

29
439

LESIONES EN DIENTES ANTERIORES TEMPORALES

TEJES CON
FALTA DE ORIGEN

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO 1989.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION DE ODONTOPEDIATRIA

C.D.M.O. ANGELES MONDRAGON

ALUMNA: E. MARIELLA VENEGAS GARCIA.



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 está 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.

LESIONES EN DIENTES ANTERIORES TEMPORALES

El trauma dento facial en la edad escolar y preescolar es muy frecuente, pues en los primeros años de vida el niño - carece de experiencia y coordinación de movimientos por lo - que el odontólogo debe estar preparado para atender a este ti - po de pacientes, que se les debiera tener preferencia pues en el tratamiento de fracturas y desplazamientos el éxito del - tratamiento dependerá de la prontitud con que sea atendido el paciente y entre mas tiempo pase entre el momento de la le - sión y la atención del paciente en el consultorio disminu - rán notablemente las probabilidades de un tratamiento exito - so.

Mas adelante se mencionarán las causas mas frecuentes - de estas lesiones, su frecuencia con respecto a la edad y el sexo, su clasificación y el tratamiento para cada una de las lesiones.

INDICE

	Página
1. Etiología	1
2. Frecuencia	1
3. Clasificación	3
3.1 de la O.M.S.	3
3.2 de Ellis	9
4. Historia clínica y examen de las lesiones	10
5. Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa y su tratamiento	12
6. Lesiones de los tejidos periodontales y su tratamiento .	17
7. Lesiones del hueso de sosten y su tratamiento	21
8. Conclusiones	23
9. Bibliografía	25

1. ETIOLOGIA

Las causas de lesiones en los dientes anteriores temporales son muy variadas y pueden ir desde caídas del bebé de la cama o la andadera en las que el impacto lo pueden recibir los dientes contra objetos duros. A medida que el bebé va creciendo aumenta la frecuencia y la variedad de las lesiones pues al empezar a caminar y a moverse carece de experiencia y coordinación.

Otras lesiones ocurren en caídas de poca importancia o piruetas infantiles, accidentes en bicicletas, golpes por caídas en la práctica de deportes o impactos recibidos con pelotas.

Hay causas más serias como son accidentes automovilísticos, o en el síndrome del niño golpeado, que es una condición clínica que se da en niños que han recibido maltratos físicos en los que las lesiones bucales son el resultado de golpes dados en la boca para hacer callar al niño que llora o grita.

2. FRECUENCIA

Menciona Andreasen en sus investigaciones en un grupo de niños en los cuales desde su nacimiento hasta los catorce años un treinta por ciento de los niños habían sufrido lesiones en la dentición temporal y un veintidos por ciento en la dentición permanente y que de dos a cuatro años es el perio-

do en que mas frecuentemente se sufren lesiones. En estudios mas recientes (Journal of Dentristry for Children, 1988) reporta que diez y siete por ciento de los niños con injurias dentales tenian seis años o menos y que el punto máximo de incidencia fue de uno a dos años de edad.

La frecuencia de un tipo particular de injurias puede variar con la edad del niño. Los dientes desplazados son típicos en la dentición primaria, mientras que las coronas fracturadas son mas comunes en la dentición permanente. Algunos autores atribuyen esta diferencia a la plasticidad y resiliencia del hueso en tempranas edades y a la capacidad del hueso y del ligamento periodontal de absorber mas energia, a diferencia del hueso alveolar mas denso del niño mayor que estabiliza a la pieza permanente y la vuelve mas susceptible a la fractura.

Los incisivos centrales superiores son los que se ven con mayor frecuencia afectados, despues le siguen en frecuencia los incisivos laterales superiores e incisivos centrales inferiores.

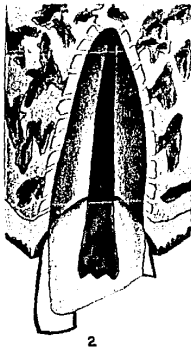
3. CLASIFICACION

3.1. DE LA O.M.S.

Esta clasificación esta basada en un sistema adoptado por la Organización Mundial de la Salud (1978) en su Clasificación Internacional de Enfermedades, Aplicaciones a la Odontología y Estomatología. Esta clasificación se aplica a la dentición temporal y a la permanente.

LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA.

