



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Sig. Top. M 213 1987

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

0258

M T.O.
213 213
1987

00213
00222

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

"TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES PRIMARIOS
Y SUS SECUELAS EN LOS SUCESTORES
PERMANENTES"

GILBERTO CORTES LADINO

812306

Bogotá, Noviembre 27 de 1.987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

"TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES PRIMARIOS
Y SUS SECUELAS EN LOS SUCESTORES
PERMANENTES"

DIRECTIVAS

RECTOR :	Dr. JORGE ARANGO TAMAYO
VICE- RECTOR :	Dr. ALVARO ARANGO MEJIA
DECANO :	Dra. MARISOL ARANGO DE LEON
VICE-DECANO :	Dr. JAIRO FORERO MORALES
SECRETARIO GENERAL;	Dr. LUIS FELIPE FALLA AGUDELO
COORDINADOR DE CURSO :	Dr. ROBERTO ARCINIEGAS GOMEZ
DIRECTOR DE TESIS:	Dra. LUCIA GARCIA CORREDOR

Bogotá, Noviembre 27 de 1.987

A P R O B A C I O N

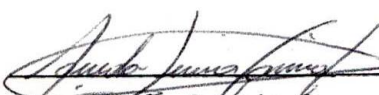
MONOGRAFIA TITULADA

TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES PRIMARIOS Y SUS SECUELAS EN LOS SUCEORES
PERMANENTES

En cumplimiento parcial de los requisitos para optar el título de
Odontólogo.

Fué corregida por la Directora de Tesis el 27 de Noviembre de 1.987

NOTA DE ACEPTACION: Excelente _____


Dra. Lucía García C.

PRESIDENTE DE JURADO : _____

JURADO: _____

JURADO: _____

FRUTO DEL HOMBRE ES SU TRIUNFO, PERO CORTO DE ESPIRITU AQUEL QUE NO RE-
CONOCE EN ESE FRUTO LA PARTICIPACION Y CONFLUENCIA DE SERES Y DE HECHOS
QUE LO HACEN POSIBLE.

ENTRE ESAS PERSONAS HAY UNA QUE NOY MERECE MI ESPECIAL RECONOCIMIENTO
Y ETERNO AGRADECIMIENTO, POR QUE CON SU SABIDURIA Y ORIENTACION LOGRO
CONDU CIRME POR EL SENDERO DE LA CIENCIA, POR ELLO AGRADEZO ESPECIAL -
MENTE A LA DOCTORA ESPERANZA SANDOVAL QUINTERO, QUE CON SUS CONOCIMIEN-
TOS UNIDOS A SU PACIENCIA LOGRARON EN MI LA DISCIPLINA Y DEDICACION -
FRENTE AL ESTUDIO DE LA CIENCIA ODONTOLÓGICA.

CON TODA SINCERIDAD , QUE CABE DENTRO DE MI SER, QUIERO AGRADECER
A LA DOCTORA LUCIA GARCIA CORREDOR, SU GRANDIOSA LABOR AL FRENTE
DE ESTA MERITORIA MISION, LA CUAL ME PERMITIO CULMINAR CON EXITO
ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION.

I N T R O D U C C I O N

El traumatismo accidental de la dentición de un niño es uno de los incidentes más penosos que puede sucederle a un individuo durante los primeros años de su vida.

Muchos de los accidentes que afectan la dentición primaria ocurren durante los tres primeros años de vida, porque es justamente durante éste período de crecimiento y desarrollo cuando el niño pasa progresivamente de un estado de dependencia total en cuanto a movimiento a un estado de independencia y estabilidad. Cualquiera o todas ésta etapas del desarrollo motor llevan consigo el peligro de una lesión accidental. Así vemos a menudo en los consultorios y salas de urgencias de los hospitales, padres con un niño que se lesionó durante alguna de estas fases de emancipación.

Las lesiones de los dientes en desarrollo pueden influir en su crecimiento posterior y madurez, y generalmente dejan una deformación permanente y con frecuencia muy visible, especialmente cuando la lesión afecta los dientes durante el período inicial de desarrollo, la formación del esmalte puede ser perturbado seriamente debido a la interferencia (durant) en varios estadios del desarro -

llo de los ameloblastos.

