



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

286
28

**TRATAMIENTO DE URGENCIA EN PACIENTES
PEDIATRICOS CON TRAUMATISMOS DENTALES**

GUION TESINA DEL VIDEO

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

MIRANDA JAIMES ELIZABETH.
MORENO VELASCO IVONNE DELIVERANCE.
SEGOVIA LANDEROS CARLOS ALBERTO.

Asesoras:

Graciela Abe K

ACADEMICA: C. D. GRACIELA ABE KASHIMA
VIDEO: C.D. REBECA CRUZ GONZALEZ C.



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D.F.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por permitirnos vivir y guiar nuestro camino para alcanzar una de las metas más importantes de nuestra vida

A NUESTROS PADRES:

Por el apoyo, cariño, confianza y paciencia que siempre nos han demostrado, por estar a nuestro lado compartiendo nuestras penas y alegrías; dándonos consejos para seguir adelante.

A NUESTROS HERMANOS:

Por el apoyo moral e incondicional
que siempre supieron brindarnos,
por el gran cariño que les tenemos
a todos ustedes, nuestro eterno
agradecimiento.

A NUESTROS MAESTROS:

Que hicieron posible nuestra
formación profesional y nos han
alentado para seguir adelante.

A LA DRA. GRACIELA ABE K.:

Por su apoyo al dirigir ésta tesina,
con toda nuestra admiración y
respeto:GRACIAS.

A LA DRA. REBECA CRUZ G.:

Por su apoyo y dedicación para la elaboración del video que es complemento de éste Guión
Tesina:GRACIAS.

**A NUESTROS COMPAÑEROS
Y AMIGOS:**

Por su amistad incondicional y por haber compartido una de las etapas mas importantes de nuestra vida.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO:**

Por habernos permitido realizar nuestra formación profesional.

AL HONORABLE JURADO.

**"TRATAMIENTO DE URGENCIA EN PACIENTES PEDIATRICOS
CON TRAUMATISMOS DENTALES"**

INDICE

INTRODUCCION	1
FRECUENCIA	2
DIAGNOSTICO	3
-HISTORIA DE LA LESION	3
-HISTORIA CLINICA	4
-EXAMEN CLINICO	4
PATOLOGIAS ASOCIADAS A TRAUMATISMOS	6
DENTALES	
-HIPEREMIA PULPAR	6
-HEMORRAGIA PULPAR	6
-METAMORFOSIS POR CALCIFICACION	7
-NECROSIS PULPAR	7
-RESORCION INFLAMATORIA	7
-RESORCION POR REEMPLAZO	7
-LESIONES A LOS DIENTES PERMANENTES	8
EN DESARROLLO	
CLASIFICACION DE TRAUMATISMOS DENTALES	9
-FRACTURA INCOMPLETA DEL ESMALTE	9

-FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA	10
-FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA Y RAIZ	10
-FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y RAIZ	11
-FRACTURA DE LA RAIZ	11
-CONCUSION	11
-INTRUSION	12
-EXTRUSION	12
-LUXACION LATERAL	13
-AVULSION	13
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUCCION

El traumatismo dental en un paciente pediátrico, es uno de los accidentes más frecuentes durante los primeros años de vida, ya que muchas de las lesiones ocurren en ésta etapa, debido a que los niños empiezan a conocer el mundo, y tienen la inquietud de caminar, correr y saltar .

Por ésta razón, resulta importante que el Odontólogo adquiera nuevos conocimientos y confirme los ya obtenidos, para tener la capacidad de actuar correctamente ante un caso de urgencia en Odontopediatría, de ésta manera, se podrán evitar problemas mayores a corto o largo plazo.

FRECUENCIA.

Las lesiones a los dientes primarios, acontecen en su mayoría entre los uno y medio y los dos y medio años de edad.

La etiología más frecuente es la caída al suelo con casi el 60% de incidencia, siguiéndole el foot ball, andar en bicicleta, basquet ball, golpes con proyectiles y accidentes de hogar.

Otra causa importante de lesiones dentarias, son los accidentes automovilísticos, en donde los niños se golpean contra el tablero y el parabrisas.

Los Odontólogos coinciden en que los órganos dentales más afectados son los incisivos centrales superiores y que también existen " perfiles propensos a accidentes ", se trata de niños que presentan dientes anteriores en protrusión con maloclusiones clase I , tipo II y en las maloclusiones clase II en desarrollo, en las que se tienen de 2 a 3 veces más posibilidades de sufrir traumatismos dentales, que otros con traslape horizontal normal entre los incisivos.

DIAGNOSTICO.