Fractura incompleta (infracción) N 873.60. Fractura incompleta (rotura) del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria (figura 1).



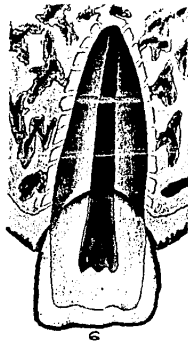
Fractura no complicada de la corona N 873.60. Fractura limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina, pero sin exponer la pulpa (figuras 1 y 2).

Fractura complicada de la corona N 873.62. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina y expone la pulpa (fig. 3).

Fractura no complicada de la corona y de la raíz N 873.64. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento pero no expone la pulpa (figura 4).

Fractura complicada de la corona y de la raíz N 873.64. Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento y - expone la pulpa (figura 5).

Fractura de la raíz N 873.63. Fractura que afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa (figura 6).



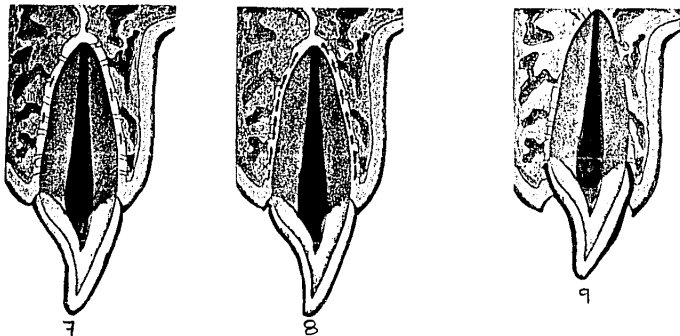
LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

Concusión N 873.66. Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión (figura 7).

Subluxación N 873.66. (aflojamiento). Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente (figura 8).

Luxación Intrusiva (dislocación central) N 873.67. Des-

plazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar - (figura 9).



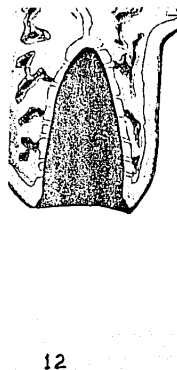
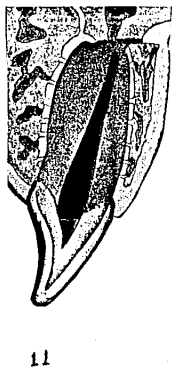
Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial) N873.67. Desplazamiento parcial del diente de su alveolo (figura 10).

Luxación lateral N 873.66. Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Esto se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar (figura 11).

Exarticulación (avulsión completa) N 873.68. Desplazamiento completo del diente fuera del alveolo (figura 12).

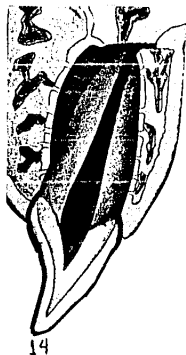
LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN.

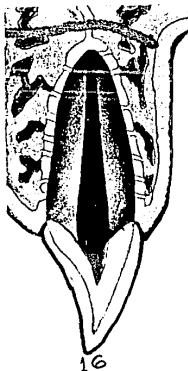
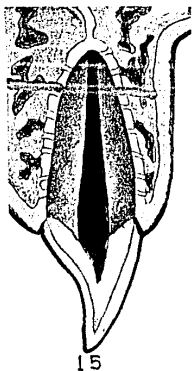
Conminución de la cavidad alveolar. Mandíbula N 802.20, maxilar superior N 802.40. Compresión de la cavidad alveolar.



Esta circunstancia se presenta junto con la luxación in
trusiva o lateral (figura 13).

Fractura de la pared alveolar. Mandíbula N 802. 20, ma-
xilar superior N 802.40. Fractura limitada a la pared del al-
veolo vestibular o lingual (figura 14).





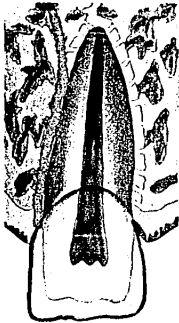
Fractura del proceso alveolar. Mandíbula N 80.20, maxilar superior N 802.40. Fractura del proceso alveolar que puede o no afectar la cavidad alveolar (figuras 15 y 16).

