



Trauma dentoalveolar: luxación lateral. Presentación de un caso

Vidal Tatiana¹, Castro Paola¹, Nora Bustos^{1,2}

1. Servicio de Odontología. Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina
2. Facultad de Odontología. UNCUYO

Correo de contacto: odontologialagomaggiore@gmail.com

RESUMEN

El trauma dento alveolar constituye un conjunto de lesiones que comprometen los elementos dentarios y/o sus estructuras de soporte, como consecuencia de un impacto violento directo o indirecto. Es una patología común en la consulta odontológica que afecta a individuos de todas las edades, con mayor prevalencia en niños de 6 a 15 años. Las lesiones de trauma dental son de extensión e

intensidad variable, representando una emergencia que debe ser tratada de manera inmediata. Se consideran un problema de Salud Pública debido a su frecuencia. El presente caso trata de una luxación lateral que afecta hueso alveolar, ligamento periodontal y tejido dentario.

Palabras Clave: trauma, luxación, férula, necrosis pulpar.

ABSTRACT

DENTOALVEOLAR TRAUMA: LATERAL LUXATION. A CASE REPORT

The alveolar dento trauma constitutes a set of injuries that compromise the dental elements and / or their support structures, as a consequence of a direct or indirect violent impact. It is a common pathology in the dental practice that affects individuals of all ages, with a higher prevalence in children from 6 to 15 years. The dental trauma injuries are of

variable extension and intensity, representing an emergency that must be treated immediately. They are considered a Public Health problem due to their frequency. The present case deals with a lateral dislocation that affects alveolar bone, periodontal ligament and dental tissue.

Key Words: trauma, dislocation, splint, pulpal necrosis.

Introducción

Durante la última década, las lesiones dentales traumáticas fueron reconocidas como un problema público de salud dental en todo el mundo. La prevalencia varía entre países. De acuerdo con los datos existentes, son más frecuentes en dentición permanente que en

dentición primaria. El estilo de vida cambiante y los requisitos de la sociedad moderna conducen a la aparición de nuevos patrones de trauma dental. Las diversidades locales ambientales, de comportamiento y culturales de los países también podrían influir en los

resultados. Posiblemente no se reportan todas las lesiones traumáticas. Se requiere una actualización periódica de los conocimientos en traumatología dental.⁽¹⁾

Los traumatismos dento alveolares son lesiones que afectan elementos dentarios y sus tejidos de sostén, pudiendo producir fracturas dentales y óseas, pérdida de la integridad del diente y desplazamiento.^(2, 3, 4) La mayoría de estas lesiones ocurren en dientes anteriores, lo cual provoca una disminución de las capacidades de masticación y fonación, así como problemas estéticos, que es el principal motivo de consulta. Además, pueden ir acompañados de lesiones en los tejidos blandos con hemorragia e inflamación.^(4,5)

En cuanto a la epidemiología en los países europeos la variación fue del 8,7% al 43,8%, y en Latinoamérica entre el 5,0% y el 58,6%.⁽⁶⁻⁸⁾

En Canadá, en una muestra de 2422 escolares, de 12 y 14 años, las lesiones traumáticas dentales fueron del 11.4%.⁽⁶⁾ En un estudio de niños y adolescentes chilenos, el grupo de niños de 7 a 12 años tuvo una frecuencia del 66.6%.⁽⁷⁾ En otro estudio se informó un porcentaje ligeramente mayor de traumas dentales en la población brasileña, donde la prevalencia de lesiones traumáticas en adolescentes de 15 a 19 años de edad constituía el 24,7%.⁽⁸⁾

Caso clínico

Paciente sexo masculino de 24 años de edad con antecedentes sistémicos de hepatitis A, concurrió a la consulta por desplazamiento de los incisivos centrales superiores debido a golpe de cabeza frontal durante un partido de fútbol. El periodo de tiempo transcurrido desde el trauma hasta la consulta fue de 12 hs.

Al examen extraoral no se observaron lesiones de importancia, en el intraoral se evidenció desplazamiento moderado de incisivos centrales superiores (1.1. y 2.1.) hacia palatino (foto 1), impidiendo la oclusión correcta en el sector posterior (foto 2), presentó hemorragia

Los incisivos centrales superiores son los dientes más dañados en denticiones primarias y permanentes.