El objetivo principal es conocer los diferentes traumatismos dentales, su frecuencia y su adecuado tratamiento para así poder limitar el daño y evitar en -
lo posible secuelas.



C A P I T U L O I

1. G E N E R A L I D A D E S

- 1.1. FRECUENCIA.- Distribución por sexo y edad: Se demuestra que los niños sufren dos veces más lesiones en la dentición temporal y permanente que las niñas.

Hacia los 7 años el 28% de las niñas y el 32% de los niños han sufrido una lesión traumática dental en la dentición temporal. En la dentición permanente se nota un marcado aumento en la frecuencia de las lesiones en los niños de 8 a 10 años de edad, mientras que en las niñas el porcentaje se estabiliza. Es probable que el pico de ésta frecuencia este relacionado con la característica de los juegos más vigorosos del grupo de esta edad.

- 1.2. LOCALIZACION DE LAS LESIONES DENTARIAS.- La mayoría de las lesiones dentarias afecta a los dientes anteriores y especialmente a los incisivos -

centrales inferiores y los incisivos laterales superiores sufren lesiones con menor frecuencia. Esta preferencia en la localización se puede aplicar también a la dentición temporal. Las lesiones dentarias generalmente afectan a un solo diente, sin embargo, ciertos tipos de traumatismos como los accidentes de automóviles, favorecen las lesiones múltiples. (1).

1.3. FACTORES PREDISPONENTES.-

1.3.1. Protrusión de los incisivos superiores.

1.3.2. Cierre labial insuficiente. (1)

1.4. HISTORIA CLINICA.-

1.4.1. Nombre del paciente, edad, sexo, dirección y número telefónico.

1.4.2. Cuándo ocurrió la lesión ?

1.4.3. Dónde ocurrió la lesión?

1.4.4. Cómo ocurrió la lesión?

1.4.5. Historia de lesiones dentales anteriores.

1.4.6. Salud general.

En cuanto al tiempo transcurrido, influye en el resultado del tratamiento de los dientes luxados.

El lugar del accidente puede indicar la necesidad de profilaxis contra el tétano.

La naturaleza del accidente, puede ofrecer una información valiosa sobre el tipo de lesión que puede resultar.

Además un breve historial médico es esencial para obtener información sobre desórdenes tales como: reacciones alérgicas, epilepsia o problemas hemorrágicos, tales como la hemofilia. (1)

1.5. EXAMEN CLINICO.- Un examen clínico adecuado depende de un examen completo de toda la zona lesionada y del uso de una técnica especial de exploración. Estos procedimientos de diagnósticos pueden ser resumidos así:

1.5.1. Exploración de heridas extraorales y palpación del esqueleto facial.

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

1.5.3. Examen de las coronas dentarias para advertir la presencia y extensión de fracturas. Exposiciones pulpares o cambios de color.

1.5.4. Exploración de los dientes desplazados.

1.5.5. Anormalidades de la oclusión.

1.5.6. Movilidad anormal de los dientes o de los fragmentos alveolares.

1.5.7. Palpación del proceso alveolar.

1.5.8. Reacción de los dientes a la percusión.

Finalmente todos los dientes lesionados deben ser sometidos a exámenes - radiográficos, cuyo objetivo es revelar el grado de formación de la raíz y lesiones que afectan a la parte de la raíz y a las estructuras perio - dóntales. Las radiografías que deben tomarse son intraorales o extraorales según el caso.



C A P I T U L O I I

2. C L A S I F I C A C I O N

2.1. TIPOS DE LESIONES EN DIENTES TEMPORALES.- (2)

2.1.1. MOVILIDAD.- Los dientes cuya movilidad no pasa de 2 mm no necesitan estabilización, sin embargo una movilidad exagerada en cualquier dirección requiere inmovilización para estimular la curación. Cuando la movilidad es tan grande que llega a fracturar el hueso es necesario extraer los dientes.