Fractura de la mandíbula o del maxilar superior. Mandíbula N 802.21, maxilar superior N 802.42. Fractura que afecta a la base de la mandíbula o del maxilar superior y con frecuencia al proceso alveolar (fractura del maxilar). La fractura puede o no afectar la cavidad dental (figuras 17 y 18).

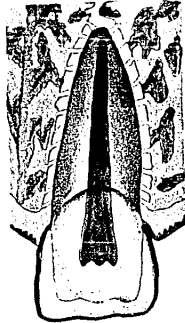
LESIONES DE LA ENCIA O DE LA MUCOSA ORAL.

Laceración de la encía o de la mucosa oral N 873.69. Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causada por un objeto agudo (figura 19).

Contusión de la encía o de la mucosa bucal. N 920.X0. Golpe generalmente producido por un objeto romo y sin rompimiento de la mucosa, causando generalmente una hemorragia en la submucosa (figura 20).

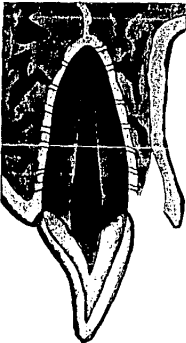


17

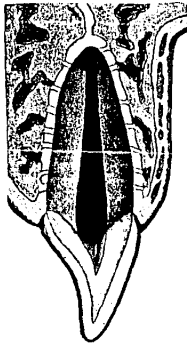


18

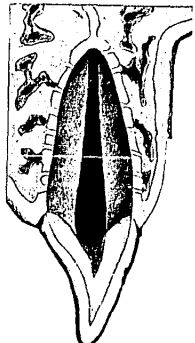
Abrasión de la encía o de la mucosa bucal. N 910.00.A -
Abrasión de la encía o de la mucosa bucal. Herida superficial
producida por raspadura o desgarre de la mucosa que deja una
superficie áspera y sangrante (figura 21).



19



20



21

3.2. CLASIFICACION DE ELLIS.

Existe otra clasificación hecha por Ellis y Davey que se aplica a la dentición temporal y a la permanente y es la siguiente:

Primera clase.-Fractura sencilla de la corona; dentina afectada o muy poco afectada.

Segunda clase.-Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, sin exposición de la pulpa dental.

Tercera clase.- Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, con exposición de pulpa dental.

Cuarta clase.- Pieza traumatizada transformada en no vital, con o sin pérdida de estructura coronaria.

Quinta clase.- Pérdida de la pieza como resultado del traumatismo.

Sexta clase.-Fractura de la raíz con o sin pérdida de estructura coronaria.

Séptima clase.- Desplazamiento de la pieza, sin fractura de corona o raíz.

Octava clase.- Fractura de la corona en masa y su reemplazo.

4. HISTORIA CLINICA Y EXAMEN DE LAS LESIONES.

La historia clínica deberá contener lo siguiente:

*Datos generales del paciente como son: nombre, dirección teléfono, fecha de nacimiento y edad, nombre del padre o a -
compañante, sexo y fecha en que se realiza el examen.

*Historia de la lesión: fecha del traumatismo, cómo ocu-
rrió, dónde se produjo, si existe dolor espontáneo, dolor con
lo frío o lo caliente, si hay dolor al llevar los dientes a -
contacto de oclusión normal o al masticar.

*Historia de lesiones dentarias anteriores.

*Salud general.

El examen deberá consistir de lo siguiente:

*Observación visual para determinar el tipo y la exten-
sión de la lesión, ver si las piezas están desplazadas o avul-
sionadas, si las piezas están fracturadas, con o sin exposi -
ción pulpar, si se presenta laceración, inflamación o hemorra-
gia de los tejidos blandos.

*Radiografías que se deberán examinar cuidadosamente -
por la presencia de fracturas óseas o radiculares, la proxi-
midad de dichas fracturas al tejido pulpar y la etapa del de-
sarrollo radicular. Se observará también la condición del es-
pacio periodontal, la proximidad de los gérmenes en desarro-
llo de los dientes permanentes y la presencia de patología pe-
riapical, las posibles lesiones a dientes adyacentes y anta-
gonistas.

*Manipulación para determinar al movilidad o relativa -
firmeza de las piezas lesionadas.

*Exploración de heridas extraorales y palpación del esqueleto facial.

*Exploración de lesiones de la mucosa oral o de la encía.

*Anormalidades en la oclusión.

