

Inicio

Publicaciones

Año 2012

## Intrusión de dientes primarios por traumatismo - Revisión de la literatura

**Rondón Rodríguez, Rosa Gabriela.\* Zambrano Blondell, Gabriel Alejandro.\*\* Sogbe, Rosemary.\*\*\***

\* Odontóloga, Universidad Central de Venezuela. [Rgrondonr@gmail.com](mailto:Rgrondonr@gmail.com)

\*\* Odontólogo, Universidad Central de Venezuela. Docente Colaborador de la Cátedra de Odontología Pediátrica, Universidad Central de Venezuela. [Gazblondell@gmail.com](mailto:Gazblondell@gmail.com)

\*\*\* Especialista en Odontología Infantil, Universidad Central de Venezuela. Docente Titular Jubilada, Universidad Central de Venezuela. Coordinadora del Curso de Traumatología Dentaria en el Postgrado de Odontología Pediátrica, Universidad Central de Venezuela. [Rosemarysogbe@gmail.com](mailto:Rosemarysogbe@gmail.com)

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera:

Rondón R. G. Zambrano G. Sogbe, R. "INTRUSIÓN DE DIENTES PRIMARIOS POR TRAUMATISMO."

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica Mayo 2012. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada, //

### RESUMEN:

Las lesiones de origen traumático son frecuentes en la dentición primaria y constituyen uno de los principales motivos de consulta odontopediátrica. Las luxaciones intrusivas son injurias severas que ocasionan daño al diente afectado, a sus tejidos de soporte e incluso al germen del diente permanente sucesor, su prevalencia es alta y suelen producirse en niños menores de 3 años. Hoy en día se les considera una emergencia traumatológica que debe ser manejada con mucha precaución para disminuir al máximo las complicaciones post-traumáticas en especial en los dientes permanentes sucesores, para ello el facultativo debe realizar un adecuado diagnóstico basado en una anamnesis minuciosa, examen clínico y radiográfico a fin de establecer un plan de tratamiento apropiado cuyo objetivo será prevenir en la medida de lo posible daños al diente permanente así como manejar el estado sistémico del paciente (dolor, inflamación, infección).

**Palabras Clave:** Luxación intrusiva, traumatismo dental, dentición primaria, germen dental.

### ABSTRACT:

Traumatic injuries are common in the primary dentition and are one of the main reasons for consulting dentist. Intrusive dislocations are severe injuries that cause damage to the affected tooth, its supporting tissues and even the permanent successor tooth germ, its prevalence is high and usually occur in children under 3 years. Today they are considered an emergency trauma that must be handled with caution to minimize any post-traumatic complications especially in the permanent teeth adjacent to the traumatized area, for which the authority must make a proper diagnosis based on history thorough clinical and radiographic examination to establish an appropriate treatment plan which will aim to prevent the possible damage to permanent teeth as well as managing the patient's systemic condition (pain, inflammation, infection).

## INTRODUCCIÓN:

Las lesiones de origen traumático suelen ser frecuentes en la dentición primaria y constituyen en la actualidad uno de los principales motivos de consulta odontopediátrica. Las estadísticas revelan que del 15 al 30% de la población infantil mundial menor de 3 años está afectada.(1,2)

Las luxaciones dentarias en la dentición primaria son lesiones severas que pueden involucrar la pérdida de los dientes afectados y son producidas por impactos de gran intensidad (3). Dentro de las luxaciones que generan daño al ligamento periodontal se halla la intrusión dental considerada por la mayoría de los autores como una Emergencia Traumatológica (3,4,14).

Cuando ocurre un impacto en dirección axial del diente desde abajo hacia arriba, puede acontecer un desplazamiento de la pieza en la profundidad del hueso, suceso denominado Luxación Intrusiva o Dislocación Central, lo que puede ocasionar conminución o fractura de la cavidad alveolar. (5,6,7)

## LUXACIÓN INTRUSIVA:

La intrusión es posiblemente la lesión traumática que mayor injuria produce sobre el diente afectado y sus tejidos de soporte. El desplazamiento dentro del alvéolo provoca una extensa y aguda afectación del ligamento periodontal, lesiones óseas por compresión del alvéolo, rotura del tronco neurovascular<sup>5</sup> y en muchos de los casos reportados afecta al germen dentario en desarrollo (Fig.1). Constituye del 4.4% al 22% de las lesiones traumáticas en cavidad bucal (8,9). Estadísticamente los dientes más implicados en este tipo de luxación son los incisivos superiores primarios en un 93,47% de los casos, considerándose el incisivo central superior derecho primario (51), el diente más afectado del arco (41,3% de los casos).(10,11)

