

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA  
ODONTOLOGIA

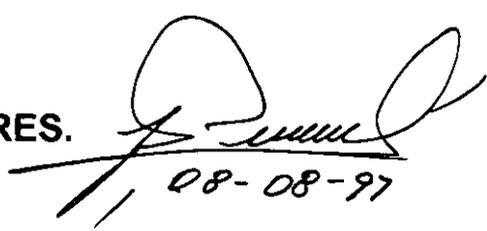
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA

\*\*\*\*\* PROYECTO DE INVESTIGACION\*\*\*\*\*

TEMA: "PREVALENCIA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES  
E INFLUENCIA DE UN TRATAMIENTO TARDÍO  
PARA UN PRONÓSTICO FAVORABLE EN NIÑOS DE 3  
A 12 AÑOS DE EDAD.

NOMBRE: PATRICIA ANGOA ANGOA.

ASESOR. C.D. LAURA E. PÉREZ FLORES.

  
08-08-97

CIRUJANO DENTISTA

278024

2000



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.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
MARCO TEÓRICO	
FRACTURAS DENTOALVEOLARES .....	6
ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS FRACTURAS DENTOALVEOLARES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.....	6
ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS FRACTURAS DENTOALVEOLARES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.....	10
CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGÚN ELLIS Y DAVEY.....	12
CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGÚN ANDREASEN.....	15
SECUELAS PATOLÓGICAS DE LOS DIENTES TRAUMATIZADOS .....	27
PASOS A SEGUIR EN UN TRATAMIENTO TARDÍO DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES.....	31
HIPÓTESIS .....	44
OBJETIVOS .....	45
VARIABLES.....	47
MÉTODOS E INSTRUMENTOS .....	48
RESULTADOS .....	51
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	54
CONCLUSIONES .....	57
NEXOS .....	59
PROPUESTA .....	69
BIBLIOGRAFÍA .....	70.

\*\*\* I N D I C E \*\*\*

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
MARCO TEORICO.	
FRACTURAS DENTOALVEOLARES.....	6
ETIOLOGIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS FRACTURAS- DENTOALVEOLARES EN LA DENTICIÓN TEMPORAL.....	6
ETIOLOGIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS FRACTURAS- DENTOALVEOLARES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.....	10
CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGUN - ELLIS Y DAVEY.....	12
CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGUN ANDREASEN.....	15
SECUELAS PATOLOGICAS DE LOS DIENTES TRAUMATIZADOS.....	27
PASOS A SEGUIR EN UN TRATAMIENTO TARDIO DE FRACTURAS - DENTOALVEOLARES.....	31
HIPÓTESIS.....	44
OBJETIVOS.....	45
VARIABLES.....	47
MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	48
RESULTADOS.....	51
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES.....	57
NEXOS.....	59
PROPUESTAS.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	70

## INTRODUCCION

Es necesario saber que prevalencia tienen las fracturas dentoalveolares en niños en edad escolar y que importancia tiene el saber que hacer en el caso de que se presenten algún tipo de fracturas para así evitar que un pronóstico se clasifique como desfavorable cuando el paciente no acude a tiempo a su tratamiento provocando con esto un daño irreversible para su estado físico y estético del paciente.

Es de importancia saber clasificar el tipo de lesión que se puede ocasionar en las diferentes estructuras bucodentales en un traumatismo dentoalveolar que afecta tejidos duros (dientes), tejidos blandos, tejidos de soporte o estructuras mucogingivales, para así llevar a cabo un tratamiento eficaz que restaure lo mejor posible la función y estética del paciente lesionado.

Por ello se desarrolla el siguiente trabajo de investigación que se inicia para poner en práctica actividades preventivas e interceptivas en dichos problemas de fracturas, tomando en cuenta que la E.N.E.P. Zaragoza se preocupa por formar el conocimiento en sus alumnos y de lo importante que es realizar actividades preventivas para la salud, que es uno de los medios por los cuales se puede lograr un estado de salud favorable para todas las personas.

Para captar la información a cerca de la prevalencia de las fracturas dentoalveolares se entrevistará a cada una de las personas muestras con el fin de conocer que tanto influye un tratamiento tardío para el pronóstico favorable, se realiza una historia de urgencia respecto a algún tipo de fractura presente, así como un interrogatorio al padre de familia de como fue y cuando fue el traumatismo; con el fin de verificar si el tratamiento que se realiza mucho después de la lesión influye en su pronóstico para las fracturas dentoalveolares.

\*\*\* PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA \*\*\*

Que tipo de fracturas dentoalveolares prevalecen en infantes de 3 a 12 años de edad y qué influencia tienen un tratamiento tardío, para un pronóstico favorable en el paciente que acude al servicio odontológico en la Clínica Multidisciplinaria Reforma.

### \*\*\* JUSTIFICACION \*\*\*

Los traumatismos bucales y faciales son muy comunes en la niñez. La etiología de éstos son muy variables y se pueden presentar en edades que oscilan entre los 3 a 12 años de edad.

Las lesiones traumáticas provocan secuelas en los dientes temporales como permanentes. Los dientes dañados enfrentan un riesgo sustancial de sufrir problemas degenerativos irreversibles a veces por falta de atención inmediata que se manifiestan como una necrosis pulpar, ésto sucede cuando se deja pasar demasiado después del traumatismo; también es posible que se desencadene una maloclusión como consecuencia de la ruptura del contacto proximal normal con los dientes adyacentes.

Un traumatismo en los tejidos de sostén, pueden causar inflamación y la iniciación y la iniciación de reabsorción radicular periférica en caso de traumatismo grave los dientes pueden perderse como consecuencia de reabsorción radicular patológica y degeneración pulpar.

Lamentablemente estas alteraciones suceden cuando el paciente a veces no acude a tratamiento profesional inmediatamente después de un traumatismo; por tanto, el pronóstico lógicamente depende en gran medida, a menudo, del tiempo en que haya transcurrido entre el accidente y el momento en que es realizado el tratamiento.

Es por eso que nos vemos en la necesidad de realizar un estudio de tipo prospectivo y analítico, de aquellos factores que llevan a provocar estas lesiones que en su mayoría son de consecuencias lamentables, ya que se deja pasar el tiempo necesario para llevar a cabo medidas adecuadas en las que no haya necesidad de perder piezas dentarias.

### \*\*\* M A R C O T E O R I C O \*\*\*

#### FRACTURAS

Es el rompimiento de las estructuras dentarias y sus componentes anatómicos de sostén.

Es una grieta, quebradura o destrozo de las estructuras dentoalveolares.

#### ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS FRACTURAS DENTOALVEOLARES EN LA DENTICION TEMPORAL

La mayor parte de las lesiones a los dientes primarios acontecen entre el año y medio y cinco años de edad.

Tan pronto los niños comienzan a caminar, a menudo caen hacia adelante, la carencia de coordinación en dicha etapa donde su desarrollo les impide protegerse

contra golpes en muebles, otros objetos e incluso el mismo suelo.

En la edad escolar la mayoría de las fracturas y desplazamientos ocurren en caídas de poca importancia, accidentes ocurridos durante la práctica de algún deporte o piruetas infantiles inofensivas.

De estos accidentes aparentemente benignos, el aspecto facial de un niño puede alterarse al grado de hacer que un niño de aspecto agradable sea desagradable.

