

Revista Estomatológica Herediana

ISSN: 1019-4355

rev.estomatol.herediana@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Paredes Martínez, Evelyn Roxana; Díaz Pizán, María Elena

Avulsión en la dentición decidua: ¿Reimplantar o no?

Revista Estomatológica Herediana, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 63-65

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539351011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Artículo de Revisión

Avulsión en la dentición decidua: ¿Reimplantar o no?

Evelyn Roxana Paredes

Martínez¹

María Elena Díaz Pizán²

¹Cirujano - Dentista.

²Docente del Departamento Académico de Estomatología del Niño y del Adolescente. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Correspondencia

Evelyn Roxana Paredes Martínez.
Calle Sullana 190 - Lima 33, Perú
Teléfono: 2746448 / 990905622
e-mail: evyroxana@yahoo.es

Recibido : 03 de mayo del 2009

Aceptado : 20 de junio del 2009

RESUMEN

Un traumatismo se describe como una lesión que resulta de una fuerza externa y es uno de los problemas de salud que enfrenta la sociedad actualmente. No tiene un patrón predecible de intensidad y no solo deja daños físicos sino que también existe un impacto psicológico en la víctima. Los traumatismos dentoalveolares se pueden presentar solos o asociados con otras lesiones a los tejidos blandos. Dentro de todos ellos, la avulsión dentaria representa del 7 al 13% de todas las lesiones dentales en la dentición primaria y consiste en el desplazamiento completo del diente de su posición original en el alveolo. El tratamiento de las piezas deciduas que han sufrido avulsión debe ir dirigido a la prevención del desarrollo de alteraciones en los dientes permanentes sucedáneos.

Palabras clave: TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES / AVULSIÓN DE DIENTE / DIENTE PRIMARIO.

Avulsion of primary teeth: Reimplant or not?

ABSTRACT

Trauma is described as an injury that results from an external force and it is one of the health problems that the society is facing nowadays. It has no predictable pattern of intensity and may not only leave physical injuries but also has a psychological impact on the victim. Dentoalveolar trauma can occur alone or associated with other injuries in soft tissues. From all of them, tooth avulsion ranges from 7-13% of all traumatic injuries to the primary dentition and it consists in tooth complete movement from its original position in its alveolus. Management of deciduous teeth that suffered from avulsion should be aimed to prevent development of alterations in the permanent succeeding teeth.

Key words: TOOTH INJURIES / TOOTH AVULSION / DECIDUOUS TOOTH.

Introducción

La avulsión dentaria es considerada como el trauma dental más severo, porque la fuerza que causa un impacto sobre el diente es de tal magnitud que lo remueve completamente de su posición original en el alveolo, generando una lesión en el ligamento periodontal y la ruptura del paquete vasculonervioso (1-6). Sinónimos de avulsión son: dientes perdidos, exarticulación y desplazamiento total de piezas dentarias (3,7,8).

Prevalencia y distribución

Las avulsiones dentarias se presentan entre el 7 y 13% de todas las lesiones en la dentición primaria y lo más frecuente es que solamente un diente sea el lesionado (Fig.1), pero puede presentarse el caso de que varios incisivos estén comprometidos (Fig. 2); siendo los centrales superiores los más afectados (1,9,10).

El alto número de lesiones a los tejidos periodontales o tejidos de

soporte se debe a que el hueso alveolar y ligamento periodontal son más elásticos en los niños. Además la reabsorción radicular progresiva y las raíces más cortas de los dientes deciduos durante la etapa preescolar, favorecerían las subluxaciones o avulsiones en lugar de fracturas coronarias (11,12).

Historia clínica del niño con trauma

Es importante obtener información sobre la causa y forma en que se produjo la lesión, el tiempo que ha transcurrido desde la avulsión y la historia de profilaxis antitetánica. Asimismo, se debe preguntar al padre o tutor sobre los dientes perdidos, y evaluar con minuciosidad movilidad de piezas dentarias o alteración en la mordida. Se deberá realizar una historia médica rápida y sistematizada para valorar la necesidad de incluir profilaxis antibiótica de acuerdo a la condición sistémica del paciente.