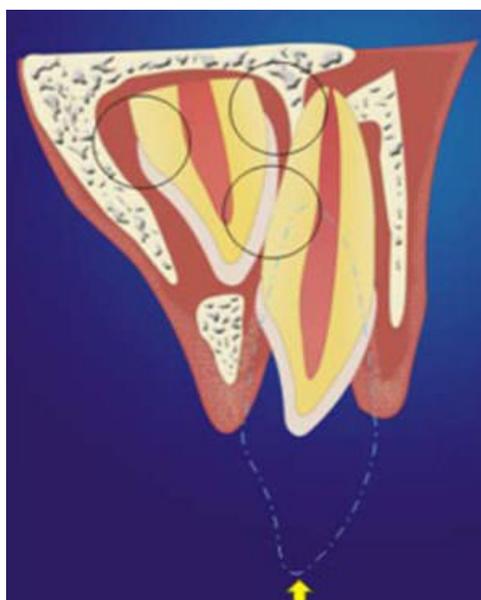


Fig. 1

Imagen representativa de la intrusión de un diente primario. Las zonas remarcadas indican las áreas con mayor probabilidad de injuria por el traumatismo.

Fuente: Mendoza A.12

## **ETIOLOGÍA:**

Los traumatismos dentales no se rigen por un solo mecanismo etiopatogénico ni siguen un patrón predecible en cuanto a la intensidad o extensión (5).

La mayoría de los traumatismos en dentición temporal y entre ellos las luxaciones intrusivas se producen durante los tres primeros años de vida esto se debe a que es en esta etapa del desarrollo humano cuando se da inicio a la autonomía motora del niño que pasa de un estado de dependencia del adulto, al comienzo del gateo, bipedestación y la instauración de la coordinación motora que en ocasiones tarda en desarrollarse completamente (2), por lo que la causa predominante de estas lesiones son las caídas aunque se debe descartar el maltrato si se observan lesiones en cabeza y dientes (11).

## **PATOGÉNESIS:**

Los niños menores de tres años tienen mayor tendencia a sufrir de luxaciones por dos razones y es lo que hace la diferencia entre las lesiones en dentición primaria y permanente: la primera es porque el hueso alveolar del niño posee espacios medulares grandes por lo que es menos denso y está menos mineralizado, lo que lo hace relativamente flexible y por lo tanto no sujeta al diente de forma rígida de manera que el órgano dental no es capaz de absorber la energía cinética transmitida por el impacto y fracturarse por lo que es el hueso quien la absorbe y de esta forma se produce el desplazamiento, y la segunda razón es que el ligamento periodontal no tiene sus fibras consolidadas por el crecimiento óseo que se experimenta en esta etapa por lo que sostiene de forma débil al diente en el alvéolo y ante un traumatismo cede con facilidad. (5)

## **FACTORES DE RIESGO:**

Los traumatismos se asocian a una serie de factores predisponentes bien estudiados. Entre ellos se destacan:

- Resalte acentuado e incompetencia labial.
- Estado emocional: Los pacientes que presentan situaciones de ansiedad tienen más riesgo de sufrir un traumatismo dental.
- Variaciones estacionales: parece existir una relación entre el clima, la época del año, las vacaciones e incluso el día de la semana y la frecuencia de las lesiones. Las escasas observaciones indican que son más frecuentes en invierno y verano, y en los fines de semana.
- Actividades deportivas de alto impacto.<sup>24</sup>
- Accidentes automovilísticos.
- Niños con alguna discapacidad física.<sup>19</sup>
- En preescolares por falta de coordinación motora.
- Estrato socioeconómico.
- Pacientes con hendidura labio - palatina.

## **CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE INTRUSIÓN DENTAL:**

- Grado I: la intrusión es parcial y leve. Se puede observar clínicamente más del 50% de la corona del diente afectado.
- Grado II: la intrusión es parcial y moderada. Se puede observar clínicamente menos del 50% de la corona del diente afectado.
- Grado III: la intrusión es completa y severa. Clínicamente no se observa la corona del diente que sufrió el

impacto que generó la intrusión<sup>2,5,23</sup>. (Fig 2).