Otra causa de fracturas dentarias son los accidentes automovilísticos ya que a los infantes no los protegen con el cinturón de seguridad. (3)

Una situación pasada generalmente por alto por los odontólogos es el maltrato infantil por parte de los padres o tutores, ocasionando graves lesiones no tan sólo en las piezas dentarias sino en todo el cuerpo del pequeño. (10)

Todas estas etiologías, naturalmente nos llevan a describir ciertas características que se presentan en las piezas afectadas. El grado, extensión y localización del daño puede variar importantemente: desde hace mucho tiempo se ha determinado que la zona más afectada es la región dentaria anterior. (4)

Las fracturas dentarias pueden abarcar: la corona, raíz o ambas, las de la corona se limitan a esmalte a veces dentina o puede incluir pulpa, éstas son más complicadas y exigentes de tratar (10)

En un estudio realizado de tipo retrospectivo se ha observado que los traumatismos que sufren los dientes temporales son las luxaciones con una frecuencia del 50% de 1444<sup>1</sup> dientes afectados.

En comparación con los dientes permanentes, las fracturas coronales ocurren con menos frecuencia que las lesiones por desplazamiento, debido a que el hueso alveolar y los tejidos de sostén son inmaduros y flexibles. (5)

Las manchas que se observan en los dientes anteriores desiguales a consecuencia de traumatismo ha preocupado a numerosos padres. La degeneración cálcica fisiológica de la pulpa se observa a menudo en estructuras radiográficas de rutina. la corona con frecuencia tiene una tonalidad pardo amarillenta con movilidad de la pieza dental

La patología apical se asocia a menudo con cambios de color en el diente, con tonalidades gris, azul o negra: se debe presentar consideración especial en la vitalidad del diente lesionado y ciertamente a su influencia potencial sobre la formación y desarrollo del germen del diente permanente subyacente. (2)

## ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS FRACTURAS DENTOALVEOLARES EN LA DENTICION PERMANENTE JOVEN

Estas lesiones en primer termino suceden en una edad que oscila desde los 8 años hasta los 12 años de edad periodo de crecimiento caracterizado por una desenfrenada actividad física. (11)

Las caídas durante el juego, causan la mayor parte de las lesiones de los dientes permanentes juvenes, los niños que practican deportes de contacto enfrentan el mayor riesgo de sufrir lesiones dentarias. (10)

Se dice que la dentición es vulnerable debido a la prominencia de los incisivos permanentes superiores durante el desarrollo del complejo facial. (11)

Los niños con "perfil propensos a accidentes " son los que presentan piezas anteriores en protrusión con mal oclusiones de primera clase división dos o segunda clase división uno.

Esté tipo de niños se lesionan con una frecuencia de dos veces mayor a comparación de pequeños que representan otro tipo de oclusión, ya que a medida que aumenta la sobre mordida horizontal aumenta también la probabilidad de éstas piezas fracturadas (12)

En comparación con las dentición temporal la permanente padece con más frecuencia fracturas coronarias siendo el esmalte y dentina las más afectadas, provocando en ocasiones necrosis pulpar (3)

La menor proporción coronoradicular y el hueso alveolar más denso favorecen para que las luxaciones sucedan con menos frecuencia.

De nuevo las incisivos centrales superiores son los dientes más afectados y los que se inclinan hacia vestibular se encuentra en el riesgo mayor. (10)

## CLASIFICACION DE FRACTURAS

### DENTOALVEOLARES

Ellis y Davey han logrado una clasificación simple de todas las lesiones. Esta clasificación es como sigue.

#### CLASE I

Fractura sencilla de la corona la dentina puede o no estar ligeramente afectada. - Por lo regular se trata de estillamientos de la porción central del borde incisal de la pieza, o fracturas mucho más comunes de los ángulos incisoproximales.

#### CLASE II

Fractura que afecta a esmalte y dentina sin presencia de exposición pulpar. La dentina expuesta por lo general da origen a síntomas como sencibilidad al choque térmico o dolor por la presión del alimento sobre la dentina sencible. (2)

### CLASE III

Fractura extensa de la corona, afectando considerable cantidad de dentina, con exposición de la pulpa.

Ya que la lesión afecta considerablemente la cámara pulpar las molestias son severas muy dolorosas a la presión de alimentos y dolor espontáneo.

### CLASE IV

Pieza traumatizada en no vital con o sin pérdida de estructura coronaria. No responde a las pruebas de vitalidad.

### CLASE V

Pérdida de la pieza como resultado del traumatismo (evulsión).

## CLASE VI

Fractura de la raíz con o sin pérdida de estructura de estructura coronaria. La mayoría de las fracturas ocurren en piezas con raíces plenamente formados y engastados en el hueso alveolar ya maduro. las fracturas pueden ocurrir en el tercio cervical, en el tercio medio o en el tercio apical de la raíz.

## CLASE VII

En esta clasificación se adiciona un desplazamiento de la pieza sin fractura de la corona, puede ser vertical u horizontal.

## CLASE VIII

Fractura de la corona en masa. existen casos en que la pieza presenta fractura horizontal cerca de la unión entre cemento y esmalte.

El dolor es extenso y presenta sangrado por exposición pulpar. (12)

## CLASIFICACION DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES

### ANDREASEN

Esta clasificación nos menciona también traumatismo es estructuras de sostén, en encía y mucosa bucal, dicha clasificación es como sigue.

#### I.- FRACTURA INCOMPLETA (INFRACCION)

Se presenta una fractura incompleta del esmalte sin pérdida de la subsancia dental.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Aparecen como línea de rotura en el esmalte y no cruzan el limite esmalte dentina. Son varios tipos de líneas de rotura, siendo horizontales, verticales y divergentes. La detección de estas líneas se facilita dirigiendo una luz paralelamente al eje cervical del diente, mientras que si usa una iluminación directa las roturas no se notan; generalmente no hay dolor a cambios térmicos, a los ácidos ni dulces.

En el examen radiográfico no se observa ningún cambio en las estructuras anatómicas circundantes, rara vez puede llegar a afectar pulpa

## **2.- FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA.**

Es una fractura que se limita al esmalte o afecta también a esmalte y dentina pero no a la pulpa.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Se limitan al esmalte y casi siempre se presentan en el ángulo mesial o distal de la corona. en ocasiones el lóbulo central del borde inicial es el único afectado. las fracturas se limitan generalmente a un sólo diente y pueden estar asociadas con lesiones concurrentes, como subluxaciones o luxaciones extrusivas, la dentina descubierta ocasiona síntomas de sensibilidad a los cambios térmicos o en la masticación.

En el estudio radiográfico sólo se observa la línea donde se encuentra la fractura sin presentar ninguna otra alteración adyacente.

### 3.- FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA.

Es la lesión que afecta el esmalte la dentina y la pulpa. puede haber desprendimiento de fragmentos de esmalte y/o dentina.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Se presenta una ligera hemorragia capilar en la parte descubierta de la pulpa, va acompañada de sensibilidad a los cambios térmicos y a la masticación.

En la radiografía se observa la línea de fractura y la continuidad de la cavidad de la pulpa.

### 4.- FRACTURA DE LA CORONA Y DE LA RAIZ.

Se define como una fractura que afecta el esmalte la dentina y el cemento.

La fractura se puede dividir según lo afectada que este la pulpa en:

#### a) FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA Y DE LA RAIZ

Es la fractura que afecta el esmalte, la dentina y el cemento y no expone a la pulpa.

#### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

La línea de fractura empieza a pocos milímetros hacia incisal desde el bordo 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 considerándose la corona en su posición: en la parte lingual gracias a las fibras del ligamento periodontal, generalmente la línea de fractura es una pero puede haber fractura múltiple. En la radiografía contribuye pocas veces debido a que la línea de fractura oblicua casi siempre es perpendicular al rayo central.

## **b) FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y DE LA RAIZ**

Afecta esmalte, dentina cemento y exposición pulpar.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Son casi siempre de dolor durante la masticación debido a la movilidad de la parte de la corona y exposición pulpar, sensibilidad a la palpación y percusión. En la toma radiografica se observa la línea de la fractura abarcando tejido pulpar y resorción de los extremos de los fragmentos.

## **5.- FRACTURA DE LA RAIZ.**

Son los que afectan dentina, cemento o pulpa.