*Cambios de color a simple vista y con ayuda de transiluminador.

*Palpación del proceso alveolar.

*Reacción a la percusión, porque la sensibilidad al golpe puede indicar lesión en la membrana periodontal y otras estructuras de sostén.

*Pruebas de sensibilidad al frío y al calor, pues el dolor causado por un cambio térmico indica hiperemia pulpar, cuyo tratamiento inmediato debe estar dirigido a aliviar esta situación y prevenir nuevas lesiones pulpares por irritantes externos.

Todos estos datos deberán anotarse en la historia clínica.

5. LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA Y SU TRATAMIENTO.

Fractura coronaria no complicada.- El tratamiento casi siempre se reduce a un desgaste en los bordes puntiagudos y afilados para evitar de esta manera que se produzcan laceraciones de los labios y de la lengua. Si la dentina permanece sensible, se le puede tratar con un barniz que contenga flúor y de esta manera aumentar el depósito mineral dentro de la dentina fracturada. En casos con pérdida extensa de sustancia dentaria se ha recomendado el uso de coronas de acero y de restauraciones con pins protejiendo antes la dentina expuesta con hidróxido de calcio y se deberá observar la vitalidad de la pulpa a las 6 u 8 semanas.

Fractura complicada de la corona.-En estos casos cuando la pulpa está expuesta el tratamiento se deberá realizar lo mas pronto posible para reducir al mínimo la contaminación bacteriana de la pulpa y poder tener un mejor pronóstico. El tratamiento podrá consistir en un recubrimiento directo, pulpotomía o pulpectomía. La elección dependerá del grado de exposición, del estado de la pulpa, del aspecto general de la cavidad bucal y cooperación e interés por parte del paciente.

El recubrimiento pulpar directo puede emplearse si la exposición es mínima, y no han pasado más de 24 horas desde que se sufrió el traumatismo, en donde la pulpa aparezca sa-

ludable a pesar del traumatismo sufrido y si queda corona suficiente para retener una restauración temporal que mantenga el material de recubrimiento e impida el ingreso de los líquidos bucales.

Se deberá administrar anestesia local y aislar con dique de hule, aún cuando la pulpa haya estado expuesta a los líquidos bucales por un tiempo, el tratamiento deberá ser completado en un ambiente quirúrgicamente limpio. La corona y la zona de exposición deben ser limpiados de residuos y la pulpa deberá ser mantenida húmeda hasta la colocación del material de protección. Se lleva a cabo el recubrimiento pulpar aplicando hidróxido de calcio sobre el tejido pulpar expuesto y las paredes circundantes de dentina. Lo fundamental para que la recuperación pulpar sea un éxito es un sellado edecuado contra los líquidos bucales, por lo tanto deberá colocarse de inmediato una restauración que proteja el recubrimiento hasta que el proceso de recuperación esté lo suficientemente avanzado y mostrando una delgada capa de tejido dentinoide cubriendo el tejido pulpar vital aproximadamente después de 2 meses después del traumatismo. Se deberá observar el estado de la pulpa con radiografías periódicas.

La pulpotomía se aconseja cuando existe hemorragia moderada con exposición pulpar relativamente amplia y se examina al paciente dentro de las 72 horas. Deberá administrarse anestesia local y aislar el diente con dique de hule, el sitio de la exposición debe ser agrandado conservadoramente con una fresa, eliminando suficiente tejido dental como para exponer

todo el techo de la cámara pulpar. Se deberá amputar la pulpa coronaria con una cucharilla pequeña afilada, después de esto la cámara pulpar debe ser cuidadosamente limpiada de partículas de dentina, restos de tejido pulpar y coágulos, hay que irrigar con solución fisiológica o con cloramina T. Después se deberá colocar una torunda de algodón esteril en la cavidad y esperar a que se forme el coágulo, luego se coloca un apósito de hidróxido de calcio en la cámara pulpar suavemente sobre el tejido pulpar vital y se aplica sobre esto una preparación de óxido de zinc y eugenol y se coloca entonces una restauración temporal protectora.

Algunos odontólogos aconsejan la pulpotomía con formocresol en la que los procedimientos son similares a los anteriores, pero la técnica con formocresol, después de amputar la pulpa cameral los muñones pulpares son tratados con formocresol en una torunda de algodón por 5 minutos y después los muñones son cubiertos con un cemento de óxido de zinc y eugenol en el que se ha incorporado una gota de formocresol.

