

PROTOCOLO TERAPÉUTICO

Avulsión dentaria o exarticulación en la infancia

ANDRÉS DE LLANO, M.C.*; ANDRÉS DE LLANO, J.M.**; VICENTE GÓMEZ, A.***; ALBEROLA LÓPEZ, S.****

RESUMEN: Se expone la actitud correcta a seguir ante la pérdida completa de un diente por un traumatismo. Se incide en la importancia del tiempo transcurrido hasta su recolocación. PALABRAS CLAVE: AVULSIÓN DENTARIA. TRAUMATISMO DENTAL.

DENTAL LOSS IN CHILDHOOD (SUMMARY): The right attitude in the complete way-out of a tooth due to a traumatism is exposed. The importance of a brief period of time in the survival of the tooth is pointed. KEY WORDS: DENTAL LOSS. DENTAL TRAUMATISM.

El pediatra es requerido en ocasiones para prestar atención inmediata a un niño al que "se le ha caído un diente por un golpe". Vamos a repasar el estado actual del tema y qué hacer ante este problema.

El término "avulsión dentaria o exarticulación" significa la "salida completa del diente de su alvéolo". Su origen es traumático (1-6). Durante la dentición láctea ó primaria se presenta en niños cuando aprenden a caminar o en la guardería, y su frecuencia aumenta cuando presentan dentición mixta y ya tienen piezas permanentes (1). La sintomatología inicial es dolor por el traumatismo facial, hemorragia parodontal y alvéolo vacío.

El tratamiento correcto es el reimplante inmediato del diente en su alvéolo. La excepción es el reimplante en incisivos temporales avulsionados, que no es recomendable debido al peligro de dañar los

folículos de los dientes permanentes (1-6). Ante una avulsión se debe controlar la hemorragia y en caso de que el niño sea pequeño y no haya pasado más de 30 minutos se reimplanta con cuidado y se feruliza una semana. En el caso de que haya transcurrido un intervalo de tiempo mayor se puede poner una placa removible con un diente para no perder el espacio (2). En los dientes permanentes se realiza el reimplante y una ferulización de aproximadamente 1-2 semanas con una férula semirígida. En muchos casos se puede producir resorción radicular externa. Esta resorción tiene diversos factores desencadenantes, el más crítico de los cuales es la incorrecta conservación del diente avulsionado antes del reimplante (3). Es muy importante que el ligamento periodontal adherido a la raíz se mantenga húmedo. Se sabe que el número de células viables en el ligamento

* *Odontopediatra. Santander.*

** *Servicio de Pediatría Hospital Río Carrión. Palencia.*

*** *Endodoncista. Valladolid.*

**** *Pediatra. Centro de Salud Jardínillos. Palencia.*

declina muy rápido con el aumento del tiempo de desecación. El límite de tiempo tolerable es aproximadamente 20-30 minutos (3). Por tanto, si el tiempo para reimplantarlo puede llegar a ser mayor de 30 minutos, se instruye a los padres para que coloquen el diente en el alvéolo en su posición normal y luego acudan al dentista lo antes posible (1). Si esto no se pudiera realizar, se debe colocar el diente en suero fisiológico, leche o almacenarlo en la propia saliva debajo de la lengua.

Es preceptiva la profilaxis antitetánica y casi siempre el tratamiento antibiótico (1). El procedimiento a seguir es (3):

- a) Lavar el diente con suero fisiológico.
- b) Restituir el diente en su alvéolo con suave presión digital.
- c) Control radiológico de la posición del diente.
- d) Aplicar férula semirígida.
- e) Antibiótico para evitar la resorción radicular inflamatoria y la invasión bacteriana de la pulpa.
- f) Si se contaminó con suciedad: Profilaxis antitetánica.
- g) Enjuagues de clorhexidina al 0,1%, dos veces al día.

La férula se coloca durante 1-2 semanas. A los 10 días, y antes de quitarla, se realizará la pulpectomía rellenando el conducto con hidróxido cálcico puro, que se renovará cada dos meses hasta los seis, en los que se considera recuperado del ligamento periodontal, y se sustituirá el calcio por la obturación definitiva con gutapercha (2).

El pronóstico tras el reimplante depende de varios factores (3):

- a) Si el foramen apical está cerrado es poco probable que la pulpa sobreviva y se debe de comenzar

el tratamiento endodóncico dentro de las dos primeras semanas, para prevenir la resorción radicular inflamatoria.

Provisionalmente se obtura con hidróxido cálcico hasta los seis meses.

- b) Si el foramen apical está muy abierto se puede producir la revascularización de la pulpa.

En dientes reimplantados dentro de las tres primeras horas, se pospone el tratamiento endodóncico hasta que se evidencie una necrosis pulpar.

Estos dientes se controlan con atención radiológica cada quince días.

- c) A veces, se produce una resorción de reemplazo ó anquilosis. Es debido a que el diente estuvo mucho tiempo fuera de la boca en seco. Se debe a un marcado daño celular en ligamento periodontal y cemento.

Entre el alvéolo y la superficie radicular se establece una unión ósea o anquilosis, seguida de resorción continua del cemento y la dentina. En la radiografía se nota cómo desaparece el espacio periodontal y se sustituye la sustancia dentaria por hueso (3). Desde el punto de vista clínico se puede diagnosticar por percusión: hay un sonido metálico alto, diferente del de un diente normal. Se puede evidenciar entre dos meses y un año después del traumatismo. El resultado final es la resorción completa de raíz, que a veces es muy lento (aproximadamente, entre cinco y ocho años).

Hay que tener presente que la anquilosis perturba el crecimiento de la apofisis alveolar en pacientes jóvenes, debido a la infraposición del diente. Esto puede complicar la solución protésica.

En resumen, el pronóstico del reimplante tras la avulsión depende del tiempo que haya estado fuera de la boca (2):

- Menos de 30 minutos: Pronóstico muy bueno.

- Entre 30 y 60 minutos: Pronóstico bueno.

- Más de 60 minutos: En un 95% de los casos se pierden los dientes a los cuatro ó cinco años por resorción. Es un pronóstico malo.

BIBLIOGRAFÍA

1. JOSSELL, S.; DENT, M. Y ABRAHAMS, R.: *Tratamiento de Urgencias y problemas dentales frecuentes. Salud Bucal. Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. Editorial Interamericana. Mexico 1991. pp. 1366.
2. DONADO RODRIGUEZ, M.: *Urgencias en Odontostomatología*. Editor Manuel Donado. Madrid 1990.
3. MAGNUSSON, B.; KOCH, G.; POULSEN, S.: "Lesiones traumáticas en los dientes". En: *Odontopediatría: Enfoque Sistemático*. Editorial Salvat. Barcelona 1985. p. 343.
4. FORTIER, J.; DEMARS, CH.: "Traumatismos". En: *Manual de Odontopediatría*. Editorial Masson, L'Hospitalet de Llobregat 1988. p. 158.
5. NADAL, A.: "Lesiones traumáticas dentarias". En: *Patología Dentaria*. Ediciones Rondas. Barcelona 1987. p. 161.
6. KOCH; MODEÉR; POULSEN; RASMUSSEN: "Lesiones traumáticas". En: *Odontopediatría: Enfoque Clínico*. Ed. Médica-Panamericana. Buenos Aires 1994, p. 178.

Petición de separatas:

Dra. M. C. ANDRÉS DE LLANO
Avda. Calvo Sotelo, 11, 1.º izqda.
39020 SANTANDER