### **SIGNOS Y SINTOMAS**

Se asocia a menudo con otros tipos de lesiones entre estas la fractura del proceso alveolar, comun especialmente en la región de los incisivos inferiores. El diente está ligeramente extruído, muchas veces desplazado hacia lingual; el lugar de la fractura, determina el grado de movilidad del diente, existen respuestas positivas a las pruebas de vitalidad.

En la dentición temporal ofrece problemas radiográficos especiales debido a la superposición de los dientes permanentes lo cual puede impedir el descubrimiento de la fractura radicular cerca del ápice.

### **LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.**

#### **1.- CONCLUSION.**

Lesión en las estructuras de sostén del diente sin aflojamiento anormal o desplazamiento

#### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Los dientes sólo ocasionan lesiones menores a las estructuras periodontales, de manera que no hay aflojamiento el paciente se queja de sencibilidad a la percusión en dirección horizontal y/o vertical.

## **2.- SUBLUXACION (AFLOJAMIENTO)**

Es la lesión de estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Los dientes sostienen su posición normal en el arco dentario pero puede presentarse una movilidad anormal en sentido horizontal y es sensible a la percusión y a las fuerzas oclusales, algunas veces se presenta ligera hemorragia del ligamento periodontal.

En el estudio radiográfico se observa un ensanchamiento del ligamento periodontal.

## **3.- LUXACION INTRUSIVA (DISLOCACION CENTRAL)**

Desplazamiento del diente hacia la profundidad del hueso alveolar acompañada de fractura de la cavidad alveolar.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

El diente puede estar completamente enterrado en el alveolo.

En la dentición temporal es muy importante clasificar si el ápice está dislocado en dirección vestibular o lingual, puesto que en éste último caso los dientes permanentes pueden resultar afectados, para ello en la radiografía se puede mostrar dislocación del diente sin espacio periodontal de la raíz.

#### 4.- LUXACION EXTRUSIVA (DESPLAZAMIENTO PERIFERICO, AVULSION PARCIAL).

Se presenta un desplazamiento parcial del diente fuera de su alveolo.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

En esta lesión el ápice se desplaza fuera de su nicho y no a través de la cavidad alveolar. aquí la pulpa puede conservarse no vital; se observa en la radiografía aumento del espesor periodontal.

#### 5.- EXARTICULACION

Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo (avulsión total).

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Afecta a los incisivos central superiores de la dentición temporal o permanente. muy pocas veces al maxilar inferior; aparentemente los ligamentos periodontales que rodean a los dientes favorecen la evulsión completa con exarticulación con frecuencia se encuentran otro tipo de lesiones asociadas con exarticulaciones entre ellas las fracturas de la pared del alveolo y lesiones de los labios son las más importantes.

Al revelar las radiografías se observan por lo general fracturas óseas.

## LESIONES DEL HUESO DEL SOSTEN

### 1.- CONMINUCION DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

Existe un aplastamiento y compresión de la cavidad alveolar.

#### SIGNOS Y SINTOMAS

Esta condición esta asociada a una luxación intrusiva o lateral, la cual se presenta dolor a la masticación y percusión.

### 2.- FRACTURA DE LA PARED DE LA CAVIDAD ALVEOLAR

Fractura limitada a la pared vestibular o lingual del alveolo.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Se localiza generalmente en la región incisiva superior donde la fractura afecta a varios dientes. La movilidad anormal de la pared del alveolo se demuestra cuando se prueba el diente afectado.

En el revelado radiográfico pocas veces revela la línea de fractura mientras que una radiografía extraoral lateral revela el lugar de la fractura.

### 3.- FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR.

Existe una fractura del proceso alveolar que puede o no afectar el alveolo del diente.

Es decir puede presentarse por arriba del ápice.

#### SIGNO Y SINTOMAS

La línea de fractura puede estar situada apicalmente en relación a los ápices, pero en muchos casos afecta la zona del alveolo dental. Es fácil diagnosticar esta fractura 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 en que tienen un sonido apagado.

Al revelar las radiografías se ve una línea de fractura clara estas pueden estar localizadas en todos los niveles desde su septum hasta la zona apical.

#### 4.- FRACTURA DE MANDIBULA O MAXILAR

Existe la lesión ya sea en la mandíbula o en el maxilar.

##### SIGNOS Y SINTOMAS.

Afecta la base de la mandíbula o del maxilar y muchas veces el proceso alveolar. La fractura puede o no afectar el alveolo del diente.

La localización de las fracturas maxilares esta relacionada en forma significativa con el estado de la dentición.

De la zona de la mandíbula donde están implantados los dientes de la región del tercer molar inferior es la más afectada sigue en frecuencia las regiones de canino, incisivos y premolares inferiores

La condición clínica se caracteriza por desplazamiento de los fragmentos y alteración de la oclusión. Es significativo el dolor provocado por los movimientos de la mandíbula o del maxilar, o por la palpación.

En el estudio radiográfico el curso de la radiografía sigue generalmente a lo largo de la cavidad alveolar o se limita al centro del septum, pero se puede ver una combinación de ambos.

La mayoría de las líneas de fractura se dirigen oblicuamente hacia abajo y hacia atrás de la base de la mandíbula.

## LESIONES DE LA ENCIA O DE LA MUCOSA BUCAL

### 1.- LACERACION.

Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causada por un objeto agudo afecta mucosa y/o encía.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Este tipo de lesión ante un traumatismo puede producirse en lengua, encía carrillo y labios, ocasionando desgarramiento el cual produce hemorragias en la zona lesionada.

### 2.- ABRASION.

Herida superficial producida por raspadura o desgarre de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.

### 3.- CONTUSION.

Golpe generalmente producido por un objeto romo sin rompimiento de la mucosa, causado generalmente hemorragia en la submucosa. (1

## SECUELAS PATOLOGICAS DE LOS DIENTE TRAUMATIZADOS COMO CONSECUENCIA DE UN TRATAMIENTO TARDIO.

En el caso de los dientes primarios traumatizados pueden reaccionar de distintas maneras a los traumatismo; puede curar y volver a la normalidad, pero también puede padecer alteraciones patológicas un tiempo después del golpe manifestandose en reabsorción interna dentro de la cámara pulpar, degeneración cálcica o aun más necrosis pulpar. (3)

Un diente que haya padecido un traumatismo puede o no sufrir una o varias alteraciones degenerativas, puede perder su vitalidad aun cuando no se haya perdido tejido dentario. Esto puede ocurrir varios meses o años después del accidente y como casi en la mayoría de las veces es asintomático el padre del niño no pone atención al accidente y deja pasar por alto su atención inmediata, sólo acude al consultorio si y el niño comienza a tener manifestaciones con signos y sintomas. tales como: cambios de coloración en la pieza dental traumatizada, presencia de fístula o inflamación de los tejidos blandos circundantes.

Se ha observado que éstos traumatismos pueden afectar los tejidos de sostén, mucosa, dientes estando involucrada en algunos casos la integridad de la pulpa dentaria.

Algunas de éstas lesiones traumáticas provocan secuelas en dientes permanentes en desarrollo, pudiendo influir en su futura formación así como en su madurez y generalmente queda una deformación permanente que en su mayoría de los casos es muy visible. éstas lesiones pueden ser:

- 1.- Decoloración blanca o amarilla marrón del esmalte.
- 2.- Dilaceración de la corona.
- 3.- Malformación en forma de odontóma.
- 4.- Angulación radicular vestibular.
- 5.- Angulación o dilaceración radicular.
- 6 - Detención parcial o completa de la formación de la raíz. (5)

Se ha observado que, cuando existe un traumatismo de dientes temporales o permanentes en niños de familias de recursos económicos bajo y que no manifiestan dolor severo en el momento de la lesión o avulsión el padre deja pasar por alto este accidente provocando en el niño inseguridad en su persona, ya que el diente se ha perdido o "roto"; por tanto se ha visto que el niño se tapa la boca para hablar o sonreír. ésta es una manifestación clara de la negligencia o falta de información por parte de los padres para saber que hacer en el momento mismo en que sucede el traumatismo, es por eso que las secuelas que quedan en su mayoría son irreversibles

Se ha hablado de necrosis pulpar como una primera manifestación cuando se acude tarde a un tratamiento, refiriéndose con esto a meses o hasta años, influyendo así en un pronóstico favorable para el o los dientes fracturados.