Para la elaboración de un diagnóstico preciso, se recopilará la información en 3 fases :

1) Historia de la lesión

2) Historia clínica

3) Exámen clínico

1) Para conocer la historia de la lesión, se establecen tres preguntas básicas:

¿ cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión o accidente ?.

- El ¿cómo?, nos determinará la gravedad de la lesión, ayudándonos a descartar lesiones cefálicas, preguntando si el niño perdió la conciencia, vomitó, o si está desorientado como consecuencia del accidente, y si los hallazgos son positivos, señalarán una lesión potencial al Sistema Nervioso Central. También nos descartará la posibilidad de maltrato infantil.

- El ¿cuándo?, nos ayudará a saber cuanto tiempo ha transcurrido desde que aconteció la lesión y así determinar el tratamiento.

- Y el ¿dónde?, nos aportará las condiciones de higiene del accidente, para tomar medidas profilácticas, como aplicación de toxoide tetánico

2) En la historia clínica se obtendrá información sistémica de la salud en general del paciente, ésto incluye:

a) Presencia de cardiopatías.

b) Alteraciones hemorrágicas.

c) Alergia a medicamentos.

d) Padecimientos convulsivos.

e) Si está bajo tratamiento médico (consumo de fármacos)

f) El estado de profilaxia contra el tétanos.

En éste último punto se preguntará si se le ha aplicado la vacuna contra el tétanos y si hubo refuerzo en los últimos 5 años, de no ser así se le aplicará como medida profiláctica.

3) El examen clínico es el más importante y deberá consistir en :

Un examen extraoral en donde se palpará el esqueleto facial para confirmar la continuidad de los huesos, ésto incluye revisar la función mandibular en todos los movimientos excéntricos.

En caso de existir dolor y rigidez en el cuello del niño, habrá que enviarlo inmediatamente con el médico.

En cuanto al exámen intraoral hay que valorar el tipo y la extensión de la lesión, si hay laceraciones, inflamación y hemorragia en los tejidos blandos, también observar si existen órganos dentarios desplazados, avulsionados, fracturados con o sin exposición pulpar.

Para el estudio radiográfico, se tomarán radiografías periapicales tanto de los dientes afectados como de los antagonistas, para detectar fracturas radiculares, proximidad de una fractura con la pulpa, el desarrollo apical, lesiones de dientes adyacentes, presencia de cuerpos extraños y también se podrá tener un control futuro.

Las pruebas de vitalidad con vitalómetro o calor y frío en la dentición primaria no son muy confiables, pues algunos niños no tienen la capacidad de comunicar sus reacciones a las pruebas pulpares y otros simplemente no cooperan.

Es importante realizar la prueba de percusión para indicar si hay lesión de la membrana periodontal y otras estructuras de sostén.

PATOLOGIAS ASOCIADAS A TRAUMATISMOS DENTALES

Después de un traumatismo, se pueden presentar algunas secuelas entre las que existen:

Hiperemia Pulpar.

La hiperemia es la reacción inicial al traumatismo. Estos dientes muestran sensibilidad a la percusión.

La Hiperemia puede ser reversible o intensa causando necrosis pulpar por isquemia.

Hemorragia Pulpar.

La hemorragia es el resultado de la Hiperemia, los capilares sufren hemorragias dejando pigmentos sanguíneos en los túbulos dentinarios. En casos leves se reabsorbe la sangre, aclarándose en unas semanas y en casos más graves perdura el resto de la vida del diente.

La pigmentación en dientes primarios, no significa que no sea vital, particularmente cuando la mancha ocurre uno o dos días después, por lo tanto, no es necesario efectuar terapia pulpar o extracción. Antes deben ser obvios otros signos y síntomas de necrosis como: movilidad, dolor y radiográficamente, veremos una zona radiolúcida.

Metamorfosis por Calcificación.

Es cuando el conducto y cámara presentan obliteración gradual por acumulación progresiva de dentina. Se da por un traumatismo y en un 90% de dientes primarios la resorción es normal, por lo tanto, no se indica ningún tratamiento. Con frecuencia se ven los dientes de color amarillo.

Necrosis Pulpar.

Se da por ausencia de circulación colateral o por una Hiperemia intensa que estrangula los vasos apicales.

En las radiografías de dientes anteriores se observan zonas periapicales radiolúcidas que indican granuloma o quiste. Este caso puede ser tratado endodónticamente.

Resorción Inflamatoria.

Ocurre después de una luxación y se relaciona con necrosis pulpar e inflamación del ligamento periodontal. Puede avanzar con mucha rapidez destruyendo al diente en unos meses.