Deberá examinarse clínica y radiográficamente la pieza traumatizada que sufrió recubrimiento pulpar o pulpotomía, para evaluar el éxito del tratamiento. Se deberá considerar un curso clínico asintomático, ausencia de resorción interna resorción externa e infecciones periapicales.

La pulpectomia o eliminación completa de la pulpa, se aconseja si la pulpa está degenerada, putrefacta o muestra -

vitalidad dudosa. Si la exposición tiene más de 72 horas, generalmente la pulpa está infectada por lo que se aconseja pulpectomía.

La técnica es la siguiente: Se administra anestesia local, se aísla el diente con dique de hule, se retira por completo el techo de la cámara pulpar para tener un buen acceso a los conductos radiculares, se toman radiografías para determinar la longitud y el número de conductos presentes, se extirpa el contenido de los conductos y se hace el limado lateral de los conductos con irrigación intermitente, después de esto se colocan puntas de papel humedecidas con formocresol en los conductos radiculares durante 5 minutos aproximadamente, después se retiran y se obtura con una mezcla de material reabsorbible como óxido de zinc y eugenol con un poco de formocresol.

Fracturas coronaradiculares.- En la dentición temporal el tratamiento de elección es la extracción y la frecuencia con que se presentan estas lesiones es de el 2%.

Fracturas de la raíz.- Este tipo de fracturas son las que afectan a la dentina, al cemento y a la pulpa. Esta tipo de lesión es poco común dentro de los traumatismos dentales y tiene una frecuencia del 2 al 4%. Las fracturas radiculares son poco comunes antes de que se haya terminado el desarrollo de la raíz y se presentan con mayor frecuencia a la edad de 3 a 4 años cuando la reabsorción fisiológica radicular

ha empezado, debilitando de este modo la raíz.

Los dientes temporales con fracturas radiculares sin dislocación pueden ser conservados y se puede prever un cambio normal de los dientes lesionados. Generalmente no es posible aplicar férulas en estos casos. Los dientes temporales con dislocación seria del fragmento coronal deben ser removidos, pues es probable que se desarrolle una necrosis. No se debe de tratar de remover el fragmento apical, para evitar traumatizar el germen de los dientes permanentes. Se puede esperar que haya una reabsorción fisiológica radicular normal del fragmento apical que queda.

6. LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES Y SU TRATAMIENTO.

Desde un punto de vista terapéutico, anatómico y de pronóstico se pueden diferenciar cinco tipos diferentes de lesiones con luxación: concusión, subluxación, luxación intrusiva, luxación extrusiva y luxación lateral.

La fuerza y la dirección del impacto pueden ser los factores que deciden el tipo de lesión con luxación. Las lesiones con luxación en la dentición temporal comprenden del 62 al 69% de las lesiones.

La región de los incisivos centrales tanto los superiores como los inferiores es la más frecuentemente afectada y la mayoría de las lesiones que ocurren son las extrusiones e intrusiones, fenómeno relacionado con la elasticidad del hueso alveolar en esta edad. El diagnóstico de las lesiones con luxación está basado en la combinación de los hallazgos efectuados en el examen radiográfico y clínico.

En las concusiones solamente las lesiones menores son aguantadas por la estructura periodontal de modo que no hay aflojamiento presente. El paciente se queja de dolor en el diente y el examen clínico revela una reacción marcada a la percusión horizontal y/o vertical.

Los dientes con subluxación retiene su posición normal en el arco dentario, pero el diente también puede ofrecer una movilidad anormal en dirección horizontal y ser sensible a la percusión y a las fuerzas oclusales. Algunas veces se presenta una ligera hemorragia del surco gingival, lo que in

dica que se han lesionado los tejidos periodontales.

Las lesiones de concusión y subluxación no requieren - tratamiento aparte de uncontrol clínico y radiográfico.

Los dientes extruidos aparecen alargados y con desvia - ción lingual de la corona con mayor frecuencia. Siempre hay - hemorragia del ligamento periodontal y el sonido a la percusión es apagado. Generalmente su tratamiento es la extracción.

