDEN ADAPTAR AL MODELO MATERIALES BLANDOS Y ELÁSTICOS QUE RESBALARÁN SOBRE LOS ARCOS SIN ESTROPEAR LOS -- APARATOS ORTODÓNICOS. SI SE ESCOGE UN MATERIAL MÁS FIRME PARA FABRICAR EL PROTECTOR BUCAL, LAS ZONAS GINGIVALES EN LAS PARTES RETENTIVAS DE LOS MODELOS SE DEBEN RELLENAR CON YESO ANTES DE - ADAPTAR EL MATERIAL AL MODELO PARA FABRICAR EL PROTECTOR.

EL CUIDADO DE LOS PROTECTORES BUCALES DURANTE Y ENTRE SU - UTILIZACIÓN ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE PARA MANTENERLOS EN CONDICIONES HIGIÉNICAS Y DE USO. BASÁNDOSE EN UN ESTUDIO BACTERIOLÓGICO SE HA RECOMENDADO QUE EL ATLETA, 1) LLEVE EL PROTECTOR A LA BOCA PARA LAVARLO CON JABÓN Y AGUA PARA ENJUAGARLO, 2) LO - SEQUE TOTALMENTE ANTES DE GUARDARLO EN UNA CAJA PERFORADA, 3) -

LO ENJUAGUE CON UN ELIXIR BUCAL O UN ANTISÉPTICO ANTES DE USARLO.

SE DEBE ADVERTIR A LOS ATLETAS QUE CUALQUIER PROTECTOR BUCAL FLEXIBLE PUEDE SER MORDIDO O ROMPERSE. SIEMPRE SE DEBE MANTENER EN LA BOCA DURANTE EL ENTRENAMIENTO Y LOS PARTIDOS, Y NO DEBE MORDERSE. CUANDO ESTÉ FUERA DE LA BOCA Y DESPUÉS DE HABERLO LIMPIADO EL PROTECTOR DEBE SER CUIDADOSAMENTE GUARDADO EN LA GAVETA. SE LOGRÓ UN BUEN ÉXITO LOCAL CONSTRUYENDO UN CAJÓN --- TRANSPORTABLE Y CON COMPARTIMIENTOS PARA GUARDAR TODAS LAS CAJAS DE PROTECTORES BUCALES. ESTO ASEGURÓ QUE EL PROTECTOR SE GUARDARA EN UNA CAJA PERFORADA Y LIMPIA Y NO DENTRO DE LOS ZAPATOS DE FÚTBOL.

LA ANESTESIA GENERAL ES OTRO CAMPO EN EL QUE LOS PROTECTORES BUCALES PUEDEN SER ÚTILES. LAS TÉCNICAS MODERNAS DE ANESTESIA REQUIEREN UNA SERIE DE MANIPULACIONES INSTRUMENTALES DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL. SE PUEDE INFLINGIR DAÑO DURANTE LA LARINGOSCOPIA DEBIDO A QUE LOS BORDES INCISALES SE USAN COMO FULCROS PARA INSERTAR EL LARINGOSCOPIO PARA EXPONER LA LARINGE DURANTE LA INTUBACIÓN. ADEMÁS, DURANTE LA ENDOSCOPIA (LARINGOSCOPIA, BRONCOSCOPIA, ESOFAGOSCOPIA), LOS INCISIVOS SUPERIORES Y A VECES --- LOS CANINOS PUEDEN SER LESIONADOS. TAMBIÉN PUEDE HABER LESIONES DURANTE UNA EMERGENCIA EN LA ANESTESIA CUANDO LOS PACIENTES ALGUNAS VECES APRIETAN SUS DIENTES O MUERDEN VIGOROSAMENTE LOS TUBOS DE AIRE.