Resorción por Reemplazo.

Conocida también como anquilosis. Se presenta luego de una lesión irreversible del ligamento. El hueso alveolar toca directamente con la

superficie radicular, conforme el hueso alveolar sufre actividad osteoclástica y osteoblástica normales, se absorbe la raíz reemplazada por hueso. Se extraen los dientes primarios con anquilosis, cuando retrasan o motivan la erupción ectópica del diente permanente.

Lesiones a los Dientes Permanentes en Desarrollo.

Se ven afectados de forma irreversible los dientes permanentes debido a alteraciones periapicales por pulpas necróticas, lesiones por intrusión o una sobreinstrumentación de conductos radiculares primarios.

Si el traumatismo se presenta durante el desarrollo coronal del diente, puede ocurrir hipoplasia o hipocalcificación del esmalte, o causar dislaceración radicular o erupción ectópica.

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOS DENTALES

Las fracturas se clasifican de acuerdo a los tejidos afectados en:

Fractura Incompleta del Esmalte.

En este tipo de lesiones se encuentra solamente dañado el esmalte, el tratamiento en dientes primarios y permanentes, consistirá en un desgaste selectivo del diente y en consultas posteriores se verificará la vitalidad del mismo.

Fractura no Complicada de la Corona.

En éstas lesiones se encuentra afectado tanto el esmalte como la dentina sin exposición pulpar . El tratamiento a seguir será la aplicación de Hidróxido de calcio puro a la dentina expuesta, así como un desgaste selectivo a los bordes irregulares tanto en la dentición primaria como en la permanente, para evitar lesiones pulpares y se rehabilitará con la restauración de elección, considerándose una corona de acero inoxidable en la dentición primaria.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Fractura Complicada de la corona.

En este tipo de lesiones se ven involucrados esmalte, dentina y pulpa.

El tratamiento de elección en dientes temporales casi siempre será la extracción. En dientes permanentes existen dos opciones de tratamiento:

- a) Recubrimiento pulpar (protección pulpar directa)
- b) Pulpotomía parcial o pulpectomía.

Fractura no Complicada de la Corona y Raíz.

En éstas fracturas se encuentran involucrados esmalte, dentina y cemento sin afectar la pulpa. La mayoría de éstas lesiones pueden ser salvadas mediante algunos tratamientos alternativos, como son :

- a) El permitir que la porción subgingival de la fractura cicatrice y después se podrá restaurar la porción coronaria.
- b) O bien, convertir la fractura subgingival en una fractura supragingival, mediante una gingivectomía y osteotomía.
- c) Y por último, se podrá llevar quirúrgicamente la fractura hasta una posición supragingival, o bien, por extrusión ortodóncica de la raíz, la cuál requiere mayor tiempo.

Fractura Complicada de la Corona y Raíz.

Aquí están afectados esmalte, dentina, cemento y pulpa, por lo tanto el tratamiento de elección será la extracción.

Fractura de la Raíz.

En la dentición primaria, se realizará la extracción de la porción coronaria y el fragmento apical puede dejarse para que sea reabsorbido fisiológicamente, pero éste fragmento, deberá estar en observación por posibles infecciones. En cuanto a dientes permanentes, el tratamiento a seguir, consiste en la completa reubicación del fragmento coronario para la ferulización, hasta que se forme un callo de tejido duro, acto seguido se hará un tratamiento de Endodoncia.

En cuanto al tipo de luxación existen:

Concusión.

Es una lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del mismo, pero con reacción a la percusión. Su tratamiento consiste en el alivio de las interferencias oclusales y la

instrucción de una dieta blanda aproximadamente por dos semanas. Esto será aplicable en dientes primarios y permanentes.

Intrusión.

Es el desplazamiento del diente dentro del alveolo, en el tratamiento de la dentición primaria se recomienda realizar la extracción, siempre y cuando, el diente temporal esté tocando al germen del diente permanente., de lo contrario el diente reerupcionará en dos o seis meses.

En cuanto al tratamiento de los dientes permanentes, consiste en reubicar ortodómicamente los dientes intruídos con el empleo de fuerzas ligeras.

Es preciso extirpar la pulpa una semana después de la lesión, y se aplicará Hidróxido de calcio puro en el conducto radicular. Si persisten los signos de resorción radicular, se tiene que cambiar el Hidróxido de calcio en el conducto después de 3 a 6 meses.

Extrusión.