2.1.2. CAMBIO DE COLOR DEL DIENTE.- El cambio de color en dientes traumatizados puede ser de diferentes grados y suele ocurrir semanas y hasta meses después de la lesión. Aunque se ha dicho que éstos dientes son a menudo no vitales. Se considera que mientras no haya signos radiográficos de infección en el área periapical no hay peligro de que la lesión provoque hipoplasia adamantina en las coronas de los incisivos permanentes que están desarrollando

en dicha región. A veces el cambio de color es pasajero y depende de la gravedad del traumatismo inicial. Además la intensidad del color: amarillo, gris, pardo o negro, también refleja el grado de la hemorragia interna, en los túbulos dentinales.

2.1.3. FRACTURAS DE CORONA.- (2) Las fracturas de corona se clasifican así:

MENOR .- Fracturas simples de esmalte.

MODERADA.- Fracturas que compromete simultáneamente esmalte y dentina.

MAYOR.- Son aquellas fracturas que no solamente involucra esmalte y dentina sino también tejido pulpar.

2.1.4. FRACTURAS DE LA RAIZ.- Se clasifican así:

Servical

Parte media

Apical

Desplazamiento

2.1.5. REABSORCION.-

Menor

Moderada

Grave

2.1.6. DESPLAZAMIENTO.-

Intrusión

Avulsión parcial

Avulsión total (2)

2.2. LESIONES DE LOS DIENTES EN DESARROLLO.- (3)

2.2.1. Decoloración blanca o amarillo, marron del esmalte.

2.2.2. Decoloración blanca o amarillo, marron e hipoplasia circular del esmalte.

2.2.3. Dilaceración de la corona.

2.2.4. Malformación en forma de odontoma.

2.2.5. Duplicación radicular.

2.2.6. Angulación radicular vestibular.

2.2.7. Angulación o dilaceración radicular lateral.

2.2.8. Detención parcial o completa de la formación de la raíz.

2.2. 9. Secuestro del germen de los dientes permanentes.

2.2.10. Alteración en la erupción. (6)

2.3. LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTALES Y DE LA PULPA.- (1)

2.3.1. Fractura incompleta (infracción).

2.3.2. Fractura no complicada de la corona.

2.3.3. Fractura complicada de la corona.

2.3.4. Fractura no complicada de la corona y de la raíz.

2.3.5. Fractura de la raíz.

2.4. LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.-

2.4.1. CONCUSION.- Lesión de las estructuras de sosten del diente sin -
movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente -
reacción a la percusión.

2.4.2. SUBLUXACION.- (aflojamiento). Lesión de las estructuras de sos -
ten del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento -
del diente.

2.4.3. LUXACION INTRUSIVA.- Desplazamiento del diente en el hueso alveo-

lar.

2.4.4. LUXACION EXTRUSIVA.- Desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.

2.4.5. LUXACION LATERAL.- Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial.

2.4.6. EXARTICULACION.- Desplazamiento del diente fuera del alvéolo.(1)

2.5. LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN.-

2.5.1. Conminución de la cavidad alveolar.

2.5.2. Fractura de la pared alveolar.

2.5.3. Fractura del proceso alveolar.

2.5.4. Fractura de la mandíbula o del maxilar superior. (4)

2.6. LESIONES DE LA ENCÍA O DE LA MUCOSA ORAL.-

2.6.1. Laceración de la encía o de la mucosa oral.

2.6.2. Contusión de la encía o de la mucosa oral.

2.6.3. Abrasión de la encía o de la mucosa oral. (1)

2.7. ETIOLOGIA DE LAS LESIONES TRAUMATICAS EN DIENTES PRIMARIOS.-

2.7.1. Lesiones por caída.

2.7.2. Síndrome del niño golpeado.

2.7.3. Lesiones en el juego y en el atletismo.

2.7.4. Cuerpos extraños que golpean las estructuras bucales.

2.7.5. Lesiones por peleas.

2.7.6. Accidentes de automóvil.

2.7.7. Lesiones debidas a convulsiones (epilepsia).

2.9 CLASIFICACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS EN LOS DIENTES PRIMARIOS.

Según Ellis la clasificación es la siguiente:

CLASE I. Fractura simple de la corona. Involucrando o no dentina -
en una pequeña parte.

CLASE II. Fractura extensa de la corona. Involucrando dentina pero
no la pulpa dental.

CLASE III. Fractura extensa de la corona. Involucrando dentina con -

siderable y exposición pulpar.

