

C l í n i c a E s t o m a t o l ó g i c a D o c e n t e
“ D r . L u i s P á e z A l f o n s o ”
C i e g o d e Á v i l a

M A N E J O C L Í N I C O D E P A C I E N T E C O N A V U L S I Ó N D E N T A R I A . P R E S E N T A C I Ó N D E U N C A S O .

Luxury Espinosa Morales¹ luxury@infomed.sld.cu

José León Alfonso² alfonsojl1967@gmail.com

Yarily García Martínez³ yarilyg@infomed.sld.cu

¹ Especialista de Primer Grado en EGI y Ortodoncia. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente “Dr. Luis Páez Alfonso”. Ciego de Ávila, Cuba.

² Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en EGI y Ortodoncia. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica Docente “Dr. Luis Páez Alfonso”. Ciego de Ávila, Cuba.

³ Máster Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y Segundo Grado en Prótesis. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Clínica Estomatológica Docente “Dr. Luis Páez Alfonso”. Ciego de Ávila, Cuba.

R E S U M E N

Introducción: Actualmente se consideran los traumatismos dentarios como un problema de salud en la población infantil, de ellos las avulsiones son los de mayor gravedad, requiriéndose de un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado que puedan inducir a un buen pronóstico.

Objetivo: Describir el manejo clínico de paciente con diente avulsionado.

Presentación del caso: Paciente masculino de raza blanca, nueve años de edad, que acude a la consulta de urgencias, a los 20 minutos de haber sufrido la avulsión de un diente anterior ante el tropiezo con la mesa escolar, dicho diente es transportado debajo de la lengua del niño. Partiendo del diagnóstico, se decidió realizar como tratamiento inmediato el reimplante, siguiendo los pasos recomendados en el protocolo de tratamiento de traumatismos dentales, colocándose férula con flexibilidad por siete días, con seguimiento radiográfico y terapias coadyuvantes. El tratamiento ha resultado exitoso hasta los tres meses de evolución, el paciente se encuentra en seguimiento.

Conclusiones: Todo estomatólogo debe estar preparado para hacer frente a la avulsión dentaria, puesto que el pronóstico, así como el resultado, dependen del manejo clínico, la rapidez de su atención, la individualidad de cada paciente, los cuidados postraumáticos, la disciplina y cooperación que brinde el paciente.

Palabras clave: AVULSIÓN DENTARIA; INCISIVO; FERULIZACIÓN; PRESENTACIÓN DE CASO.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se consideran los traumatismos como un problema de salud en la población infantil, atribuido a la participación cada vez más activa en el juego y los deportes y el aumento de los accidentes del tránsito, lo que conlleva a un incremento en su prevalencia.

Las causas de traumatismos son tan complejas y disímiles que dificultan el diseño de acciones preventivas. Las secuelas que provocan influyen tanto en la calidad de vida, como en la estética, la fonación, la masticación, los daños psicológicos, sociales, económicos, entre otros. Estos traumatismos se clasifican en: fracturas coronarias, fracturas coronoradiculares, fracturas radiculares, concusión, subluxaciones, extrusiones, intrusiones, luxaciones y avulsiones.^{1,2,3}

En los últimos años los traumatismos dentoalveolares han mostrado una alta prevalencia reportada en estudios poblacionales, la edad principalmente comprometida es entre los 8 y 12 años, afectando más al sexo masculino. Los dientes traumatizados mayormente son los incisivos centrales superiores (80%), siendo el ángulo mesioincisal el que se fractura con más frecuencia. En la dentición permanente las fracturas coronarias no complicadas son las lesiones más frecuentes, siendo menor las avulsiones y en la dentición primaria la más frecuente es la luxación.³

De los dientes anteriores afectados por los traumas directos, la mayoría tienden a tener necesidades de tratamiento ortodóncico; la vestibuloversión, clase II de Angle con resalte superior a 4 mm, un labio superior corto incompetente o la respiración bucal aumentan considerablemente el riesgo de trauma.⁴

De las lesiones traumáticas, las avulsiones dentarias tienen una incidencia relativamente baja de 1 a 6% pero son las de mayor gravedad y pronóstico desfavorable. Esta lesión se denomina también exarticulación y se define como el desplazamiento total del diente de su alvéolo, con la consiguiente lesión del ligamento periodontal y del paquete vasculonervioso.²

Entre las opciones de tratamiento para los dientes permanentes el más indicado es el reimplante del diente en su propio alveolo; es crucial para el pronóstico el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el reimplante, así como el medio de transporte del diente avulsionado, manejo de los tejidos blandos y la cooperación del paciente.; estos pueden presentar complicaciones como la necrosis pulpar, la reabsorción radicular, anquilosis entre otros.³