Examen estomatológico

Se debe iniciar con la evaluación clínica de los tejidos blandos extraorales, observando la presencia de cualquier laceración. Es indispensable también descartar la presencia de fracturas faciales. El examen intraoral empieza con la observación de los tejidos blandos, verificando el estado de los labios, mucosa y encías. Es importante verificar que no haya fragmentos de dientes enterrados en la mucosa o que de forma accidental el paciente haya ingerido o inhalado la pieza dentaria avulsionada (13, 14).

La radiografía periapical será útil para descartar fracturas radiculares alveolares.

Reimplante de piezas deciduas

Los protocolos de tratamiento de piezas deciduas traumatizadas se basan en su mayoría en reportes de casos clínicos, opiniones de expertos y artículos de revisión (2,15-17). Sin embargo, cuando la avulsión afecta a los dientes primarios muchos



Fig. 1. Avulsión de pieza 61.



Fig. 2. Avulsión de múltiples piezas dentarias.

autores contraindicaron la reimplantación de la pieza (3,9,17).

Muchas veces para los padres, la pérdida de uno o varios dientes de su hijo, es un problema emocional difícil de aceptar que puede tener repercusiones en el niño, tales como: problemas fonéticos, estéticos y psicológicos llegando a afectar la autoestima del niño (2,16). Es por ello que algunos clínicos recomiendan la reimplantación dental de dientes deciduos (2,16,18).

Algunos reportes publicados demuestran que un incisivo deciduo avulsionado puede ser preservado sin causar daño al diente sucedáneo en desarrollo. (2,16-18). Las consideraciones para optar por el reimplante dentario de una pieza decidua son (2,16,18):

- Determinar el valor estratégico de la pieza dentaria en la cavidad oral.
- Integridad del hueso alveolar.
- El periodo de tiempo que el diente ha permanecido fuera del alveolo.
- El nivel de contaminación de la zona donde el diente ha caído.
- Medio de conservación del diente mientras se encontró fuera del alveolo.
- La presencia de piezas contiguas para ferulizar.
- Presencia de hábitos nutritivos o

no nutritivos que afecten la estabilidad del diente reimplantado.

Para algunas escuelas dentales, cuando estos factores están asociados brindando un buen pronóstico para la pieza decidua, es aconsejable realizar el reimplante.

Éxitos y fracasos de reimplantes de piezas deciduas

El éxito de la reimplantación dental está asociado al tiempo que el diente ha permanecido fuera de alveolo, el medio de almacenamiento y a la ausencia de contaminación. La etapa de desarrollo radicular también debe de ser considerada ya que está asociada con estos factores. Los dientes que presentan signos clínicos de reabsorción radicular fisiológica no son recomendados para la reimplantación (2,17,18).

Los signos de fracaso en el reimplante de piezas deciduas descritos en la literatura incluyen: cambio de coloración de la corona, movilidad dentaria, rarefacción de hueso periapical asociada o no a reabsorción radicular externa (17,18). Los fracasos reportados están relacionados específicamente con una selección incorrecta del

caso, un tratamiento endodóntico precario o la falta de tratamiento endodóntico.

Discusión

A pesar que la viabilidad del periodonto, la inmadurez radicular y el procedimiento inmediato puedan asegurar el éxito de reimplantes de dientes deciduos; existe un consenso entre los clínicos, que es mejor no arriesgar la salud del diente sucedáneo (3,9,17,18).

Se consideran tres momentos durante la avulsión, en los cuales los dientes permanentes sucesores pueden verse afectados: en el momento del trauma, durante el reimplante dentario o durante el tiempo en que el diente primario traumatizado con infección y/o inflamación se mantiene en boca (3,14,18).

El diente primario es considerado un pobre candidato para la reimplantación, debido al riesgo de causar daño al germen del diente sucedáneo como consecuencia de la presión ejercida por coágulo hacia el folículo en el momento del reimplante o al riesgo de contaminación del alveolo, ocasionando infecciones y/o inflamaciones (3-5,9,14).

La anquilosis y la falta de cooperación del niño durante el tratamiento, también constituyen contraindicaciones para el reimplante de piezas deciduas (2,20).