CLASE IV. Diente traumatizado. Puede volverse no vital con la pérdida o no de la estructura de la corona.

CLASE V. Pérdida del diente como resultado del trauma.

CLASE VI. Fractura de la raíz con o sin pérdida de la corona.

CLASE VII. Desplazamiento del diente sin fractura de corona o raíz.

CLASE VIII. Fractura de la corona en masa.

Según Andreasen la clasificación es la siguiente:

Fractura incompleta.- (infracción). Es una fractura incompleta del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

Fracturas no complicadas de la corona.- Es una fractura limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina pero sin exponer la pulpa.

Fractura complicada de la corona.- Fractura que afecta al esmalte, la dentina y expone la pulpa.

Fractura no complicada de la corona y de la raíz.- Fractura que afecta

al esmalte, a la dentina, al cemento pero no expone la pulpa.

Fractura complicada de la corona y de la raíz.- Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento y expone la pulpa.

Fractura de la raíz.- Fractura que afecta la dentina, al cemento y a la pulpa.



C A P I T U L O I I I

3. T R A T A M I E N T O P U L P A R E N L O S D I E N T E S P R I M A R I O S

3.1. URGENCIAS EN TRAUMATISMOS DE LA DENTICION PRIMARIA.-

El tratamiento preferido por Andreasen generalmente es la extracción, por que los traumatismos más frecuentes son la luxación lateral en donde generalmente hay compromiso del germen del permanente. (1)

Para Norman Levine como regla, si el diente temporal es fracturado o desplazado, cuando más joven sea el niño (cronológicamente y dentalmente) - tanto más difícil será el tratamiento y más importante las ramificaciones del curso de la acción. Sin embargo el tratamiento debe hacerse de una forma o de otra ya sea para volver a alinear el diente, reducir la fractura o extraer el diente si es necesario y mantener el espacio a fin de conservar el aspecto estético, la función, fonética y la integridad de la arcada.

3.2. TRATAMIENTO DE CADA UNO DE LOS TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES TEMPORALES.-

3.2.1. FRACTURAS DE CORONAS.- En las fracturas no complicadas de la corona circunscritas al esmalte se debe limitar a pulir los bordes agudos del esmalte para prevenir las laceraciones en la lengua y los labios. Cuando la forma o extensión de la fractura involucra gran parte del tejido dentario el tratamiento elegido es la restauración con un material de resina compuesta grabada.

En las fracturas coronarias complicadas el tratamiento es generalmente la extracción, sin embargo si el paciente es colaborador y la reabsorción fisiológica de la raíz no esta muy avanzada se puede intentar la pulpectomía (debida a hemorragia constante de la pulpa). (1)

3.2.2. EN LAS FRACTURAS DE LA RAIZ.- Las fracturas simples en el tercio apical de los dientes temporales pueden quedar sin tratamiento, mientras que los dientes con fracturas radiculares del tercio cervical deben ser extraídos junto con el fragmento radicular.

3.2.3. En Fracturas simples en el tercio medio de la raíz pueden estabilizarse con ferulización durante un período de no más de 3 semanas para estimular una unión mediante "CEMENTUN CULLUS" o "CEMENTOBLASTOS", en las fracturas radiculares complicadas con desplazamiento el tratamiento más indicado es la eliminación del diente y de los fragmentos radiculares. (3)

3.2.4. En la resorción.- En algunos casos de traumatismos el proceso de resorción ocurre casi espontáneamente dando lugar a menudo a la pérdida prematura de dientes temporales. A veces éste fenómeno se inicia y se detiene espontáneamente, entonces solo se habla de volumen de resorción de la raíz y no del trastorno que, además, es imposible. (3)

3.2.5. Desplazamiento.- La posibilidad de volver a colocar dientes desplazados depende de cuan pronto es examinado el paciente después de haber ocurrido el accidente. Los desplazamientos en dirección labial o lingual son evaluados en términos de su movilidad e interferencia con la oclusión.

El tratamiento en estos casos puede ir desde no hacer nada hasta reposición con ferulización o extracción.