Los dientes intruidos tienen un desplazamiento marcado - y la mayoría no son sensibles a la percusión y están comple - tamente firmes debido a su posición encajada en el alveolo. - Frecuentemente se obtiene un sonido metálico alto en la prue - ba de percusión, parecido al de un diente anquilosado. Esta última prueba es de gran importancia para determinar si los - dientes en erupción están intruidos o no.. El diente puede - estar completamente enterrado en el proceso alveolar y erro - neamente se le puede considerar exarticulado hasta que una - radiografía exponga la posición intruida. La palpación del - proceso alveolar revela frecuentemente la posición del dien - te desplazado. En la dentición temporal los ápices de los - dientes temporales intruidos generalmente son impulsados a - través del delgado hueso vestibular siendo determinada la di - rección probablemente por la dirección del impacto y por la - curva labial del ápice. Las radiografías serán de gran ayu - da pes revelan la posición de los dientes desplazados en re - lación con los sucesores permanentes y con la dirección de - la dislocación. En la intrusión con dislocación ápico-facial el diente lesionado aparece mas corto que su contralateral,-

mientras se nota lo contrario cuando el ápice está dislocado hacia el germen del diente permanente. Solamente se pueden utilizar estas interpretaciones cuando el rayo central se dirige exactamente a lo largo de la línea media entre los dos incisivos que se han de comparar.

Normalmente, los gérmenes de los incisivos permanentes en desarrollo están por lingual de las raíces de los centrales primarios, por lo tanto cuando se produce una intrusión, el diente primario suele quedar por vestibular del permanente en desarrollo. Si el primario intruido está en relación lingual o en contacto con el permanente, debe ser extraído.

Los dientes con luxación lateral generalmente se desplazan en dirección lingual con la corona y en estos casos están asociados con fractura de la parte vestibular de la pared alveolar. Un diente con luxación lateral muestra un espesor apical aumentado del espacio periodontal, cuando el ápice está desplazado en dirección vestibular.

El tratamiento de dientes temporales intruidos y luxados lateralmente todavía es discutible pues el problema más importante es la prevención de lesiones a los dientes permanentes, pero se deberá preferir la terapia conservadora teniendo en cuenta que los dientes con este tipo de lesión reerupcionarán espontáneamente dentro de un periodo que abarca de uno a seis meses, pero antes de tomar la decisión de esperar que ocurra la reposición espontánea debe tenerse en cuenta y estudiarse la dirección de la dislocación.

Durante la fase de reerupción del diente temporal intru-
ido existe el riesgo de que sobrevenga inflamación aguda al-
rededor del diente desplazado, juntamente con formación de -
abscesos y exudación de pus del surco gingival por lo que el
paciente se queja de dolor en la región traumatizada, por lo
que se debe proceder a un tratamiento con antibióticos para-
prevenir la propagación de la infección e inflamación al ger-
men del diente permanente.

Exarticulación o avulsión total.- En estos casos no es-
recomendable la reimplantación pues por la morfología de las
piezas primarias la estabilización con hilos metálicos o con
férulas es muy difícil, además los pacientes de muy corta e-
dad pueden no tener las suficientes piezas para hacer facti-
ble la ferulización. En niños de más edad la resorción fisió-
lógica normal puede haber empezado ya, lo que desde un punto
de vista práctico haría el implante aún menos indicado.

Se deberá considerar el problema del espacio tomando en
cuenta la edad del paciente, el tipo de dentadura primaria y
el número de piezas perdidas.:

7. LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN Y SU TRATAMIENTO.

Las lesiones del hueso de sostén se dividen en :conminuación de la cavidad alveolar, fractura de la pared de la cavidad alveolar, fractura del proceso alveolar y fractura de la mandíbula o del maxilar superior.

Las fracturas del hueso son complicaciones poco comunes de las lesiones dentarias traumáticas y tienen una frecuencia del 7% en la dentición temporal. Los principales factores etiológicos suelen ser los accidentes en automovil por un impacto directo del borde del volante u otra estructura interior del automovil. En los niños, en los que solo 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, pueda fracturar el proceso alveolar en la región anterior.

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, debido a la rapidez de curación de hueso de los niños la mayoría de las fracturas de la pared alveolar que afectan a la dentición temporal no necesitan ferulización. En estos casos se debe instruir a los padres para que den alimentación blanda en las dos primeras semanas después de la lesión.