Reimplantar piezas temporales que han sufrido avulsión, es un procedimiento discutido, no sólo por la dificultad para la ferulización al no tener suficientes piezas, para hacer posible esta fijación cuando la pérdida es temprana, y por la dificultad de manejar la conducta del niño en tales circunstancias; sino también por las secuelas que puede ocasionar una futura infección al germin del diente permanente (3,16-18).

Conclusiones

- Las avulsiones representan entre el 7-13% de todas las lesiones en la dentición primaria.
- Frente a una avulsión es necesario realizar una anamnesis y examen clínico exhaustivo, acompañado de exámenes auxiliares como radiografías para diagnosticar y brindar el tratamiento más idóneo para cada paciente.
- Las lesiones tempranas en la vida del niño pueden afectar al diente permanente en su desarrollo inicial, perturbando la formación de la dentina y el esmalte, debido al daño o muerte de odontoblastos y/o ameloblastos.
- La mayoría de autores coinciden en que reimplantar un diente deciduo trae consigo muchos riesgos para el desarrollo del germin de la pieza sucedánea.

Referencias bibliográficas

1. Das UM, Viswanath D, Subramanian V, Agarwal M. Management of dentoalveolar injuries in children: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007; 25(4):183-6.
2. de Carvalho Rocha MJ, Cardoso M. Reimplantation of primary tooth--case report. *Dent Traumatol*. 2008; 24(4):e4-10.
3. Silva E. Lesiones traumáticas en la dentición temporal. Lima: Zacary Graf; 1998.
4. Ceallaigh PO, Ekanaykaee K, Beirne CJ, Patton DW. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 5: Dentoalveolar injuries. *Emerg Med J*. 2007; 24(6):429-30.
5. Al-Asfour A, Andersson L, Al-Jame Q. School teachers' knowledge of tooth avulsion and dental first aid before and after receiving information about avulsed teeth and replantation. *Dent Traumatol*. 2008; 24(1):43-9.
6. Adil NF, Ahmed SS, Jindal MK, Arshad SH. Delayed replantation of avulsed teeth. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007; 25 Suppl:S17-9.
7. Niikuni N, Seki N, Sato K, Nasu D, Shirakawa T. Traumatic injury to permanent tooth resulting in complete root resorption: a case report. *J Oral Sci*. 2007; 49(4):341-4.
8. Andreasen J, Andreasen F. Lesiones traumáticas dentarias. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1990.
9. Andreasen J, Andreasen F. Essentials of traumatic injuries to the teeth. Denmark: Mosby editors; 2000.
10. Skaare AB, Jacobsen I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years). *Dent Traumatol*. 2005; 21(6):315-9.
11. Christophersen P, Freund M, Harild L. Avulsion of primary teeth and sequelae on the permanent successors. *Dent Traumatol*. 2005; 21(6):320-3.
12. Tomizawa M, Sano T, Noda T. Oral conditions in Japanese infants: A retrospective study. *Pediat Dent J*. 2007; 17(1):65-72.
13. Holan G, Ram D. Aspiration of an avulsed primary incisor. A case report. *Int J Paediatr Dent*. 2000; 10(2):150-2.
14. Delap TG, Dowling PA, McGilligan T, Vijaya-Sekaran S. Bilateral pulmonary aspiration of intact teeth following maxillofacial trauma. *Endod Dent Traumatol*. 1999; 15(4):190-2.
15. Freitas MC, de Castilho AR, Marta SN, Francischone LA, Carrara CE, Franzolin Sde O. Consequences and treatment after multiple avulsions of deciduous teeth--a case report. *Dent Traumatol*. 2008; 24(3):e381-4.
16. Weiger R, Heuchert T. Management of an avulsed primary incisor. *Endod Dent Traumatol*. 1999; 15(3):138-43.
17. Kinoshita S, Mitomi T, Taguchi Y, Noda T. Prognosis of replanted primary incisors after injuries. *Endod Dent Traumatol*. 2000; 16(4):175-83.
18. do Espírito Santo Jácomo DR, Campos V. Prevalence of sequelae in the permanent anterior teeth after trauma in their predecessors: a longitudinal study of 8 years. *Dent Traumatol*. 2009; 25(3):300-4.