La luxación lateral es el desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial que se acompaña por una conminución o fractura de la pared alveolar. Se caracteriza por el desplazamiento de la corona del diente luxado hacia palatino/lingual⁽⁹⁾, se presenta bloqueo del ápice dentario en el hueso alveolar que permanece inmóvil, a la percusión, generalmente, produce un sonido metálico (anquilosis). Las pruebas de sensibilidad, probablemente, darán resultados negativos.⁽¹⁰⁾ En la imagen radiográfica el espacio del ligamento periodontal se encuentra aumentado apicalmente.⁽⁹⁾

El tratamiento de esta lesión consiste en la reposición manual o quirúrgica con su posterior inmovilización con férula flexible por 4 semanas.⁽¹⁰⁾ En caso de degradación de hueso marginal, se extiende el periodo de fijación por 6 – 8 semanas. Es importante realizar seguimientos durante un año.⁽⁹⁾

En cuanto al pronóstico, la luxación lateral es una de las lesiones que más se asocia con complicaciones como necrosis pulpar, degradación marginal, reabsorción radicular y/u obliteración del conducto radicular.⁽¹¹⁾

Se presenta un caso clínico de luxación lateral en el que se obtuvo una buena respuesta y evolución al tratamiento aplicado.

del surco gingival, más acentuada en elemento 2.1.

Como examen complementario se realizó la toma radiográfica periapical donde se observó aumento del espacio del ligamento periodontal a nivel apical (foto 3). Se arribó al diagnóstico de luxación lateral.

En la primera consulta se realizó el reposicionamiento manual de los elementos involucrados previa anestesia infiltrativa local, se estabilizó e inmovilizó con férula semirrígida (alambre de ortodoncia) y botones de composite en la cara vestibular (foto 4). Se

controló la oclusión y se tomó una nueva radiografía para corroborar la posición correcta (foto 5).

Se prescribió medicación analgésica según dolor y antibióticos: amoxicilina 875 mg cada 12 horas por 7 días. Se citó a los 7 días para control.

En la segunda sesión se observó tejidos gingivales en buen estado, ausencia de

movilidad de los elementos dentarios, férula bien adherida y a la realización del test de sensibilidad pulpar, con Spray de enfriamiento “Klepp Ice”, se obtuvo una respuesta positiva.

A los 30 días se retiró férula (foto 6) y se realizaron controles clínicos y radiográficos a los dos y seis meses con respuesta positiva pulpar.

Discusión

La Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT) y las pautas de la Asociación Americana de Endodoncia (AAE) declaran que el diagnóstico adecuado, la planificación del tratamiento y la atención de seguimiento son fundamentales para garantizar un resultado favorable y recomiendan un seguimiento a las 6-8 semanas y 1 año para eventos como concusión y fractura coronaria. Para un trauma severo, es decir, fractura alveolar y luxación, se recomienda seguimientos más frecuentes por periodos de 4 semanas, 6-8 semanas, 4 meses, 6 meses, y una vez al año, durante un máximo de 5 años.^(10, 12)

El caso presentado cuenta con controles hasta los 6 meses, donde la clínica y radiografía nos arrojó resultados positivos, no se continuó el seguimiento debido a la falta de asistencia del paciente.

Se requiere una férula cuando los dientes presentan movilidad o se deben reposicionar después de una lesión traumática. El objetivo de la misma es la estabilización e inmovilización durante un período de tiempo para mejorar la función y proporcionar confort. El pronóstico está determinado por el tipo de lesión, su extensión y los hábitos del paciente entre otros factores, no por el tipo de férula, sin embargo, la colocación correcta de férulas es importante para maximizar la cicatrización de los tejidos

blandos y duros, y evitar lesiones adicionales.^(9,10)

En el presente caso se utilizó una férula semi rígida como único material disponible al momento de abordar la urgencia. La bibliografía ha demostrado que las férulas rígidas se asocian con una mayor prevalencia de reabsorción radicular de reemplazo y obliteración del conducto radicular durante la curación, especialmente cuando está in situ durante más de 14 días. Es importante que las férulas sean flexibles permitiendo el movimiento fisiológico de los dientes, favoreciendo la reparación del ligamento periodontal. La IADT recomienda férulas flexibles para todos los tipos de lesiones, excepto la fractura alveolar.^(9, 13)

Existe evidencia limitada para el uso de antibióticos sistémicos en el tratamiento de las lesiones por luxación y no hay evidencia de que la cobertura de antibióticos mejore los resultados para los dientes con raíz fracturada. El uso de antibióticos queda a criterio del profesional, ya que los traumas dento-alveolares suelen ir acompañados de injurias de tejidos blandos y otras lesiones asociadas, que pueden requerir intervención quirúrgica. El estado médico del paciente puede justificar la cobertura de antibióticos.⁽¹⁰⁾

Conclusiones

Actualmente no se cuenta con datos epidemiológicos en la Argentina acerca de la prevalencia de las diferentes lesiones de traumatismo dento alveolar. Siendo que se

considera una emergencia de Salud Pública y Social, debido a las graves consecuencias con respecto a pérdida de elementos dentarios o rehabilitación protésica que traen como

consecuencia un impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

El manejo del trauma dental es un desafío para médicos y odontólogos, debido a la complejidad de los mismos. Al igual que las emergencias médicas, el tratamiento inicial tiene gran influencia en el pronóstico. Es primordial que los profesionales comprendan

los principios básicos del manejo de los diferentes tipos de trauma dental, la importancia del abordaje inmediato y multidisciplinario.