Se presenta otra secuela en dientes permanentes es la resorción con reemplazo conocida también como anquilosis son las más infrecuentes y es causada por calcificación de la membrana periodontal y la consiguiente inflamación asociada a la invasión de células osteoclasticas

La evidencia clínica es una diferencia en el plano incisal del diente anquilosado y los adyacentes éstos siguen erupcionando mientras el diente anquilosado permanece fijo en relación con las estructuras adyacentes. (7)

Estos signos se observan tiempo después cuando el paciente o padre de familia ha observado que no ha salido completamente el diente y al realizar el interrogatorio de rutina nos manifiesta que hace un tiempo tuvo un golpe en ese diente, es así como nos percatamos de la razón y lo consideramos como secuela por no realizar un tratamiento a tiempo

## PASOS A SEGUIR EN UN TRATAMIENTO TARDIO DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES

Cuando se habla de un tratamiento tardío se refiere a que el paciente no acudio oportunamente a un tratamiento, por ende el pronóstico dependerá mucho de la secuela que ha originado

Cabe mencionar que el odontólogo se da cuenta que hubo una lesión traumática cuando realiza el interrogatorio de rutina y la exploración clínica del paciente que acude a tratamiento aparentemente de prevención y se ven tales secuelas como "que el diente esta enterrado", o se está poniendo amarillo, o que presenta una "bolita con pus" son palabras comúnmente usadas por la persona que lo lleva a consulta.

Tres meses después del traumatismo se descubre el sitio de la exposición se elimina el material de la amputación y el tejido necrótico pulpar, situado inmediatamente por encima de la barrera aparece intacta, se aplica un material de cemento de ionomero de vidrio. El diente entonces podrá ser restaurado con una construcción convencional ya sea por resina convencional o fotocurable. (1)

III.- Pulpectomía se debe tomar en cuenta si se ha formado completamente el ápice y los pasos son :

- Anestecia
- Aislado del diente a tratar
- Conductometría
- Extirpar los restos pulpares con tiranervios y limas, lavar con solución fisiológica.
- Secar el conducto con puntas de papel.
- Mediante un porta amalgama llevar al conducto una pata espesa de hidroxido de calcio y monoclorafoenol alcanforado; para empujar el material hacia el extremo apical puede ser empleado un empaçador de conos. hay que evitar que un excedente de material sea forzado através del ápice.

Se han clasificado los traumatismos o fracturas que con mayor frecuencia se presentan y por tanto su tratamiento y son.

En dientes temporales se presentan luxaciones intrusivas de dientes anteriores superiores. aquí el tratamiento dependerá de observar primeramente por medio radiográfico si el diente intruido está en íntima proximidad o invadido en el folículo del diente permanente en desarrollo si existiera invasión el diente temporal debe ser extraído y dependerá del patrón de erupción del diente permanente y la edad del paciente para determinar si se coloca un mantenedor de espacio. (10)

Quando se observa una fractura coronaria o conoradicular del diente temporal se tomarán las medidas tales como .

En el caso de que hubiera una fractura del esmalte o en estructuras amelodentinarias superficiales de la corona, un desgaste de los bordes filosos serán suficientes.

En las fracturas de esmalte el tratamiento a seguir es: pulir las fracturas menores de esmalte por medio de un disco de granito fino, y en fracturas más grandes se usa la técnica de grabado ácido para resinas compuestas.

Para las fracturas de esmalte y dentina que por lo general sufren los ángulos incisomesial o distal, se pulen los filos cortantes lingual o palatino y vestibular, la dentina expuesta se recubre con un cemento de hidroxido de calcio, se graba el esmalte, se adapta una corona temporaria de celuloide, se adapta la resina autoofotocurable después del curado de la resina se pule la anatomía superficial.

En las fracturas que afectan pulpa ya sea que sucede exposición pulpar o sólo necrosis sin pérdida de estructura dental se deben considerar hallazgo clínicos que indiquen el tratamiento:

1.- Si existe exposición pulpar.

2.- posibilidad de restaurar la corona fracturada.

3.- No siempre se pueden mantener tejidos vital en todos los dientes, para ello se toman tres opciones terapéuticas.

I.- Recubrimientos pulpar directo. se deben satisfacer las siguientes condiciones:

A) La pulpa deberá haber estado libre de inflamación antes de la lesión.

B) Las lesiones no deben afectar la vascularización pulpar.

El recubrimiento pulpar debe ser utilizado en pequeñas exposiciones inmediatamente después de la lesión (en lo posible dentro de las 24 horas de ocurrida).

II.- Pulpotomía se aísla el diente ya sea con dique de hule o torunda de algodón, se hace la amputación hasta los 2 mm. De profundidad, se cubre la perforación con hidroxido de calcio puro, la dentina y el esmalte expuesto se recubren con hidroxido de calcio ( Dycal), se aplica una restauración provisoria que asegure un sellado hermético contra la invasión bacteriana a la pulpa, en cicatrización.

- Sobre el hidroxido de calcio debe ser colocada una torunda de algodón completando el sellado con una capa de oxido de zinc y eugenol cubierta con un cemento de fosfato de zinc.

El diente debe ser obturado una o dos sesiones después. Los signos y síntomas de infección activa deberán ser eliminados antes de obturar el conducto. La obturación temporal debe dejarse de tres a seis meses para poder dar pauta al cierre del ápice y así poder obturar con gutapercha y restaurar con un material estético definitivo. (9)

En el caso de las fracturas coronarias, las lesiones producidas en el tercio apical de la raíz tienen un pronóstico favorable, si se pueden mantener en estrecha proximidad los segmentos coronarios y apicales se deben reubicar la porción coronal del fragmento dental y la inmovilización firme con una férula durante dos a seis semanas, no se debe iniciar un tratamiento endodóntico, sino hasta que sea evidente los signos clínicos. (10)

Una fractura conoradicular que se deja sin tratar, generalmente da por resultado dolor a la masticación, por el movimiento de fragmentos coronarios.

Los acontecimientos patológicos en caso de no ser tratados comprenden cambios inflamatorios en la pulpa, ligamento periodontal y encía debido a la acumulación de placa en la línea de fractura.

Cuando existe una fractura radicular en dientes permanentes jóvenes que son poco comunes pero representan patrones complejos de curación debido al deterioro concomitante de la pulpa, el ligamento periodontal, la dentina y el cemento, para facilitar la curación de la pulpa y del ligamento periodontal se considera esencial que un fragmento desplazado sea reubicado optimamente: también que la ferulización sea mantenida durante tres meses para permitir la máxima estabilidad del callo óseo.

Deben hacerse pruebas de sensibilidad y exámenes radiográficos a las tres y seis semanas y a los tres meses después del tratamiento.

La reabsorción dentro del conducto radicular originada en la línea de fractura aparentemente es un estadio de la recuperación del daño pulpar por el traumatismo.

Se ha observado que esto es seguido por eventos de mineralización y decuración, no necesita tratamiento, pero si control de seguimiento.

En cambio la reabsorción del hueso a nivel de la línea de fractura es indicativo de necrosis pulpar, usualmente del fragmento coronario. Esta situación requiere de tratamiento endodóntico, recubrimiento provisorio con pasta de hidroxido de calcio y finalmente de obturación del conducto radicular con gutapercha. (1)

En las lesiones por desplazamiento menudo es difícil de valorar la gravedad del daño provocado a los tejidos de sostén ocasionados por el estiramiento y el desgarramiento de las fibras periodontales, los vasos apicales y los nervios.

