



caso
clínico

LUXACIÓN INTRUSIVA COMPLETA DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR TEMPORAL. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Riolobos González, M^a F., García-Navas, L. Luxación intrusiva completa de un incisivo central superior temporal. Protocolo de actuación. A propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2014; 11; 2: 99-103



Riolobos González, M^a Fe
Licenciada en Odontología Universidad Complutense Madrid (UCM). Postgrado Odontopediatría Sociedad Catalana Odontostomatología, (SCOE). Profesora Clínica Odontológica Integrada Infantil Universidad Alfonso X El Sabio (UAX).

García-Navas, Lourdes
Licenciada en Odontología UCM. Master Odontopediatría Hospital San Rafael. Profesora Clínica Odontológica Integrada Infantil UAX.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

M^a Fe Riolobos González
C/ Puerto de Los Leones 6 Local 1.
Majadahonda. 28220 Madrid
mriolgon@uax.es
Tel.: 609 540 908

Fecha de recepción: 13 de febrero de 2014.
Fecha de aceptación para su publicación:
20 de mayo de 2014.

RESUMEN

La luxación intrusiva en dentición temporal supone una de las lesiones con mayor complicación para el diente permanente, dependiendo de la dirección del impacto. Debido a la estructura del propio hueso alveolar (más esponjosa), con espacios medulares amplios, la patología que se presenta más frecuentemente en dentición temporal es la luxación. Se describe un caso clínico en paciente de 4 años de edad y el protocolo de actuación seguido. Tras un diagnóstico radiológico correcto, se decide la extracción quirúrgica del diente intruido. La correcta actuación sobre el traumatismo, siguiendo los protocolos marcados por la Asociación Internacional de Traumatismo Dental (IADT), conseguirá que podamos evitar daños en la dentición permanente.

PALABRAS CLAVE

Traumatismo dental; Luxación; Daños dentales; Impactación dental.

INTRUSIVE LUXATION COMPLETE OF A TEMPORARY UPPER CENTRAL INCISOR. PROTOCOL FOR ACTION. A CASE REPORT

ABSTRACT

Intrusive luxation in temporary dentition is one of the injuries with greater complication for the permanent teeth, depending on the direction of the impact. Because of the own alveolar bone structure (more spongy), with large medullary spaces, the pathology that occurs most frequently in temporary dentition is luxation. A clinical case in a 4 years old patient and the protocol followed is described. After a correct radiological diagnosis, surgical removal of intrusive tooth is decided. The correct action on the trauma, following the protocols set by the International Association of Dental Trauma (IADT), will get that we can prevent damage to the permanent dentition.

KEY WORDS

Dental traumatism; Luxation; Tooth injuries; Dental impaction.

INTRODUCCIÓN

La actuación ante un traumatismo dental debe considerarse como un tratamiento de urgencia y abordarlo de inmediato. Se requiere de una exploración clínica minuciosa, tanto extraoral como intraoral, así como radiográfica, dentro de las limitaciones que podemos encontrar en un traumatismo reciente con inflamación y sangrado de la zona peribucal, lo cual nos puede dificultar realizar un buen diagnóstico. Debemos recoger todos los datos posibles sobre el traumatismo, no sólo para conocer y planificar mejor el tratamiento, sino ante cualquier reclamación legal o de las compañías de seguro, que nos puedan solicitar. Son útiles las fotografías como prueba complementaria, ya que nos permiten el seguimiento visual del diente traumatizado: cambios de color, posición, dirección de erupción, etc.^{1,2}.

Se debe considerar la posibilidad de maltrato infantil al evaluar a menores de 5 años que presentan lesiones intra-orales en labios, encías, lengua y paladar, así como extraoral.

La Asociación Internacional de Traumatismo Dental (IADT) (Tabla), ha elaborado un documento consenso después de una revisión de lo publicado en la literatura dental, y tras discusiones en grupo con investigadores experimentados. Se han definido pautas para la atención inmediata y de urgencia^{3,4}.

En el grupo de edad de 0-6 años, las lesiones orales se clasifican como la 2^a lesión más común, que cubre el 18% de todas las lesiones somáticas, siendo las lesiones dentales las más frecuentes, seguido de las lesiones de tejidos blandos orales⁵.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años de edad, que acude a la consulta del odontólogo por un traumatismo dental sucedido hace 2 días, en el patio del colegio, sobre cemento; sin antecedentes médicos personales y familiares relevantes.

En la exploración extraoral vemos inflamación labial superior. En la exploración intraoral se observa ligera inflamación de la zona y ausencia del diente 5.1. Los padres relatan que no saben dónde se encuentra el diente, creen que lo ha perdido la niña en el patio, tras el fuerte impacto que sufrió (Figura 1).



Figura 1. Paciente de 4 años que acude a los dos días de sufrir un traumatismo dental antero-superior.