Según Andreasen & cols. (2010), El grado de intrusión no siempre puede ser evaluado por la medición de la longitud de la corona clínica ya que los tejidos gingivales adyacentes pueden estar agrandados por la inflamación, por lo que el grado de intrusión y de reerupción se determinan por la distancia entre el borde incisal del diente intruido y la línea horizontal que conecta los bordes incisales de los dientes adyacentes no lesionados.<sup>(6)</sup>



Fig. 2

Luxación intrusiva del 51 grado III. Clínicamente no se observa la corona del diente que sufrió el impacto. Fuente: García C, Mendoza A. (2003).<sup>(5)</sup>

## DIAGNÓSTICO:

Resulta un reto para el facultivo establecer un diagnóstico preciso del caso que permita determinar una terapéutica adecuada debido a la corta edad del paciente con el traumatismo y a las circunstancias de emergencia y de ansiedad que se manejan en el consultorio. Por tal razón es necesario valerse de:

1. Historia Clínica: es de vital importancia la anamnesis exhaustiva para conocer cuándo ocurrió el traumatismo y así estar al tanto del tiempo transcurrido desde el impacto, lo que permitirá determinar el tipo de tratamiento a realizar, así como el pronóstico de la lesión, conocer el cómo se produjo el traumatismo para definir el tipo de impacto que recibió el niño y la lesión que presentará, el dónde que puede aportar una idea de si la herida está o no contaminada y por último el por qué se produjo el accidente para así orientar al representante en la prevención de futuras lesiones.
2. Examen Clínico Intrabucal: el diente afectado se observa más corto que el contralateral, salvo en las intrusiones grado III en donde el diente está tan comprimido en el interior del alvéolo que da la impresión de que lo que ha ocurrido es una avulsión, pudiendo alojarse vestibular a la lámina cortical o incluso en la cavidad nasal. Cuando se produce fractura alveolar, a la palpación se percibe movilidad del alvéolo en bloque que acompaña al movimiento dental. Cuando la intrusión tiene una dirección axial la curvatura anatómica de la raíz del diente primario puede perforar la cortical externa y se detecta a la palpación suave de la zona <sup>(5)</sup>. Es importante determinar la dirección de la intrusión por medio de la palpación del hueso alveolar <sup>(7,12)</sup>. Puede evidenciarse también, hemorragia alrededor del diente afectado, no suele existir movilidad ni dolor a la palpación, se denotan signos de inflamación de leves a moderados en la zona gingival circundante al traumatismo<sup>(5)</sup>. Al hacer percusión en el diente se produce un sonido patognomónico de tipo metálico como si el diente estuviera anquilosado y el paciente puede experimentar sensibilidad, <sup>(5,7,13,14)</sup> las pruebas de vitalidad por lo general arrojan resultados negativos luego de que se ha producido la lesión <sup>(14)</sup>, pero estos resultados sólo pueden indicar una falta transitoria de la respuesta pulpar, por lo que en los controles es necesario hacer un diagnóstico pulpar definitivo <sup>(13)</sup>. Las reacciones a estímulos térmicos, junto

con las pruebas eléctricas de vitalidad, pretenden determinar el estado de la pulpa, según su respuesta a estímulos dolorosos. Para algunos autores, estas pruebas constituyen una fuente importante de información, mientras que otros, consideran que la dentición primaria y permanente en desarrollo, conllevan a una alta incidencia de falsos negativos. En estas pruebas, es frecuente la falta de respuesta en un diente que ha sufrido un traumatismo reciente y será necesario repetir las en las siguientes visitas, pues la primera respuesta positiva a estos tests puede aparecer, incluso, luego de seis meses. Cuando estas pruebas son realizadas en niños, a menudo son demasiado pequeños y poco colaboradores, por lo que estas respuestas tendrán un valor relativo. Por lo tanto, si se realizan las pruebas de vitalidad pulpar, serán para obtener una información complementaria y siempre, valorando la respuesta en varios dientes control (5).

Se recomienda durante el diagnóstico la toma de fotografías para luego verificar la evolución del caso en los controles posteriores al traumatismo.

3. Examen Radiográfico: de rutina se indican radiografía periapical de la zona afectada (Fig. 3), radiografía oclusal y extraoral lateral del lado afectado (2,5,6,7,13,14). Las radiografías se utilizan para determinar el estado del diente afectado tras el trauma, el hueso alveolar, la localización del diente intruido con respecto al diente permanente no erupcionado (Fig. 4) y hacer seguimiento de la evolución del caso (5,15).