ENTRE LOS APARATOS USADOS PARA PROTEGER LOS DIENTES, SE HAN RECOMENDADO DIFERENTES VARIEDADES DE PROTECTORES BUCALES --- ADAPTADOS A LA BOCA O HECHOS A LA MEDIDA Y SE HA DISEÑADO UN --- VENDAJE ADHESIVO ESPECIAL PARA SU USO INTRAORAL. LOS DOS TIPOS HAN DEMOSTRADO SER EFICACES CONTRA LAS LESIONES DENTARIAS CAUSADAS POR LAS TÉCNICAS DE ANESTESIA GENERAL.

CONCLUSIONES

LOS PROBLEMAS QUE SE PLANTEAN EN ESTA TESIS PARTEN DE LA -
OBERVACIÓN Y PREOCUPACIÓN QUE MANIFIESTA EL ODONTÓLOGO EN SU AC-
TIVIDAD PROFESIONAL ANUADO A LA POCA INFORMACIÓN QUE SE TIENE-
SOBRE LOS PROBLEMAS QUE PUEOEN OCASIONAR LOS TRAUMATISMOS CUAN-
OO NO SON ATENOIOOS INMEDIATAMENTE OESPUÉS DE LA LESIÓN O SE DE-
JA TRANSCURRIR TIEMPO ANTES DE ATENOERSE.

LOS PLANTEAMIENTOS Y SUGERENCIAS EN ESTE TRABAJO PRETENDEN
MARCAR UN CAMBIO DE ACTITUD RADICAL EN EL CIRUJANO DENTISTA Y -
PADRES DE FAMILIA PARA COADYUGAR AL MEJORAMIENTO DE NUESTRO TRA-
BAJO.

ES NECESARIO HACER CONCIENCIA EN TODAS LAS PERSONAS PARA--
QUE TOMEN LAS MEDIOAS NECESARIAS EN ELLAS MISMAS, Y PERSONAS --
QUE LES ACOMPAÑAN CUANDO SE VIAJA EN AUTOMÓVIL, CDMO CUANDO SE-
PRACTICAN DEPORTES EN LOS CUALES SE DEBE TENER UNA PROTECCIÓN -
ADECUADA DE LOS OIENTES.

COMO LO HE EXPUESTO EN ESTA TESIS, ENTRE MENOS TIEMPO PASE
DESPUÉS DE LA LESIÓN, MAYOR ES LA PROBABILIDAD DE ÉXITO EN LOS-
TRATAMIENTOS QUE SE EFECTÚEN.

LASSALA, ANGEL

ENDODONCIA

Ed. CROMOTIP. C.A., 2A. Ed.

ARGENTINA, 1979.

SOMMER, F., OSTRANDER, D., CROWLEY, M.C.

ENDODONCIA CLINICA

Ed. INSTITUTO CUBANO DEL LIBRO, Edic. REVOLUCIONARIA

CUBA, 1967.

ANDREASEN, J.O.

LESIONES TRAUMATICAS DE LOS DIENTES

Ed. LABOR, 2A. Ed.

ESPAÑA, 1980.

COSTICH, EMMETT R.

CIRUGIA BUCAL

Ed. INTERAMERICANA, 1A. Ed.

México, 1960.

KRUGER, GUSTAV O.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Ed. INTERAMERICANA, 4A. Ed.

México, 1972.

MC. CARTHY, FRANK M.

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Ed. EL ATENEO, 2A. Ed.

1971.

BURHET, LESTER W.

MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Ed. INTERAMERICANA, 6A. Ed.

México, 1975.

DECHAUME, MICHEL

ESTOMATOLOGIA

ED. TORAY MASSON BARCELONA, 1A. ED.

ESPAÑA, 1969.

CLAVEL, J., BOURDEAU, L.

LES GREFFES DENTAIRES. ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE.

STOMATOLOGIE (1RE PARTIE) NUMERO : SPECIAL 1-1978 (49 ANNÉE)

PUBLICATION DES EDITIONS TECHNIQUES S.A. PARIS.