Si bien existen múltiples estudios y guías sobre el manejo de traumatismos dento alveolares se requiere una actualización periódica por parte del profesional de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Ivancic Jokic N, Bakarcic D, Fugosic V, Majstorovic M, Skrinjaric I. Dental trauma in children and young adults visiting a University Dental Clinic. *Dent Traumatol* 2009; 25:84-7.
2. Pérez Cordero Y, Fernández Collazo ME, Rodríguez Soto A, Vila Morales D. Influencia del sobrepase y la incompetencia bilabial como factores predisponentes de traumatismos dentoalveolares. *Rev Cubana Estomatol*. 2011 [citado 20 dic 2012]; 48(4): 363-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072011000400007&lng=es
3. Jamidez Herrera Y, Romero Zaldívar E, Pérez Cedrón R, López Hernández P. Evaluación a corto plazo de dientes traumatizados después de la aplicación de tratamientos. *AMC*. 2010 [citado 23 mar 2013]; 14(6): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000600010&lng=es
4. García Pérez N, Legañoa Alonso J, Alonso Montes de Oca C, Montalvo Céspedes N. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños y adolescentes. *AMC*. 2010 [citado 20 dic 2012]; 14(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000100005&lng=es
5. HR. Traumatismos dentales en niños ¿qué hacer? *Rev Ven Estomatol*. 2007; 32(2).
6. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ and Locker D. Etiology and environment of dental injuries in 12- to 14-year-old Ontario schoolchildren. *Dent Traumatol* 2008; 24:305-8.
7. Díaz JA, Bustos L, Brandt AC and Fernández BE. Dental injuries among children and adolescence aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. *Dent Traumatol* 2010; 26:254-61.
8. Jorge KO, Oliveira Filho PM, Ferreira EF, Oliveira AC, Vale MP, Zarzar PM. Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/drug use in adolescents between 15 and 19 years of age. *Dent Traumatol* 2012;28:136-41.
9. Andreasen J.O, Andreasen F.M, Andersson L. 2010. Texto y Atlas a color de lesiones traumáticas a las estructuras dentales. Ed. Amolca. 4ª edición, Tomo I, Cap. 15.
10. Di Angelis, A. J., Andreasen, J. O., Ebeleseder, K. A., Kenny, D. J., Trope, M., Sigurdsson, Tsukiboshi, M. (2012). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology*, 28(1), 2–12. doi:10.1111/j.1600-9657.2011.01103.x
11. Gallego Rodríguez J. Nivel de conocimientos sobre el manejo inmediato de los traumas dentales en profesores de educación física. *Clínica*

Estomatológica Docente "Fabricio Ojeda" San José de las Lajas. Rev Habanera Cien Méd. 2009 [citado 20 dic 2012]; 15 (1): 86-94. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rmh/rt/printerFriendly/413/html>

12. American Association of Endodontists. The recommended guidelines of the American Association of Endodontists for the treatment of traumatic dental injuries. Revised September 2014 ed: AAE Publication; 2014.
13. Kahler, B., Hu, J.Y., Marriot-Smith, C.S., Heithersay, G.S. Splinting of teeth following trauma: a review and a new splinting recommendation. *Aust Dent J* 2016; 61 (Suppl. 1): 59-73.



FOTO 1: desplazamiento de 1.1. y 2.1. hacia palatino y hemorragia del surco gingival, más acentuada en elemento 2.1.



FOTO 2: contacto prematuro de Incisivos Centrales que impiden la oclusión del sector posterior.



FOTO 3: radiografía donde se evidencia el aumento del espacio del ligamento periodontal a nivel del ápice de los elementos 1.1 y 2.1.



FOTO 4: colocación de alambre de ortodoncia con botones de composite en cara vestibular desde el elemento 1.3. al 2.3.



FOTO 5: radiografía posterior al tratamiento donde se observa disminución del espacio del ligamento periodontal a nivel de ambos ápices.



FOTO 6: retiro de férula y control de oclusión.