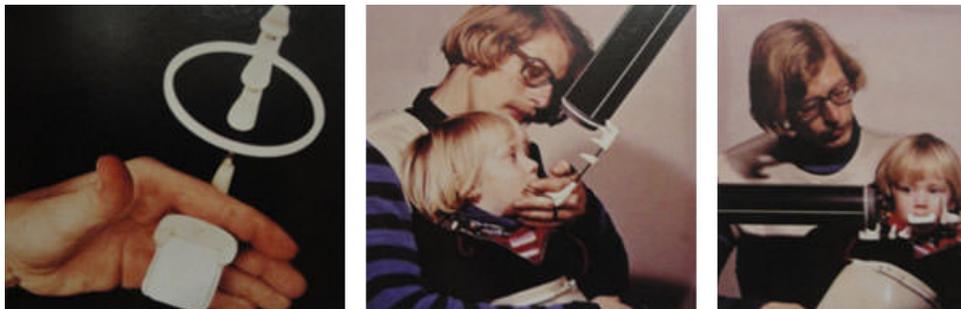


Fig. 3

Examen radiográfico de un niño joven. El padre puede asistir estabilizando al niño durante el mismo. El padre y el niño son provistos con delantal de plomo.

Un brazo es empleado para sostener al niño, mientras que con el otro se sostiene el portaplaca y se estabiliza la cabeza del niño contra el pecho del padre. Fuente: Andreasen & cols. (2010).(6)

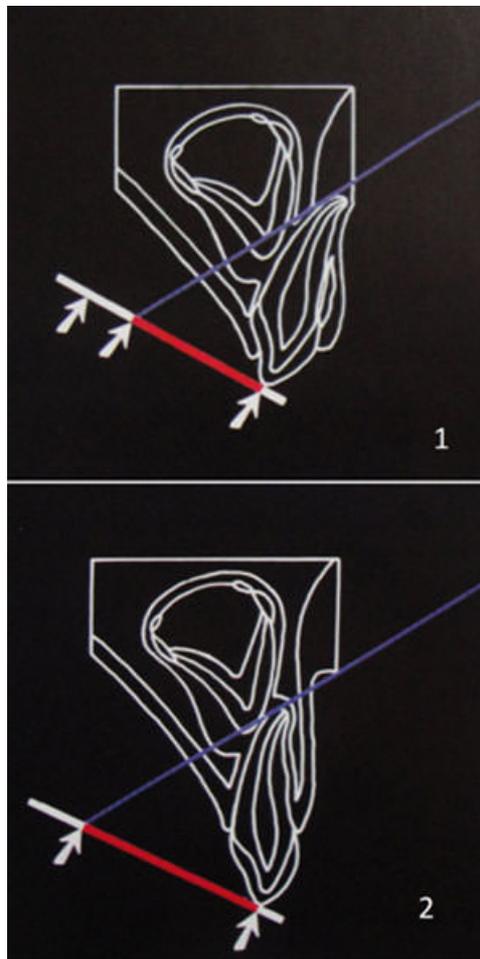


Fig. 4

Ilustración esquemática de la relación geométrica entre un incisivo primario intruido y el germen dental en desarrollo, y la imagen radiográfica resultante.

- 1: Si el diente primario está lejos del germen, la imagen radiográfica será acortada.
- 2: Si el diente primario está intruido hacia el germen dental, la imagen radiográfica será alargada.

Fuente: Andreasen & cols. (2010).(6)

En las radiografías periapicales y oclusales cuando el diente sufre el impacto intrusivo y se dirige hacia vestibular es visible el ápice y la pieza dental se denota más corta que la contralateral, por otra parte, cuando la corona dentaria tiene una inclinación vestibular y la raíz hacia lingual y recibe un impacto intrusivo se va a producir un compromiso claro con el germen permanente lo que se evidencia radiográficamente porque el ápice dental no es visible y el diente se percibe elongado5. (Fig. 5 y 6) Adicionalmente el espacio que ocupa el ligamento periodontal puede estar ausente parcial o totalmente.(13)

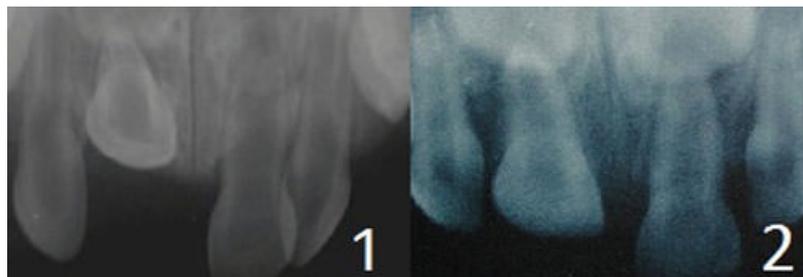


Fig. 5

Aspecto radiográfico de un diente primario intruido. 1. Luxación intrusiva del 51, se observa relación directa con el germen del diente permanente. Fuente: Gómez A. y cols. (2010).18 2. Luxación intrusivo del 51, en donde se observa el solapamiento de la punta del ápice con el germen del diente permanente, así

como el acortamiento dentario, lo cual indica que el diente se encuentra ubicado en la cortical externa. Fuente: García C, Mendoza A. (2003).(5)