Se denomina así al desplazamiento parcial del diente fuera del alveolo, en donde hay ruptura del ligamento periodontal y se afecta a la pulpa . El tratamiento adecuado en dentición primaria será reubicar y fijar el diente por medio de una férula a base de resina. El tratamiento en

dientes permanentes será el mismo, con la diferencia de que si se presentan signos clínicos y radiográficos que nos indiquen necrosis pulpar, se realizará la terapéutica endodóntica.

Luxación lateral.

Es la lesión que presenta ruptura del ligamento periodontal y la pulpa, así mismo la lesión de la tabla ósea alveolar, ya sea vestibular o palatina. El tratamiento consiste en la reubicación y fijación atraumática durante dos o tres semanas, dependiendo del grado de afectación, retirándose cuando radiográficamente no se muestren evidencias de destrucción marginal. En caso de presentar reabsorción inflamatoria de hueso y raíz, se hará tratamiento endodóntico.

Avulsión.

Es el desplazamiento total del diente fuera del alveolo.

El tratamiento en los dientes primarios dependerá de las condiciones y el período de conservación, por lo tanto un diente que ha estado fuera de la boca por mucho tiempo, no se aconseja reimplantarlo, por estética se recomienda usar un aparato fijo o removible . Por el contrario, si el diente se reimplanta en un lapso menor de dos horas, tendrá mayor posibilidad

de éxito. Esto se realizará primero, colocando el diente en una superficie húmeda y limpia, que puede ser leche, suero fisiológico o saliva.

Se deberá irrigar el alveolo con suero fisiológico para eliminar el coágulo y una vez lavado el alveolo y la superficie radicular, el diente puede ser reimplantado, ésto se deberá efectuar con un mínimo de presión y se colocará una férula flexible la cuál se retirará después de siete días.

En dientes inmaduros con ápices abiertos, se debe ferulizar el diente por espacio de dos semanas, para que los tejidos neuromusculares se anastomosen . Se debe aguardar a que aparezcan signos de necrosis para realizar un tratamiento de endodoncia.

Por lo que respecta a dientes con formación radicular completa, deberá extirparse la pulpa, y obturarse definitivamente el conducto.

CONCLUSIONES

El resultado de un traumatismo dental debe ser objeto de toda atención, de ésta manera se podrán evitar las complicaciones que se presenten en el futuro, afectando de manera directa a la erupción dental, desarrollo alveolar y oclusión.

Por otra parte el éxito del tratamiento dental en el paciente pediátrico traumatizado, así como la prevención, consiste en la combinación de varios factores, entre los que se tienen: un menor tiempo entre el accidente y la atención dental, medidas profilácticas, conocimientos y responsabilidades por parte del Odontólogo; pero básicamente la atención brindada en primera instancia por los padres de familia. Por lo tanto son ellos quienes con maniobras sencillas, deberán dar atención primaria a sus hijos, y acudir inmediatamente al Cirujano Dentista para asegurar un pronóstico favorable.

BIBLIOGRAFIA.-

1. Andreasen J.O. y Andreasen F.M. "Lesiones dentarias traumáticas"
Editorial Médica Panamericana Madrid 1990.

2. Barber Thomas K. "Odontología Pediátrica" Editorial El Manual Moderno
México D.F. pp. 203-218.

3. Braham Raymond L. "Odontología Pediátrica "
Editorial Médica Panamericana Buenos Aires 1984 pp..312-336.

4. Chaparro H.J. Fidalgo J.J. Murillo del Castillo C, Rubio Manzanares J.
"Traumas Dentofaciales III Estudio Estomatológico de Traumatismos
Dentales en un Grupo de Niños Sevillanos". Revista de Actividad
Odontoestomatológica Española 1991, 51(404):55-(428):49-50.

5. Davis M. John, David B. Law, Tompson M. Lewis "Paidodoncia Atlas"
Editorial Médica Panamericana Buenos Aires 1984. pp.401-445.

6. Feito F.J.J. Rubio M.A.J, Murillo C.C. "Traumas Dentofaciales I"
Revista de Actividad Odontoestomatológica Española 1991, 51(404):55-61.

7. Finn Sydney B. "Odontología Pediátrica" Editorial Interamericana
México D.F. 1983. pp. 199-239.

8. Mc. Donald Ralph E. "Odontología Pediátrica y del Adolescente "
Editorial Médica Panamericana Buenos Aires 1990. pp. 477-553.

9. Pinkham J.R. "Odontología Pediátrica"
Editorial Interamericana, Mc. Graw Hill México, D.F. 1991. pp.175-187, 425-
435.

10. Scott J. Burker E.J.E. Watts D.C. "A review of Dental Injuries and the
use of Mouthguards in Contal". Team Sports Brithish Dental Journal 1994.