Se le realiza un examen radiológico, para hacer un diagnóstico diferencial con una avulsión dentaria, mediante tres radiografías periapicales con cono distalizado, mesializado y en orto, mediante radiovisiografía digital en el sector antero-superior, y se observa que el diente 5.1. se encuentra impactado en el hueso alveolar, con desviación de la raíz hacia distal y palatino (Figura 2).



Figura 2. Radiografía periapical del sector anterior donde se observa el diente 5.1 intruído en hueso alveolar.

Tras el estudio del caso, el tratamiento que se decidió realizar fue la extracción quirúrgica del 5.1. en gabinete dental, con anestesia local, para evitar el daño al germen del diente permanente. Se extrajo el 5.1. íntegro, sin fracturas radiculares, evitando dañar los gérmenes de los dientes permanentes adyacentes, y se suturó el alveolo (Figuras 3 y 4).

Como indicaciones post-operatorias se prescribió dieta blanda durante 10-15 días, cepillado suave, limpieza con gasa humedecida en clorhexidina al 0,05%, e Ibuprofeno, dosis según peso. A los 10 días se le realiza control y retirada de puntos (Figura 5); se programaron revisiones periódicas al mes, 3 meses, y cada 6 meses, para seguir la evolución de los dientes adyacentes que sufrieron también una pequeña luxación lateral; control del mantenimiento de espacio, y futura erupción del Incisivo Central permanente.

DISCUSIÓN

El grado de intrusión no siempre puede ser evaluado midiendo la corona clínica, ya que los tejidos blandos adyacentes suelen estar inflamados y agrandados.

En el caso de una luxación intrusiva, ésta suele acompañarse de fractura del alveolo. El diente intruído puede ser que incida sobre el germen del diente permanente subyacente. En la exploración intraoral se observa que el diente se desplaza axial-

TABLA. PROTOCOLO DESCRITO POR LA IADT EN LA REVISIÓN 2012.

					Seguimiento casos favorables y desfavorables	
Luxación lateral	Hallazgos clínicos	Hallazgos radiológicos	Tratamiento	Seguimiento	Casos favorables	Casos desfavorables
	<ul style="list-style-type: none"> El diente es desplazado por lo general en dirección palatina o labial. Estará inmóvil, y a percusión, suele dar un sonido alto, metálico (anquilótico). 	<ul style="list-style-type: none"> El espacio del ligamento periodontal está ensanchado, se ve mejor en exposiciones excéntricas u oclusales. 	<ul style="list-style-type: none"> Si no haya interferencias oclusales, como es a menudo el caso de la mordida abierta anterior, el diente puede reposicionarse espontáneamente Si hay pequeñas interferencias oclusales, está indicado ligero pulido. Cuando hay severa interferencia oclusal, el diente puede ser suavemente reorientado hacia labial o palatino, después del uso de anestesia local. En luxación severa, cuando la corona es luxada en dirección labial, la extracción es el tratamiento de elección. 	<ul style="list-style-type: none"> Control clínico 1 semana. Control clínico 2-3 semanas. Control clínico y RX 6-8 semanas. Control clínico y RX 1 año. 	<ul style="list-style-type: none"> Asintomático Signos clínicos y RX de salud periodontal. Ligera decoloración transitoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas RX de enfermedad periodontal. Decoloración grisacea
Luxación intrusiva	Hallazgos clínicos	Hallazgos radiológicos	Tratamiento	Seguimiento	Casos favorables	Casos desfavorables
	<ul style="list-style-type: none"> El diente está frecuentemente desplazado a través de la tabla ósea vestibular o puede estar impactado el germen del sucesor. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, el ápice puede visualizarse y el diente afectado aparece más corto que el coateral. Cuando el ápice está desplazado hacia el germen del diente permanentemente, el ápice no puede ser visualizado y el diente aparece elongado. 	<ul style="list-style-type: none"> Si el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, se deja el diente para que se reposicione espontáneamente. Si el ápice está desplazado hacia el germen dentario en desarrollo, extraer. 	<ul style="list-style-type: none"> Control clínico 1 semana. Control clínico 3-4 semanas. Control clínico y RX 6-8 semanas. Control clínico y RX 1 año. 	<ul style="list-style-type: none"> Diente en su posición o reerupcionando. No decoloración o transitoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Diente bloqueado sin erupcionar Signos RX de periodontitis apical. Decoloración persistente. Daño al sucesor permanente.

mente en el hueso alveolar, pudiendo desaparecer completamente. En este caso, el diagnóstico se basa en la radiografía para poder localizarlo. Si el diente ha penetrado en la cavidad nasal observaríamos sangrado de la nariz.

Radiográficamente, si el ápice se ha desplazado hacia el hueso vestibular, puede visualizarse y el diente aparece más corto que el contralateral no afectado. Si el ápice se ha des-

plazado hacia el diente permanente, la punta del ápice no se visualiza y aparece el diente alargado. Se recomiendan radiografías oclusales para localizar la posición del diente desplazado.

Tratamiento

Conociendo que la intrusión del diente se asocia con un riesgo potencial de daño en la corona del diente permanente, como



Figura 3. Extracción quirúrgica del diente 5.1.