Un desplazamiento parcial menor es una ocurrencia relativamente común y el tratamiento consiste en una dieta blanda y cuidar al diente por posibles cambios degenerativos pulpaes, mediante observación clínica periódica, pruebas de vitalidad y examen radiográfico.

A los dientes permanentes intruidos se les permite hacer de nuevo erupción por sí mismos y deberán evitar un daño ulterior a las estructuras de sostén al forzar la reducción.

En el caso de desplazamiento lateral y extrusivo, los dientes deberán colocarse de nuevo en una posición con una presión suave seguida de por una ferulización durante tres a cuatro semanas.

La carencia de un tratamiento inmediato en los casos de desplazamiento lateral y estrusivo, pueden conducir a que los dientes lesionados se consoliden en una posición anormal entonces será necesario utilizar medidas ortodóncias para mover al diente de regreso a su posición original provocando un costo beneficio mayor.

La necrosis pulpar, la obliteración pulpar, la resorción radicular y la pérdida del soporte oseo marginal son complicaciones que con frecuencia surgen de lesiones de desplazamiento.

La terapeutica convencional del canal radicular puede utilizarse cuando la formación apical es completa. (2)

Cuando se representa una avulsión, el pronóstico para retener a largo plazo un diente permanente empeora mientras permanece más tiempo fuera de su alveolo.

El interés primario es conservar la vitalidad del ligamento periodontal, los dientes que se reimplantan a poco de treinta minutos representan el 90% de posibilidades de supervivencia.

Pocos dientes reimplantados luego de dos horas sobreviven, en consecuencia es imperativo que la primera persona capaz reimplante de inmediato el diente ya sea el padre, maestro o hermano. (1)

A nivel consultorio el procedimiento de reimplante consiste en:

1. Es preciso sostener al diente por la corona para no dañar el ligamento periodontal.
2. Ha de enjuagarse con cuidado con agua corriente, no se debe intentar tallar o esterilizar el diente.
3. Es necesario reimplantarlo por medios manuales en su alveolo.

Cuando no es posible reimplantarlo el diente de inmediato se recomienda que se mantenga en leche en el trayecto al consultorio.

Después del reimplante en dientes maduros con ápices cerrados se debe usar una férula durante siete a diez días, se coloca hidróxido de calcio en el diente luego de una semana.

Esto impide el inicio de una resorción radicular inflamatoria.

En el caso de dientes inmaduros con ápices abiertos, se debe ferulizar el diente durante dos semanas. esto permite que los tejidos neurovasculares se reanastomosén.

En la técnica de ferulización se señala que deben incluir ciertas características como:

- Ser pasiva, atraumática.
- Ser flexible
- Permitir que se efectúen pruebas de vitalidad y el acceso endodóntico en caso de ser necesario.
- Ser fácil de aplicar y retirar.

Se cita la férula de alambre retenida por resina compuesta como el sistema que satisface mejor tales parámetros. (10)

### \*\*\* HIPOTESIS \*\*\*

Las lesiones por fracturas dentoalveolares que más prevalecen son Clase III (fractura extensa de la corona afectando dentina con exposición.) Y clase VII (desplazamiento vertical u horizontal sin fractura de la corona), en dientes superiores en niños de 3 a 12 años de edad.

Las secuelas que se presentan en este tipo de fracturas y cuando el tratamiento es tardío es una necrosis pulpar en una frecuencia de un 80% de los casos presentados.



**\*\*\* OBJETIVOS \*\*\***

**OBJETIVO GENERAL.**

Conocer la prevalencia de fracturas dentoalveolares y observar la influencia que tiene un tratamiento tardío para un pronóstico favorable en pacientes de 3 a 12 años de edad que acuden a servicio odontológico en la Clínica Multidisciplinaria Reforma con la finalidad de establecer un plan de tratamiento durante la estancia en el servicio social

## OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Realizar un tratamiento adecuado donde se restablezca la función y estética del paciente lesionado.
- 2.- Concientizar a los padres de familia para que acuden en el momento indicado en caso de otro posible traumatismo por medio de una plástica.

**\*\*\* V A R I A B L E S \*\*\***

**VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Tratamiento tardío de fracturas dentoalveolares.

**VARIABLE DEPENDIENTE.**

Secuelas que se presentan en algún tipo de fracturas.

## METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El método indentificado como el medio o camino para recolección de datos y el logro de sus objetivos, al igual que los instrumentos como mecanismos que se utilizarán para recolectar y registrar la información es la siguiente.

Se realiza un hoja de evaluación clínica para dientes anteriores traumatizados considerado una clasificación de fracturas dentoalveolares según Ellis.

CLASE I.- Fractura sencilla de la corona con dentina ligeramente afectada o no afectada.

CLASE II.- Fractura extensa de la corona, afectando dentina sin exposición pulpar.

CLASE III.- Fractura extensa de la corona con exposición pulpar.

CLASE IV.- Diente traumatizado transformandolo en no vital con o sin pérdida de estructura coronaria.

CLASE V.- Pérdida del diente (avulsión)

CLASE VI.- Fracturas de la raíz con pérdida o no de estructura coronaria.

CLASE VII.- Desplazamiento del diente.

CLASE VIII.- Fractura de la corona y su reemplazo.

## INTERROGATORIO (ENTREVISTA)

Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuesta verbales a las interrogantes planteados sobre el problema.

Se considera de suma importancia y como procedimiento de rutina realizar un interrogatorio que se incluye en la realización de una historia clínica que nos permita obtener una información más completa. A través de ella el investigador puede explicar el propósito de estudio y especificar claramente la información que necesita, si hay una interpretación errónea de la pregunta permite aclararla, asegurando una mejor respuesta.

Como técnica de recolección de datos el interrogatorio tiene muchas ventajas ya que es verbal e interpersonal siendo muy útil en pacientes pequeños o en aquellos que tiene limitaciones físicas u orgánicas que se les dificulta proporcionar una respuesta escrita. (2)

### \*\*\* RESULTADOS \*\*\*

Al concluir la investigación de tipo prospectivo en la Clínica multidisciplinaria Reforma, respecto a la prevalencia de fracturas dentoalveolares y la influencia que éstas tienen en un tratamiento tardío y su pronóstico, se obtuvieron resultados de un universo de trabajo de 15 niños los cuales 6 fueron del sexo masculino y 9 del sexo femenino obteniendo un 40% y un 60% respectivamente. (cuadro I)

La prevalencia de fracturas dentoalveolares según grupos de edad de 3 a 7 años y de 8 a 12 años, se vio que algún tipo de fracturas se presentan más en niños que oscilan entre los 3 a 7 años de edad; siendo el más afectado el sexo femenino con un 60%. (cuadro II)

En cuanto a la clase de fracturas que se presentaron fué:

Clase de fracturas según Ellis para el sexo femenino:

CLASE I	... 6.7%
CLASE II	... 13.3%
CLASE III	... 6.7%
CLASE IV	... 6.7%
CLASE VII	... 20.0%
CLASE VIII	... 6.7%

Clase de fracturas en el sexo masculino :

CLASE I	... 13.3%
CLASE II	... 6.7%
CLASE III	... 6.7%
CLASE V	... 6.7%
CLASE VIII	... 6.7%

Observándose que del total de 15 niños el sexo femenino tuvo el 20% de fracturas clase VII entre las edades de 3 a 7 años y en el sexo masculino la clase I fué la más frecuente con un 13.3%. (cuadro III)

El tratamiento tardío tiene una frecuencia del 33.3% en las fracturas dentoalveolares que sufre los niños de 3 a 7 años de edad en ambos sexos y un 40% en las edades de 8 a 12 años, teniendo un 73.3% en total del universo estudiado, esto influye notablemente para su pronóstico (cuadro IV)

### \*\*\* ANALISIS DE RESULTADOS \*\*\*

Al realizar la investigación dentro del servicio social, se observa que los niños están propensos a accidentes, provocándoles lesiones que en muchas ocasiones son irreversibles en su integridad física, siendo una de las partes del cuerpo más afectadas el proceso maxilofacial presentando algún tipo de fractura; en el caso de niños pequeños entre las edades de 1 a 3 años se ven fracturas dentales ya que el niño intenta caminar y experimentar con todo lo que lo rodea, sus movimientos carecen de una adecuada coordinación y por ello sufre éste tipo de traumatismos. sin embargo: las edades en que con más frecuencia suceden las fracturas es a partir de los 4 a 12 años de edad, ya que su actividad física es muy desenfrenada.