3.2.6. En caso de intrusión y avulsión es también importante el tiempo transcurrido después del accidente. En efecto, en la intrusión puede haber presión sobre el diente permanente en desarrollo, en tanto que la reimplatación puede conducir a una anquilosis, como regla general los dientes temporales incluidos hasta la mitad de la corona clínica deben ser eliminados para prevenir alteraciones en los dientes permanentes en desarrollo. Aunque es posible hacer la reposición y ferulización, la anquilosis suele aparecer con el consiguiente problema de exofoliación o expulsión. Esto también ocurre después de la reimplatación en casos de avulsión

total o parcial; por lo tanto no hay tratamiento para las avulsiones. (3)

- 3.2.7. Las lesiones de concusión y subluxación en la dentición temporal no requieren tratamiento, o parte de un control clínico y radiográfico, los dientes temporales extruídos generalmente deben ser extraídos.
- 3.2.8. El tratamiento de dientes temporales intruídos y luxados lateralmente todavía es discutible. El problema primordial es la prevención de lesiones a los dientes permanentes. Los dientes temporales intraídos o con luxación lateral presentan una reerupción o reposición espontánea dentro de un período que abarca de uno a seis meses, cuando el examen clínico y radiográfico revela que el ápice está desplazado hacia el sucesor permanente debe extraerse el diente temporal de inmediato. Durante la fase de reerupción de dientes temporales intruídos existe el riesgo de que sobrevenga inflamación aguda alrededor del diente desplazado, a veces con formación de abscesos y exudación de pus del surco gingival, se produce un aumento de temperatura y el paciente se queja de dolor en la región traumatizada.

En estos casos es esencial proceder de inmediato a un tratamiento con antibióticos para prevenir la propagación de la inflamación al germen del diente permanente. (1)

C A P I T U L O I V

4. SECUELAS EN LOS DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO Y SU TRATAMIENTO

- 4.1. DECOLORACION BLANCA O AMARILLO MARRON DEL ESMALTE E HIPOPLASIA CIRCULAR DEL ESMALTE.- Es otra manifestación de una lesión sufrida durante los estadios de formación del germen dentario permanente. Clínicamente: Es una indentación horizontal estrecha que rodea la corona cervicalmente en las zonas decoloradas. La frecuencia de este tipo de cambio se ha registrado ser del 12% después de las lesiones en la dentición temporal. Se puede tener como regla que la causa de esta lesión consiste en una luxación intrusiva o extrusiva de los dientes primarios. Los defectos de la superficie del esmalte son la mayoría probablemente manifestaciones de una manifestación directa a la matriz del esmalte antes de la mineralización completa.

El tratamiento en el caso de que la decoloración y los defectos del esmalte ocupen la mayor parte de la superficie vestibular, lo indicado es proceder a efectuar la restauración con una funda de porcelana, o de porcelana fundida con oro. Siempre que la formación de la raíz sea completa.

- 4.2. DILACERACION DE LA CORONA.- Son debidas a un desplazamiento traumático - axial de los tejidos duros ya formados en relación con los tejidos blandos en desarrollo.

Generalmente el traumatismo de la dentición temporal consiste en exarticulación o intrusión. Esto provoca la ausencia de esmalte en la parte vestibular de la superficie de la corona. En la parte lingual de la corona se forma un cono de tejido duro que se introduce en el conducto radicular mientras que las crestas cervicales forman una cúspide cubierta de esmalte.

En el tratamiento generalmente se hace necesaria la exposición quirúrgica de la corona; debido a la severidad de la malposición, a veces hay que complementar la exposición quirúrgica con un realineamiento ortodóntico. Se ha encontrado que varios de éstos dientes han desarrollado necrosis pulpar e inflamación periapical, posterior a la erupción, por esta razón es importante remover la porción dilacerada de la corona tan pronto como sea posible, después, se puede colocar una corona temporal hasta que la erupción este completa; es entonces cuando se puede proceder a efectuar una restauración de resina compuesta grabada al ácido o una restauración de corona colada. (6)

- 4.3. MALFORMACIONES EN FORMA DE ODONTOMA.- Estas malformaciones son una secuela poco frecuente en las lesiones de la dentición temporal, el tipo de lesión que afecta a la dentición temporal parece ser la luxación intrusiva o la exarticulación. Radiográficamente se observa como un conglomerado

do de tejido duro o elementos dentarios separados.