Las decisiones restaurativas en los casos de las fracturas no complicadas de corona están basadas y condicionadas por la necesidad de tratamientos complementarios de ortodoncia, periodoncia, así como por la edad del paciente; lo que hace necesario conservar la estructura remanente con restauraciones provisionales de larga duración, cerómeros, disilicato de litio y óxido de zirconia.⁵

Los traumatismos son considerados una urgencia, pero la avulsión, por ser poco frecuente, el estomatólogo general no está siempre entrenado, requiriéndose un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado que determinan el pronóstico. Razones estas que motivaron a presentar un caso, con el objetivo de describir el manejo clínico de paciente con diente avulsionado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de raza blanca, nueve años de edad, que acude a la consulta de urgencias el 10 de marzo 2020, a los 20 minutos de haber sufrido la avulsión de un diente anterior ante el tropiezo con la mesa escolar, dicho diente es transportado debajo de la lengua del niño que viene acompañado de la maestra. El niño a pesar del impacto se muestra calmado y de inmediato es acompañado por sus padres. Al interrogatorio no refirió trauma anterior en la zona y no refiere antecedentes patológicos personales ni familiares.

Al examen clínico intrabucal se observó la ausencia clínica del incisivo central superior izquierdo (21) y el sangramiento del alveolo, sin lesiones cariosas, de tejidos blandos ni óseos; además presentaba ligera vestibuloversión de incisivos superiores, que se correspondía con su perfil y con lo referido por los padres. También se observa fractura de la corona no complicada del incisivo central superior derecho y del diente avulsionado. Se procedió a realizar radiografía de diagnóstico, la que corroboró la ausencia del diente en el alveolo e integridad del hueso. Se le explicó a los familiares el procedimiento a realizar y las complicaciones que podría acarrear y estuvieron de acuerdo en realizarlo. Partiendo del diagnóstico, se decidió realizar como tratamiento inmediato el reimplante, siguiendo los pasos recomendados en el protocolo de tratamiento de traumatismos dentales:⁶

1. Manejo de la superficie radicular: se sumergió el diente en suero fisiológico sostenido por la corona.
2. Tratamiento del alveolo: se anestesió previa antisepsia con quirurgín, utilizando la técnica infiltrativa; se realizó la limpieza del alveolo irrigando con suero fisiológico y aspiración, sin entrar en el interior del mismo. (Anexo 1)
3. Se reimplantó el diente de inmediato (porque el tiempo fuera del alveolo fue inferior a dos horas), con una suave presión digital se comprimieron las tablas óseas. (Anexo 2) Se realizó una radiografía (RX) comprobando la posición del diente, se ferulizó con alambre 0,014" de acero de ortodoncia con resina fotopolimerizable por un período de 10 días. (Anexo 3)
4. Se indicó dieta blanda, una correcta higiene bucal, reposo masticatorio del diente afectado y la no práctica de deportes de contacto durante dos semanas.
5. Tratamiento complementario con antibióticos, se remitió al médico de familia antes de las 24 horas para valorar la necesidad de administrar el toxoide tetánico, se le orientó enjuagatorios de clorhexidina al 0,2 % diarios durante una semana, termoterapia con frío las primeras 24 horas en el labio superior, analgésicos. Se evolucionó a los siete días. (Anexo 4)
6. Se remitió inmediatamente a la consulta de laser terapia en la cual fue tratado por 10 días.
7. Se retiró la férula a los 10 días con RX evolutivo para verificar posición del diente posterior al retiro de la misma.
8. Se realizó prueba de vitalometría a las 4 semanas la cual dio signos de una ligera respuesta positividad, indicándose Rx evolutivo. (Anexo 5)
9. Luego cada tres meses hasta completar el año se indicaron controles clínicos y radiográficos. (Aún en curso)
10. Se procedió a la restauración con ionómero de vidrio en la fractura coronaria.

El paciente se mantuvo asintomático, el diente reimplantado no presentó movilidad, ni respuesta dolorosa a la percusión. Se constató una evolución favorable, ya que el diente no ha requerido tratamiento endodóntico por presentar posibilidades de recuperación de la vitalidad pulpar, no evidenciándose signos de complicaciones hasta los tres meses. Se continúa su evolución para detectar las posibles complicaciones mediatas ya que ha cursado poco tiempo.

DISCUSIÓN

En el caso presentado, de acuerdo a la información sólo habían transcurrido 20 minutos desde el accidente, por lo que se decidió por el reimplante inmediato, con resultados hasta el momento favorables, lo cual concuerda con los estudios de Méndez y cols⁷ que plantean que el reimplante dentario como tratamiento inmediato tiene éxito en el 70% de los casos teniendo en cuenta las

condiciones clínicas, manipulación cuidadosa del diente avulsionado, manejo clínico de la lesión, tiempo extraalveolar y medio de transporte del diente accidentado.