Al separar y distinguir los resultados, se observa que la zona que más prevalencia de fracturas dentales se presentan son en los incisivos superiores, teniendo fracturas según Ellis clase I, IV y VII, donde en su mayoría las secuelas que se presentan es una necrosis pulpar, cuando el tratamiento se realiza semanas o meses después de sufrido el traumatismo.

Cuando nos formulamos la Hipótesis en donde se menciona que el tipo de fracturas que prevalecen en niños de 3 a 12 años de edad son la clase III y VII de Ellis, verificamos que también se presenta la clase II con un porcentaje considerable (20%), así como la influencia que tiene un tratamiento tardío el cual se presenta en un 73.3% siendo una diferencia mínima con respecto a la hipótesis establecida y por ende su pronóstico es desfavorable.

De manera mista con la investigación se van realizando los tratamientos adecuados para para cada caso, a modo de restablecer la función y estética del paciente traumatizado. ya que es uno de los objetivos de este proyecto, así mismo se lleva a cabo pláticas con los padres del niño con la finalidad de concientizarlos sobre la importancia que le deben poner a un golpe que el niño sufra y saber que hacer en un momento dado o si volviera a ocurrir otro traumatismo, éste tiene el propósito de reducir al máximo las secuelas que pudieran ocasionarse, mencionando los físicos. y psicológicos e incluso el costo que pudiera ocasionarse cuando no se acude a tiempo al tratamiento.

### \*\*\* CONCLUSIONES \*\*\*

1.- En el estudio realizado, se observa una gran tendencia a fracturas dentoalveolares en edad infantil (3 a 12 años) en el universo examinado (15 niños), con una frecuencia de 100%.

2.- Se ve que no es notorio la diferencia de los traumatismo entre un sexo y el otro, ya que tomando en cuenta la pequeña diferencia que existe entre hombres (6) y mujeres (9).

3.- La clase de fracturas que más prevalencia tuvo es la clase VII de Ellis, con un 26.6% para los niños de edades de 3 a 7 años y en menor frecuencia la clase IV, V y VIII con un 6.7% para cada clase.

4.- Se deduce que en un tratamiento que se realiza en un tiempo considerablemente tarde, influye en el pronóstico de la o las piezas lesionadas, analizando que el 73.3% de los niños estudiados acudió tarde a su tratamiento.

Este estudio nos da pauta a realizar la propagación de información sobre las alteraciones dentales en general, pero poniendo énfasis en las fracturas dentales, que es el objeto de estudio ya que como lo hemos mencionado la edad infantil tiene una tendencia a sufrir dichos traumatismos por su actividad física desenfrenada.

Se determina que el padre del menor pone poco empeño en su tratamiento, sólo y sólo si el pequeño sufre de dolor severo es cuando el adulto toma iniciativa para llevarlo al "Dentista".

Por ello es importante informar a los adultos sobre este tema.

Paciente ..... Fecha .....

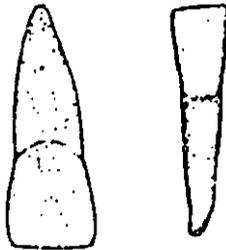
**HOJA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA DIENTES ANTERIORES TRAUMATIZADOS**

**I. Diagrama**

1. Dibuje la pulpa en rojo Diente N°

2. Dibuje el traumatismo en negro

3. Indique desplazamientos con flechas



**II. Examen clínico inicial**

- 1. Clasificación (Ellis) .....
- 2. Color (transiluminación) .....
- 3. Respuesta a la percusión .....
- 4. Movilidad (grado) .....
- 5. Respuesta pulpar-eléctrica .....

7	8	9	10	Calor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	25	24	23	Frio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**III. Examen radiográfico inicial**

- 1. Tamaño pulpar
- 2. Desarrollo radicular
- 3. Fractura radicular
- 4. Patología periapical
- 5. Fractura alveolar
- 6. Otros

**IV. Tratamiento inicial**

- 1. Pulpa: .....
- 2. Recubrimiento: .....
- 3. Férula .....
- 4. Radiografía .....

**V. Visita subsiguiente N° 1.**

Fecha .....

- 1. Respuesta pulpar
- 2. Examen radiográfico
- 3. Tratamiento y comentarios .....

7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	25	24	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VII. Visita subsiguiente N° 3.**

Fecha .....

- 1. Respuesta pulpar
- 2. Examen radiográfico
- 3. Tratamiento y comentarios .....

7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	25	24	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI. Visita subsiguiente N° 2.**

Fecha .....

- 1. Respuesta pulpar
- 2. Examen radiográfico
- 3. Tratamiento y comentarios .....

7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	25	24	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIII. Visita subsiguiente N° 4.**

Fecha .....

- 1. Respuesta pulpar
- 2. Examen radiográfico
- 3. Tratamiento y comentarios .....

7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	25	24	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fig. 17.2. (cont.) La leyenda, en la página anterior.

## HOJA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA DIENTES ANTERIORES TRAUMATIZADOS

Historia

Nombre del paciente

1. Fecha de este examen

Mes      Día      Año

2. Fecha (y momento) del traumatismo

Edad      Diente traumatizado N°  
Años      Meses

3. Tiempo transcurrido desde el traumatismo (días y horas)

7. Problema del paciente (actual)

a. Dolor al masticar  
Si      No  
Si sí, descríbelo

4. Cómo se produjo el traumatismo

b. Reacción a los cambios térmicos  
Si      No  
Si sí, descríbala

5. Dónde se produjo el traumatismo

c. Otros problemas (describa)

6. Historia previa de traumatismos

Si      No

a. Si sí, fecha de los traumatismos anteriores

8. Observación de los tejidos blandos

b. ¿Fractura, movilidad o desplazamiento previos?

Laceración      Si      No

Tumefacción      Si      No

Si sí, describa

c. ¿Dolor, malestar o sensibilidad previos?

9. Oclusión (Clasificación de Angle)

Fig. 17.2. Hoja de evaluación clínica para dientes anteriores traumatizados. (Continúa).

**\*\*\* NEXOS \*\*\***  
**RESULTADOS**  
**CUADRO 1**  
**MATRICULA TOTAL DE NIÑOS CON FRACTURAS DENTOALVEOLARES**  
**SEGUN EDAD Y SEXO**  
**CLINICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991,**

EDAD EN ANOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
3	3	20,0	2	13,3	5	33,3
4	1	6,7	***	***	1	6,7
5	***	***	1	6,7	1	6,7
6	***	***	1	6,7	1	6,7
7	***	***	2	13,3	2	13,3
11	1	6,7	1	6,7	2	13,3
12	1	6,7	2	13,3	3	20,0
TOTAL	6	40,0	9	60,0	15	100,0

**CUADRO II**  
**PERSONAS EXAMINADAS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO**  
**CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991,**

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	F	%	F	%	F
3***7	4	26,7	6	40,0	10
8***12	2	13,3	3	20,0	5
TOTAL	6	40,0	9	60,0	15

F \_\_\_\_\_ FRECUENCIA

CUADRO III  
 CLASE DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES  
 SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
 CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991.