El tratamiento indicado en éste tipo de lesiones es la remoción. (6)

- 4.4. DUPLICACION RADICULAR.- Es una lesión poco frecuente, y se presenta como una secuela de la luxación intrusiva en los dientes temporales. La lesión ocurre en estadios en que la formación de la corona esta a medio realizar o menos la patología de estos casos indica que una división traumática de las crestas cervicales ocurre durante la lesión. Teniendo como consecuencia la formación de 2 raíces separadas.

El tratamiento de esta lesión es la remoción del diente. (6)

- 4.5. ANGULACION RADICULAR VESTIBULAR.- Aparece como una curvatura evidente limitada a la parte radicular. El diente deformado generalmente queda impactado y la parte coronaria se puede palpar a través del surco labial. La lesión que generalmente sufre el diente temporal consiste en luxación intrusiva o exarticulación.

El tratamiento es el siguiente: Siempre que haya espacio adecuado tales dientes deben ser realineados mediante la exposición quirúrgica seguida de la intervención ortodóntica. (6)

- 4.6. ANGULACION O DILACERACION RADICULAR LATERAL.- Aparece como una inclinación mesial o distal limitada a la parte radicular. El tipo de lesión consiste en la exarticulación de los incisivos temporales. El tratamiento es el siguiente: Siempre que haya espacio adecuado tales dientes

deben ser realineados mediante exposición quirúrgica seguida de la intervención ortodóntica. (6)

- 4.7. DETENCION PARCIAL O COMPLETA DE LA FORMACION DE LA RAIZ.- Es una complicación rara, afecta el 2% de dientes permanentes. Afecta en especial a los anterosuperiores, la lesión sufrida en especial por los incisivos temporales superiores consiste en la exarticulación.

El tratamiento es el siguiente: Siempre que haya espacio adecuado tales dientes deben ser realineados mediante la exposición quirúrgica seguida de la intervención ortodóntica. (6)

- 4.8. SECUESTRO DEL GERMEN DE LOS DIENTES PERMANENTES.- El secuestro sigue un curso muy largo. Se puede considerar como una secuela de la erupción precoz de un germen dentario no desarrollado con una formación inadecuada de la raíz.

El tratamiento es el siguiente: Remoción quirúrgica.

- 4.9. ALTERACION EN LA ERUPCION.- Se han relacionado con cambios anormales en el tejido conjuntivo que recubre al germen dentario.

La erupción de incisivos permanentes generalmente se retrasa después de la pérdida prematura de los incisivos temporales, es poco frecuente la erupción prematura de los dientes permanentes.

El tratamiento es el siguiente: En algunos casos la pérdida prematura -

de los dientes temporales puede conducir a la impactación de los permanentes. Apparently el germen del diente no es capaz de penetrar la mucosa que recubre el proceso alveolar; en estos casos la incisión del tejido que recubre el borde incisal dará como resultado la rápida erupción del diente impactado. (5)

4.10. MALFORMACIONES DE LA CORONA CON NECROSIS PULPAR DE DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO.-

El impacto procedente de un incisivo temporal mecánicamente desplazado puede ser la causa de trastornos morfológicos de mineralización en los dientes permanentes que se están desarrollando. Las inclusiones de tejido blando en el esmalte hipoplásico pobre e irregularmente mineralizado y en la dentina, pueden servir de vías hacia la pulpa para la invasión bacteriana, dando como resultado inflamación pulpar y la subsiguiente necrosis durante la erupción.

El tratamiento es el siguiente: Para evitar la complicación de la pulpa y permitir el desarrollo ulterior de la raíz es importante que los defectos sean tratados como sea posible después de la erupción. Las lesiones hipoplásicas deben limpiarse y cubrirse con un aislante de compuesto de hidróxido de calcio de fraguado duro.

El tratamiento de los dientes desvitalizados se hace a través de procedimientos endodónticos dependiendo sí la raíz está suficientemente desarrollada, de lo contrario se induce al cierre apical a través de la apexifi-

cación. (8)

4.11. TRAUMATISMOS A NIVEL PULPAR.-

4.11.1. Necrosis pulpar: Es frecuente en los incisivos temporales in -
truídos. Se presenta una pigmentación, no son confiables las
pruebas de vitalidad.