Figura 4. Se extrae el diente 5.1 completo sin ninguna fractura.



Figura 5. Aspecto de la sutura realizada en el alveolo a los ocho días.

malformación de dientes (Figura 6), erupciones ectópicas, o dientes retenidos, realizaremos el siguiente protocolo de actuación elaborado en "consenso" por la IADT (Tabla):

Opción A:

Erupción espontánea: si el ápice se ha desplazado hacia el hueso alveolar vestibular, se debe esperar la erupción espon-



Figura 6. Complicación de un traumatismo en dentición temporal sobre un incisivo permanente. Lesión irregular en esmalte y dentina.

tánea entre 1 y 6 meses. Se medirá la distancia entre el borde incisal del diente intruído y los dientes adyacentes. Se realizará seguimiento clínico en 1 semana, y clínico-radiológico a las 3-4 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, y 1 año. Se valorarán los posibles daños pulpares o reabsorciones radiculares de causa pulpar y/o periodontal.

Opción B:

Extracción: si el ápice se ha desplazado hacia el germen del diente permanente, debe ser extraído para minimizar el daño en la zona folicular.

Instrucciones para el paciente y los padres:

- Comida suave-blanda durante 10-14 días.
- Cepillado suave después de cada comida, y aplicación de clorhexidina 0,05% tópica en la zona afectada, durante 1 semana.
- Restringir el uso del chupete, si existiera, o hábitos orales nocivos como la succión digital.
- Si existiera dolor, indicar analgésicos antiinflamatorios.
- Si existiera posibilidad de infección por herida contaminada, se recetarán antibióticos.
- Informar a los padres de las posibles complicaciones que pueden ocurrir, como hinchazón del labio, encías, inclusión de cuerpos extraños, y complicaciones en el desarrollo del sucesor permanente, sobre todo en menores de 3 años de edad⁶⁻¹⁵.

CONCLUSIÓN

Es de vital importancia tras un traumatismo con luxación intrusiva en dentición temporal la rápida actuación en el caso, y el diagnóstico radiográfico, ya que de ello dependerá el pronóstico y el tratamiento a realizar, muy conservador o agresivo (con la extracción del diente). La explicación de las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, de la evolución del traumatismo, deben darse a los padres para implicarles y conseguir un desarrollo favorable del caso.



BIBLIOGRAFÍA

1. Feiglin B, Gutmann JL, Oikarinen K y cols. Guías clínicas para la evaluación y el manejo de los traumatismos dentales. *Acta Dent Int*. 2001; 5: 261-65.
2. American Association of Endodontists. Recommended Guidelines of the American Association of Endodontists for the Treatment of Traumatic Dental Injuries. AAE. [online]. nov 2004, [citado 21 Diciembre 2004], p.1-6. Disponible en: <http://www.aae.org/NR/rdonlyres/9232084C-D96-4459-98B6-33A17A3FEA10/0/2004TraumaGuidelines.pdf>.
3. <http://www.iadt-dentaltrauma.org>.
4. <http://www.dentaltraumaguide.org>.
5. García C, Pérez L, Castejón I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. *RCOE* 2003; 8 (2):131-41.
6. Ruíz de Temiño P, Morante MV. Tratamiento de los traumatismos dentales. En: García Barbero J. *Patología y Terapéutica Dental*. Madrid: Ed. Síntesis 2000:695-722.
7. González S. Traumatismos dentales. *RCOE* 2003; 8 (2): 125-6.
8. López-Marcos JF. Etiología, clasificación y patogenia de la patología pulpar y periapical. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9 Suppl:S:52-62.
9. Trope M, Chivian N, Sigurdsson A. Lesiones traumáticas. En: Cohen S, Burns RC. *Vías de la pulpa*. Madrid: Ed. Harcourt-Mosby 1999:528-73.
10. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, y cols. Asociación Internacional de Traumatología Dental directrices para el manejo de las lesiones dentales traumáticas: 3. Las lesiones en la dentición primaria. *Traumatología Dental* 2012;28:174-182.
11. Boj JR; Catalá M, García C, Mendoza A. *Odontopediatría*. Barcelona. Ed. Masson 2005. Cap.28.
12. Andreasen JO, Andreasen FM, Anderson L. *Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales*. 2010. 4ª Edición. Oxford, Ed. AMOLCA.
13. García C, Pérez L, López M. Pautas de actuación en las lesiones traumáticas que causan luxación. *RCOE* 2003; 8(2):155-66.
14. Bassiouny MA, Giannini P, Deem L. Permanent incisors traumatized through predecessors: sequelae and possible management. *J Clin Pediatr Dent* 2003; 27(3):223-228.
15. Rondón RG, Zambrano G, Sogbe R. Intrusión de dientes primarios por traumatismo. *Rev Latinoamericana Ortod Odontop*. Edición electrónica Mayo 2012. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada 30/09/13.