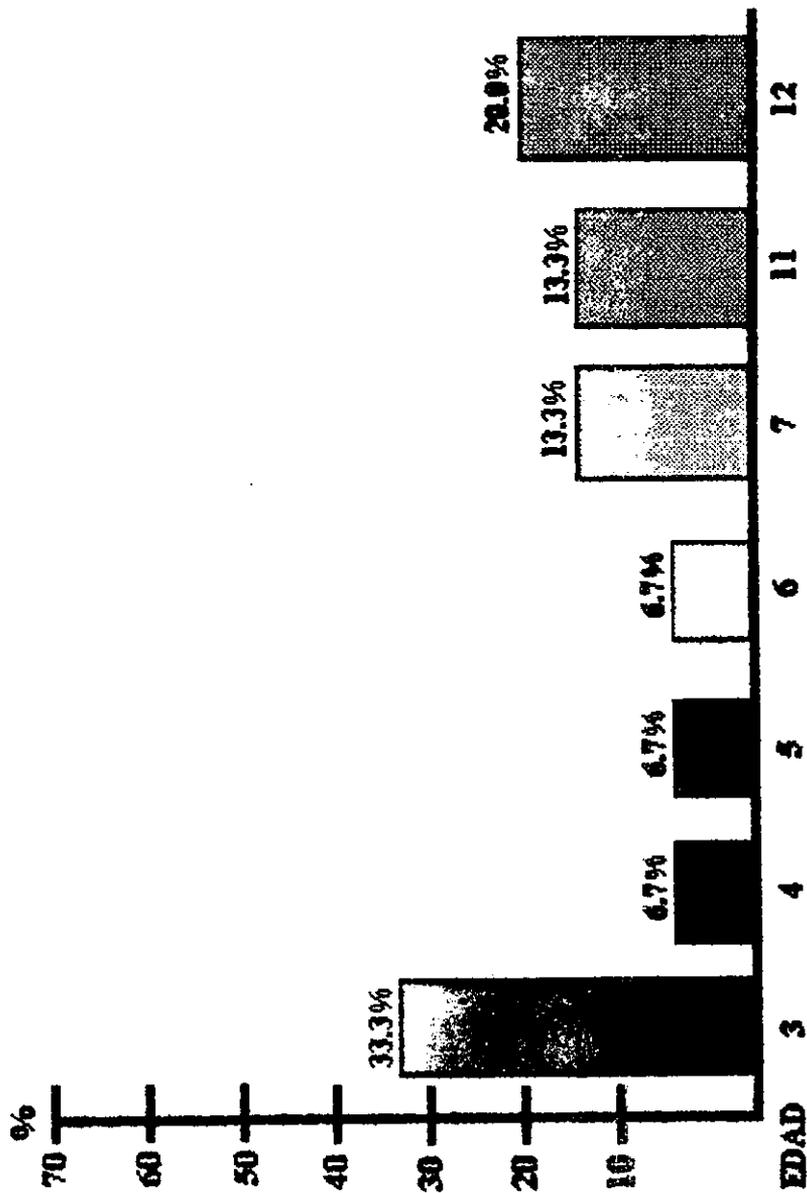
CLASE	3--7				8--12				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
I	2	13,3	1	6,7	***	***	***	***	3	20,0
II	***	***	***	***	1	6,7	2	13,3	3	20,0
III	***	***	***	***	1	6,7	1	6,7	2	13,3
IV	***	***	1	6,7	***	***	***	***	1	6,7
V	1	6,7	***	***	***	***	***	***	1	6,7
VII	1	6,7	3	20	***	***	***	***	4	26,6
VIII	***	***	1	6,7	***	***	***	***	1	6,7
TOTAL	4	26,7	6	40,0	2	13,30	3	20,0	15	100,0

**CUADRO IV**  
**INFLUENCIA DE UN TRATAMIENTO TARDÍO PARA UN PRONOSTICO**  
**FAVORABLE EN FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO**  
**CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991,**

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL			
	TX. Oportuno		TX. Tardío		TX. Oportuno		TX. Tardío		TX. Oportuno		TX. Tardío	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
3***7	***	***	4	26,7	4	26,7	1	6,7	4	26,7	5	33,3
8***12	***	***	2	13,3	***	***	4	26,6	***	***	6	40
TOTAL			6	40	4	26,7	5	33,3	4	26,7	11	73,3

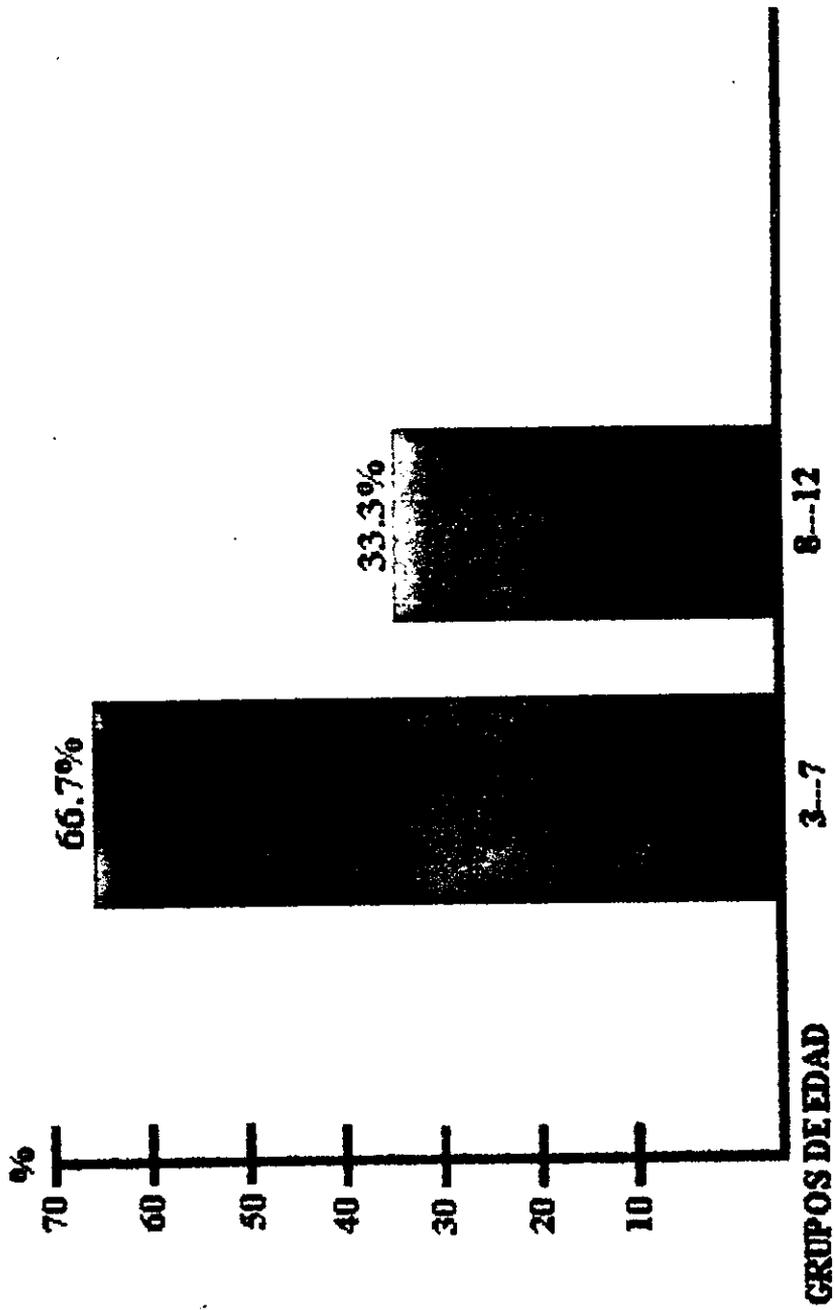
**GRAFICA No.1**

**MAIICULA TOTAL DE NIÑOS CON FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGUN EDAD Y SEXO.  
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991.**