El tratamiento endodóntico en dientes temporales se puede rea-
lizar si el paciente es colaborador, si radiográficamente hay
absceso crónico se hace la exodoncia.

4.11.2. Obliteración: La obliteración del conducto pulpar es una secuela
frecuente de las lesiones por luxación.

La mayor parte de éstos dientes presentan una decoloración gri-
sásea al principio, luego se torna amarilla. Radiográficamente
se observa una pequeña luz en el conducto.

La complicación puede ser el desarrollo de una necrosis pulpar
y cambios periapicales.

El tratamiento en dientes temporales es necesario extraer el -
diente debido a la no reabsorción radicular. (6)

4.11.3. Reabsorción inflamatoria interna: Se produce en presencia de -

tejido de granulación adyacente al avance del frente de la inflamación pulpar crónica. La reabsorción de la dentina por los osteoblastos y la reparación de las lagunas de reabsorción con tejido análogo al tejido óseo pueden ocurrir simultáneamente.- Usualmente la reabsorción interna.

Es asintomática y se diagnóstica radiográficamente poco después; con frecuencia cuando han transcurrido varios años después de la lesión.

El tratamiento es el siguiente: Los dientes temporales que presentan reabsorción progresiva interna de la dentina deben ser extraídos antes de que haya perforación de la raíz, lo que podría complicar la extracción. (6)

CONCLUSIONES

1. Las lesiones que aparecen en los dientes permanentes en desarrollo generalmente son ocasionadas por 2 tipos de traumatismos de los dientes temporales que son:
 - a. La luxación intrusiva y la exarticulación.
 - b. Los dientes temporales más afectados por los traumatismos son los anteriores superiores; y por lo tanto se afectarán generalmente los anteriores superiores permanentes.
 - c. La edad en que más frecuentemente se presentan los traumatismos oscilan entre los 2 y 3 años de vida.
 - d. Los traumatismos son los más frecuentes en los niños que en las niñas.
 - e. Para cualquier tipo de tratamiento de traumatismo en dientes temporales hay que tener en cuenta tres factores importantes:
 1. Edad
 2. Estado sistémico
 3. Colaboración del paciente

B I B L I O G R A F I A

1. J.O. ANDREASE D.D.S. "Lesiones Traumáticas de los Dientes" Edic. en 1.984.
2. DR. NORMAN LEVINE. "Traumatismos de la Dentición Primaria"
3. CARDENAS JARAMILLO. "Lesiones de los Dientes en Desarrollo" Nov. 4 1.981 (8) 13-20
4. ANN AUSTRALAS COLL "Traum In Ju To Deciduos Teeth Dent Surg" . 1.984 Jun. 5 55-59
5. WALTER MAC BRIDE "Tratado de Odontopediatría" 1.981.
6. CHARLAND R. "Tooth Injuries in a pediatric Hospital Setting" 1.979.
7. SCANDIVAVIAN JOURNAL OF DENTAL RESEARCH. 1.971. Vol. 79

8. JOHO JP ET AL . ASDC

" Dent Child ." 1.980 - Mayo- Junio (47)



I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
 CAPITULO I	
1. GENERALIDADES	1
1.1. FRECUENCIA.	1
1.2. LOCALIZACION DE LAS LESIONES DENTARIAS	1
1.3. FACTORES PREDISPONENTES	2
1.4. HISTORIA CLINICA	2
1.5. EXAMEN CLINICO	3
 CAPITULO II	
2. CLASIFICACION	5
2.1. TIPOS DE LESIONES EN DIENTES TEMPORALES	5
2.2. LESIONES DE LOS DIENTES EN DESARROLLO	7

II

2.3. LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTALES Y DE LA PULPA	8
2.4. LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES	8
2.5. LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN	9
2.6. LESIONES DE LA ENCIA O DE LA MUCOSA ORAL.	9
2.7. ETIOLOGIA DE LAS LESIONES TRAUMATICAS EN DIENTES PRIMARIOS	10
2.8. CLASIFICACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS EN LOS DIENTES PRIMARIOS	10