En este mismo contexto, Falgas³ plantea que el tratamiento de reimplante dentario dentro de su alveolo incluso en el mismo lugar del accidente sería lo ideal manteniéndolo estable hasta la llegada a la consulta del estomatólogo ayudando al éxito del tratamiento garantizado por la disminución del tiempo del diente fuera del alveolo.

En el caso descrito en este trabajo se utilizó proceder clínico similar al usado por Cortes y cols⁸, que reportaron el caso de un niño de 8 años tratado por avulsión del 11 y seguido por 5 años, concluyeron que es posible mantener la vitalidad de la pulpa y el periodonto, en un diente reimplantado, cuando la maniobra quirúrgica no exceda de una hora.

Salvatore⁹ reportó el caso de una paciente de seis años y medio con el 21 avulsionado, reimplantado y ferulizado 30 minutos después del accidente. En la evolución a los cinco años y tres meses, al examen clínico no se observan alteraciones patológicas, a diferencia del examen radiográfico, donde se pone en evidencia la obliteración parcial del conducto de la pieza, decidieron continuar con controles y no realizar el tratamiento de endodoncia por haber ausencia de sintomatología y evidencia clínica de infección.

Sobre la ferulización utilizada en la avulsión varios autores refieren que debe ser flexible o semirrígida para favorecer una mejor curación del ligamento, la pulpa y así además la revascularización es favorecida por movimientos pequeños. La ferulización rígida puede provocar anquilosis dentaria.^{6,8,9} En el caso en discusión, se decidió ferulizar permitiendo la flexibilidad y no se ha observado radiológica ni clínicamente cambio en el diente reimplantado.

CONCLUSIONES

Todo estomatólogo debe estar preparado para hacer frente a la avulsión dentaria, puesto que el pronóstico, así como el resultado, dependen del manejo clínico, la rapidez de su atención, la individualidad de cada paciente, los cuidados postraumáticos, la disciplina y cooperación que brinde el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres-Silva MC, Barberán-Díaz Y, Bruzón-Díaz AM, Jorge-E, Rosales-García Y. Factores predisponentes de trauma dental en escolares del municipio Rafael Freyre. CCM [Internet]. Sep 2017 [citado 7 Oct 2020]; 21(3):798-808. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300016&lng=es
2. Aragdbay-Torres MA. Nivel de conocimiento de los estudiantes de 10^{mo} semestre de la Facultad piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil sobre el manejo clínico de dientes avulsionados en niños de etapa escolar [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2019 [citado 12 Sep 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/39947/1/ARAGADBAYmonica.pdf>

3. Falgas-Franco J. Traumatismos dentales. *Pediatría integral* [Internet]. 2019 [citado 12 Feb 2020];XIII(7):322-9. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii07/01/n7-322-329_JosepFalgas.pdf
4. Naranjo-Zaldivar HA. Traumatismos dentarios: un acercamiento imprescindible. 16 de Abril [Internet]. Oct 2017 [citado 7 Feb 2020];56(265):113-8. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/download/566/pdf_140
5. Uzcátegui-Quintero JV, Hernández-Ayala A, González-Plata R, Ríos-Szalay E. Restorative treatment of traumatic dental injuries. Report of three clinical cases. *Revista Odontológica Mexicana* [Internet]. Sep 2017 [citado 4 Oct 2020];21(3):e179-e191. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X17300587>
6. Colectivo de Autores. *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: Ecm ed; 2007.
7. Méndez-Zunino M, Bastidas-Pantoja R, Bartolomé-Villar B. Primeros Auxilios en la avulsión dentaria. Conocimientos de profesores, entrenadores y padres. *Cient. Dent* [Internet]. Abr 2020 [citado 4 Oct 2020];17(1):65-72. Disponible en: https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/Primeros_auxilios_avulsion_dentaria.pdf
8. Cortes-García MI, Hernández-Palma J, Valenzuela-Espinoza E. Tratamiento del diente avulsionado: caso clínico, seguimiento a 5 años. *Revista Odontológica Mexicana* [Internet]. Dic 2010 [citado 3 Ene 2020];14(4):249-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v14n4/1870-199X-rom-14-04-00249.pdf>
9. Carla-Salvatore A, Ayelén-Torti J. Avulsión dentaria. Tratamiento y seguimiento a 9 años. A propósito de un caso clínico. *Revista de la Facultad de Odontología UN Cuyo* [Internet]. 2016 [citado 11 Ene 2020];10(2):13-7. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/161647969.pdf>