El tratamiento de las fracturas alveolares en los niños puede ofrecer problemas pues requiere de ferulización, debi-

do a la falta de un número necesario de dientes para realizar la técnica de ferulización. En estos casos en el maxilar inferior se puede usar una férula de acrílico con ligaduras perimandibulares de alambre y si existen mas dientes presentes se usa una simple férula de acrílico. Si el fragmento se puede reducir a una posición estable se puede dejar la fractura sin férula y el paciente deberá seguir una dieta blanda. Se recomienda un periodo de ferulización de 6 semanas aproximadamente.

8. CONCLUSIONES.

En el tratamiento de las lesiones de dientes anteriores es imperativo que el paciente sea visto lo más pronto posible para su examen y tratamiento de urgencia, el retardo en la atención pueden conducir a un daño pulpar irreversible o a técnicas restaurativas más radicales.

La mayoría de las lesiones son por caída o golpe y ocurren con más frecuencia a los niños en edad preescolar. La manifestación más común de estas lesiones son las lesiones con luxación, principalmente la luxación intrusiva y la luxación extrusiva. La frecuencia de las lesiones con luxación es del 62 al 69% del total de lesiones en los dientes anteriores temporales.

En comparación con los dientes permanentes las fracturas coronales ocurren con menos frecuencia que las lesiones con luxación debido a que el hueso alveolar y los tejidos de sostén son inmaduros y flexibles.

Las fracturas de la corona que abarcan solo el esmalte o el esmalte y la dentina son poco comunes y el tratamiento consiste en alisar los bordes puntiagudos del esmalte y si se requiere una restauración con resina. En los casos en que está afectada la pulpa se podrá recurrir a recubrimiento pulpar directo, pulpotomía o pulpectomía, según lo requiera el caso, y como restauración final coronas de acero, manteniendo un control clínico y radiográfico del diente lesionado.

Las lesiones con fractura coronoradicular son muy raras y el tratamiento de elección es la extracción.

En caso de fractura de la raíz si no existe dislocación seria del fragmento coronal se podrá conservar la pieza, pero si existe dislocación el tratamiento será la extracción del fragmento coronal sin tratar de remover el fragmento apical, pues se puede correr el riesgo de dañar al germen dentario del diente permanente.

En cualquier tipo de luxación se prefieren los tratamientos conservadores, siempre y cuando no esté comprometido el germen dentario del sucesor.

Cuando hay lesiones en el hueso de sostén se deberá reducir la lesión a una posición estable y si es posible se fe ruliza. El paciente deberá llevar una dieta blanda.

La capacidad del odontólogo para prevenir lesiones trau máticas bucales es muy limitada en la edad preescolar pues pocos niños llegan a los 4 años sin haber recibido un golpe en la boca, sin embargo el odontólogo debe de estar siempre preparado para poder atender este tipo de emergencias que no son poco frecuentes en la práctica diaria.

9. BIBLIOGRAFIA

- Mc. Donald, Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Edit. Mundi, 1987. pp. 411-463.
- Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica.
Edit. Interamericana, 1976. pp.199-238.
- Barber, Thomas K.
Odontología Pediátrica.
Edit. El Manual Moderno, 1985. pp.205-208
- Snawder, Kenneth D.
Manual de Odontopediatría Clínica.
Edit. Labor, 1984. pp.182-211.
- Andreasen, J.O.
Lesiones Traumáticas de los Dientes.
Edit. Labor, 1984.
- Llarena M.E. y Ornelas F.
Luxación Intrusiva de Incisivos Superiores.
Práctica Odontológica Vol 7 No. 3 pp.4-9, marzo 1986.
- Andrew L. Sonis.
Longitudinal Study of Discolored Primary Teeth and Effect on
Succedaneous Teeth. The Journal of Pedodontics. Nos.1-4, 1986
- Harrington, Eberhart and Knapp J.
Dentofacial Trauma in Children.
Journal of Dentistry for Children. sep-oct 1988 V 5 No. 3
- Llarena M.E. y Loyola J. P.
Traumatismos Alveolo Dentarios en Niños.
Revista ADM V 41 No.6 pp.151-155, nov-dic 1984.
- Braham, Raymond L., Morris Merle E.
Odontología Pediátrica.
Edit. Panamericana, 1984. pp.312-336.