



Acta Pediátrica de México

ISSN: 0186-2391

editor@actapediatrica.org.mx

Instituto Nacional de Pediatría

México

De la Teja-Ángeles, E; Villegas-García, L; Rodríguez-Ramírez, F; Durán-Gutiérrez, LA
Avulsión dental

Acta Pediátrica de México, vol. 37, núm. 2, marzo, 2016, pp. 132-133

Instituto Nacional de Pediatría

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423645283009>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Avulsión dental

Dental avulsion

De la Teja-Ángeles E¹, Villegas-García L², Rodríguez-Ramírez F², Durán-Gutiérrez LA³

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dento-alveolares son la causa principal de urgencia estomatológica y representan un daño a la salud bucal con consecuencias estéticas, funcionales, psicológicas y económicas. Muchos de estos traumatismos se producen por accidentes automovilísticos, caídas, violencia o la práctica de deportes de contacto. La avulsión dental por un traumatismo dento-alveolar causa que el diente sea desalojado por completo de su alvéolo y el hueso alveolar; el cemento, el ligamento periodontal, la encía y la pulpa quedan lesionados.

El diente que se avulsiona con mayor frecuencia en ambas denticiones es el incisivo central superior. Es más frecuente en niños que en niñas y ocurre con mayor frecuencia entre los siete y nueve años de edad. Probablemente se debe a la inmadurez del ligamento periodontal. El tratamiento ideal es el reimplante lo más rápido posible y la fijación dentaria con una férula flexible. El reimplante pretende que las células y fibras del ligamento periodontal vuelvan a formarse y le den sostén al diente. Por lo general no se reimplanta el diente temporal.

Cuando se ha sufrido un traumatismo que causa una avulsión dentaria, lo primero será localizar el diente; posteriormente, enjuagarlo al chorro de agua limpia sin tocar la raíz, es decir, tomar el diente por la parte de la corona. No hay que tallar la raíz, ni desprender el tejido que esté adherido a ésta. A continuación se debe colocar el diente dentro del alvéolo, de preferencia antes de que se haya formado el coágulo. Enseguida enviar al niño con el estomatólogo para la fijación del diente con una férula flexible que permita los movimientos fisiológicos del diente. Cuando no es posible reinsertar

¹Jefe de Servicio y Profesor Titular.

²Residente de Primer año.

³Profesor Adjunto. Especialidad en Estomatología Pediátrica.

Instituto Nacional de Pediatría.

Recibido: 9 de noviembre del 2015

Aceptado: 17 de diciembre del 2015

Correspondencia

Eduardo de la Teja-Ángeles
Instituto Nacional de Pediatría
Insurgentes Sur # 3700-C
CP 04530 Ciudad de México
10840009 ext. 1226

Este artículo debe citarse como

De la Teja-Ángeles E, Villegas-García L, Rodríguez-Ramírez F, Durán-Gutiérrez LA. Avulsión dental. Acta Pediatr Mex. 2016;37(2):132-133.

al diente dentro de su alvéolo, hay que preservar el diente en un medio húmedo mientras se recoloca y se fija. El medio ideal de transporte de un diente avulsionado es la solución salina de Hank. Sin embargo, es difícil obtenerla en México, por lo que debe colocarse en leche de vaca, de preferencia descremada. Y enviar al paciente al estomatólogo para el reimplante lo más pronto posible. La férula deberá permanecer en la boca durante 3 semanas. Debe evaluarse la necesidad de antibioticoterapia, analgésico y posteriormente valorar la aplicación de la vacuna antitetánica.

Factores que elevan la posibilidad de éxito

- **Edad del paciente.** Entre más corta sea la edad, el hueso estará más vascularizado, lo que favorece el reimplante.
- **Integridad de la tabla externa del hueso.** Un alvéolo íntegro tiene mayor facilidad de fijar al órgano dentario, además de tener mejor irrigación sanguínea.
- **Ausencia de enfermedad periodontal.** La inflamación crónica de la gingiva afecta la cicatrización.
- **Formación ápico-radicular.** Un diente joven tiene el ápice abierto y mayor probabilidad de volver a formar las células del ligamento periodontal.
- **Tiempo transcurrido del diente fuera del alvéolo.** El tiempo máximo es de una hora fuera de la boca y hasta 6 horas si se conserva el diente en leche. El tiempo es inversamente proporcional al grado de éxito, es decir, a menor tiempo mayor probabilidad de éxito.
- **Férula flexible.** Permite los movimientos fisiológicos del diente sin causar anquilosis como sería con una férula rígida.

- **Medio en el que se preserva y transporta al diente avulsionado.** Lo mejor es la solución balanceada de Hank; sin embargo, por su difícil disposición, puede conservarse en leche descremada. Si se coloca en agua la osmolaridad daña las células que probablemente aún queden vivas, lo mismo que al ponerlo en saliva, ya que ésta contiene microorganismos. No debe refrigerarse, ni utilizar ningún desinfectante o jabón para limpiar el diente.

Se sugiere un tratamiento de conductos (endodoncia) dentro de los primeros diez días del reimplante y control radiográfico estricto. La presencia de movilidad superior al movimiento fisiológico de los dientes, dolor, fístula o absceso periapical, resorción radicular interna o externa son signos de fracaso del reimplante.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. De la Teja AE, Cadena GA, Téllez RJ, Durán GLA. El Pediatra ante las Urgencias Estomatológicas. *Acta Pediatr Mex.* 2007;28(1):21-7.
2. Tratamiento de Avulsión Traumática de dientes anteriores permanentes en pacientes de 6 a 15 años de edad en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 8/ Julio/2014.
3. International Association of Dental Traumatology. Guidelines. *Dent Traumatol.* 2012;28:88-96.
4. Ulusoy A, Onder H, Cetin B, Kaya S. Knowledge of medical hospital emergency physicians about the first-aid management of traumatic tooth avulsion. *Int J Paediatr Dent.* 2012;(22):211-6.
5. Moradi Majd N, Zohrehei H, Darvish A, Homayouni H, Adel M. Continued root formation after delayed replantation of anavulsed immature permanent tooth. *Cse Rep Dent.* 2014;2014:832637.
6. Tuna E, Yaman D, Yamamoto S. What is the best Root Surface Treatment for Avulsed Teeth? *The Open Dent J.* 2014;(8):175-179.
7. Mc Donald RE, Avery DR, Jeffrey AD. *Odontología para el niño y el adolescente.* 9° ed. New York: Elsevier; 2014.
8. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM. *Manual de Lesiones Traumáticas Dentarias.* 3° ed. United Kingdom: John Wiley & Sons Limited; 2011.