**GRAFICA No.2**

**PERSONAS EXAMINADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO.  
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991.**



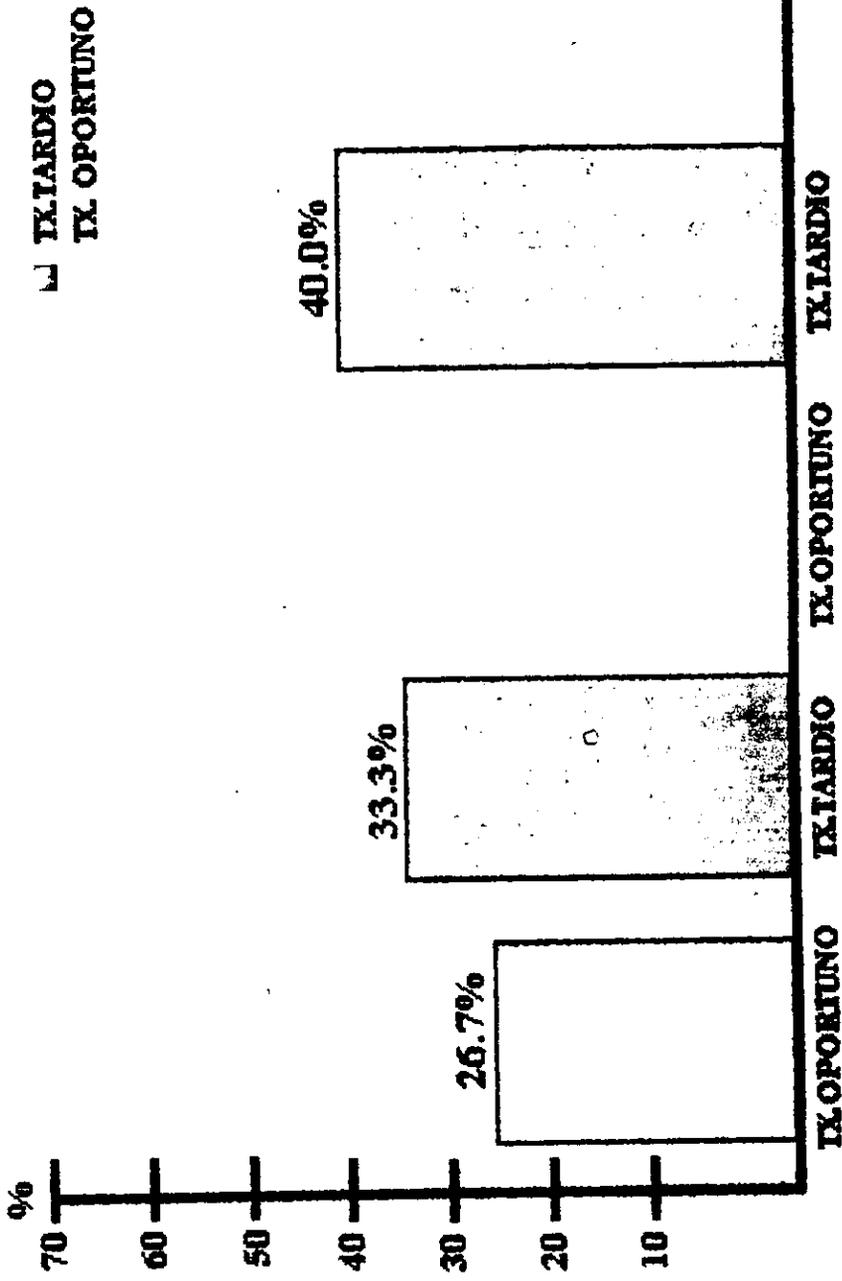
GRAFICA No.3

CLASE DE FRACTURAS DENTOALEOLARES, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO.  
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991.



**GRAFICA No.4**

**INFLUENCIA DE UN TRATAMIENTO EN FRACTURAS DENTOALVEOLARES SEGUN Cpos.EDAD,SEXO.  
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA REFORMA 1991.**



### \*\*\* PROPUESTAS \*\*\*

Por todo lo descrito en este trabajo, es urgente y necesario tomar alternativas que nos ayuden a reducir este tipo de traumatismo, que pueden dejar secuelas irreversibles. aplicando medidas preventivas y precisas para la cual sabemos que: la educación para la salud es una alternativa para prevenir muchas enfermedades entre ellas las que pudieran ser producto de una fractura.

En función a los resultados sería muy favorable iniciar una serie de pláticas preventivas en la comunidad donde se realiza la investigación.

No olvidando que la meta final todavía lejana para muchos países, es hacer partícipes de los beneficios de la atención odontológica oportuna a toda la comunidad. Tal es el objetivo de la Organización Mundial de la Salud es que en el año 2000 todos los habitantes de la tierra tengan un estado de salud que se traduzca en elevada productividad social y económica.

NO DEBE  
ESTAR DE LA  
SALUD

\*\*\* BIBLIOGRAFIA \*\*\*

- 1.- Andreasen J.O y Andreasen F.M.  
"Lesiones Dentarias traumáticas"  
2da. Edición España 1980. Edit. Panamericana.
- 2.- Braham Raymond, Morris Marle E.  
"Odontología Pediátrica"  
2da. Edición. Buenos Aires. Edit. Panamericana 1988.
- 3.- Canales, F.H. de Alvarado. E.I; Pineda. E.B.  
"Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal".  
3ra. Edición. Mex. D.F. Edit Limusa, Noreuga 1990.
- 4.- Duarte Ronces Manuel A. Castillo Hernández Jorge.  
"Manejo de urgencias de pacientes pediátricos con traumas dentoalveolares".  
Rev. Práctica Odontológica, Vol. 9, No. 1, Enero 1988.
- 5.- Gamboa Bustamante Juan Carlos.  
"Lesiones Traumáticas en los dientes y su tratamiento"  
Rev. Práctica Odontológica. Vol. 4 No. 4, Oct. 1990.
- 6.- Gomez Jar. F., Pérez Nicolas.  
"Diseño de la Investigación Social".  
2da. Edición. Méx., D.F., Fontanera 1989.
- 7.- Fernández Villavicencio Miguel Angel, Valladares, Silva Ma. Elena.  
"Efectos de los traumatismo en los incisivos de la dentición sobre  
los permanentes en desarrollo".

- 8.- Liarena María Elena, Omelas Francisco.  
"Luxaciones intrusivas de incisivos superiores".  
Rev. Práctica Odontológica. Vol. 7. No. 3. Marzo 1986.
- 9.- Liarena del rosario Ma. Elena, Alfaro Victor Manuel.  
"Traumatismos alveolodentarios en niños, estudio retrospectivo  
en 1444 traumatismos".  
Rev. Práctica Odontológica. Vol. II. No. 4 Abril 1990.
- 10 - Macdonald Ralph E.  
"Odontología para el niño y el adolescente".  
2da Edición, Argentina, Edt. Mundi, 1975.
- 11.- Pinkham J.R., B.S.,D.D.S.,M.S.  
"Odontología Pediátrica".  
4ª. Edición. Mex., Edit. Interamericana.
- 12.- Rajunov Sarafanov Samuel.  
"Tratamiento de fracturas coronarias parciales en diente  
anteriores superiores".
- 13.- Rojas Soriana Raul.  
"Gua para realizar investigación social".  
3ª. Edición. Mex.,D.F. Edit. Plazo y Valdez. 1980.