CAPITULO III

3. TRATAMIENTO PULPAR EN LOS DIENTES PRIMARIOS	13
3.1. URGENCIAS EN TRAUMATISMOS DE LA DENTICION PRIMARIA	13
3.2. TRATAMIENTO DE CADA UNO DE LOS TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES TEMPORALES	14

CAPITULO IV

4. SECUELAS EN LOS DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO Y SU TRATAMIENTO.	17
4.1. DECOLORACION BLANCA O AMARILLO MARRON DEL ESMALTE E HIPOPLASIA CIRCULAR DEL ESMALTE	17
4.2. DILACERACION DE LA CORONA	18

III

4. 3. MALFORMACIONES EN FORMA DE ODONTOMA	18
4. 4. DUPLICACION RADICULAR	19
4. 5. ANGULACION RADICULAR VESTIBULAR	19
4. 6. ANGULACION O DILACERACION RADICULAR LATERAL . . .	19
4. 7. DETENCION PARCIAL O COMPLETA DE LA FORMACION DE LA RAIZ	20
4. 8. SECUESTRO DEL GERMEN DE LOS DIENTES PERMANENTES .	20
4. 9. ALTERACION EN LA ERUPCION	20
4.10. MALFORMACIONES DE LA CORONA CON NECROSIS PULPAR DE DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO	21
4.11. TRAUMATISMOS A NIVEL PULPAR	22

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

FIGURA No. 1 .- LESIONES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS Y DE LA PULPA

- A. Infracción de la Corona
- B, C y D. Fractura complicada de la Corona
- E. Fractura no complicada de Raíz y Corona
- F. Fractura complicada de Corona y Raíz
- G. Fractura de Raíz

FIGURA NO. 2 .- LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

- A. CONCUSION
- B. SUBLUXACION
- C. LUXACION INTRUSIVA
- D. LIXACION EXTRUSIVA
- E y F. LUXACION LATERAL

FIGURA No. 3 .- RESTAURACION DE LA FRACTURA DE CORONA NO COMPLICADA CON RESINA COMPUESTA.

FIGURA No. 4 .- FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA DE 3 INCISIVOS TRATADOS PROVISIONALMENTE CON UN RECUBRIMIENTO O PROTECCION DE HIDROXIDO DE CALCIO.

FIGURA No. 5 .- TECNICA DE TRATAMIENTO PARA UNA FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA.

FIGURA No. 6 .- TECNICA PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE CORONA
EN DONDE SE APLICA LA TECNICA DE RESINA FOTOCURADO.

FIGURA No. 7 .- REPOSICION E INMOVILIZACION DE DOS INCISIVOS CENTRA-
LES EXTRUIDOS EN LA DENTICION MIXTA.

FIGURA No. 8 .- PULPOTOMIA PARCIAL Y SU TECNICA

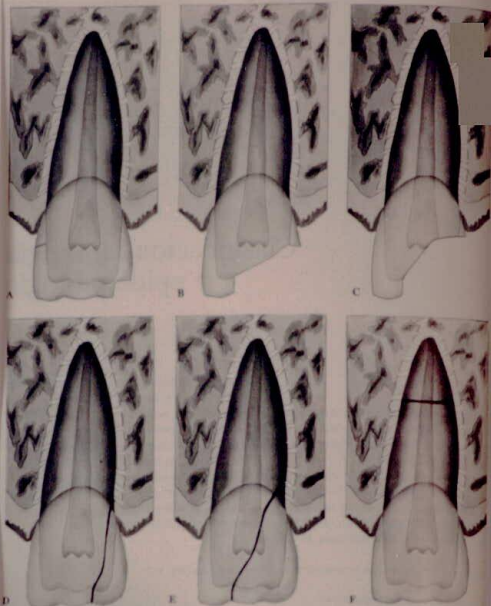


FIG. 1.1. Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa. A. Infracción de la corona. B y C. Fracturas complicadas de la corona con o sin afectación de la dentina. D. Fractura complicada de la corona. E. Fractura no complicada de la corona y de la raíz. F. Fractura complicada de la corona y de la raíz. G. Fractura de la raíz.



A



B



C



D



E



F

Fig. 1.2. Lesiones de los tejidos periodontales. A. Concusión. B. Subluxación. C. Luxación intrínseca. D. Luxación extrínseca. E y F. Luxación lateral.