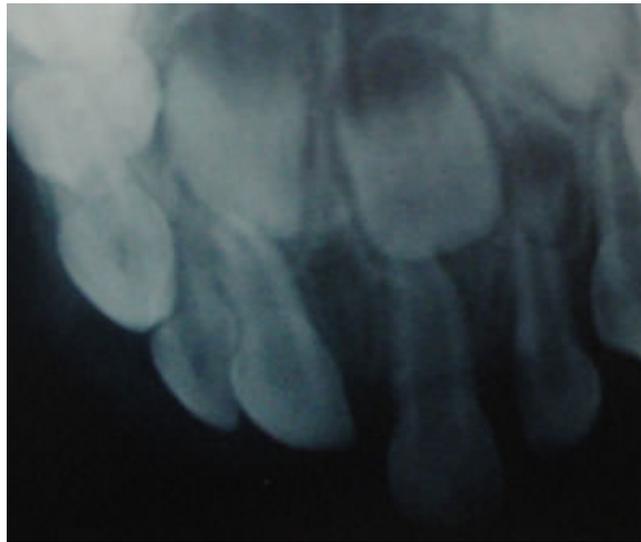


Fig. 6

Radiografía oclusal de un diente primario intruido. Fuente: García C, Mendoza A. (2003).(5)

La radiografía extraoral lateral se utiliza como herramienta de referencia ya que permite determinar la localización y la distancia que existe entre el diente primario intruido y el germen del permanente<sup>5</sup> (Fig 6). García C, (2003) aconseja realizar la radiografía extraoral para valorar la posición del diente, pues por el impacto podría llegar a romper la cortical externa.<sup>(14)</sup> Aunque autores afirman que esta proyección extraoral debe reservarse sólo para niños menores de 20 meses para realizar la confirmación diagnóstica debido que a esta edad es difícil calcular la correcta alineación dentaria original por la escasa maduración radicular.<sup>(5,16)</sup>

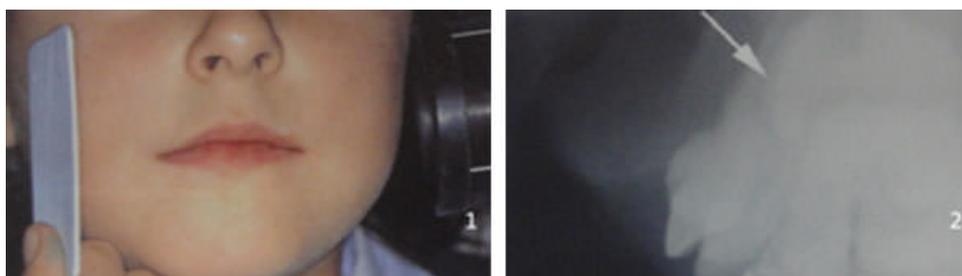


Fig. 7:

1: Colocación adecuada de la radiografía extraoral para obtener la imagen del perfil óseo y dentario maxilar. 2: Imagen obtenida donde se observa la distancia entre el ápice del diente primario y el germen del permanente.

Fuente: García C, Mendoza A. (2003).(5)

El examen radiográfico también es útil para medir el grado de intrusión por medio de una radiografía periapical en la cual se evalúa la distancia desde el tabique interdental a la unión amelocementaria.<sup>(14,17)</sup>

## TRATAMIENTO:

El tratamiento de las luxaciones intrusivas va a depender de diversos factores como lo son: la edad del paciente, el grado de intrusión del diente, la dirección de la ubicación en el alvéolo, la presencia de fractura alveolar, el grado de formación radicular y de erupción al momento del traumatismo.<sup>(3,5)</sup> En el momento de establecer el tratamiento es necesario determinar la relación entre el diente primario intruido y el germen del diente

permanente (18).

- Son dos las opciones de tratamiento:

1. **Reerupción espontánea:** cuando la luxación intrusiva se produce en sentido axial y el diente se dirige hacia o a través de la tabla ósea vestibular, el ápice queda alejado del germen del diente permanente, por lo que se recomienda esperar la reerupción espontánea del diente intruido en un plazo de 1 a 6 meses. (3,5,7,18,19)
2. **Exodoncia:** cuando la dirección del diente primario en el camino de la intrusión invade la zona folicular del diente permanente, el tratamiento de elección es la exodoncia del diente intruido<sup>5,19</sup> para aliviar la compresión sobre los tejidos odontogénicos<sup>5</sup> y para evitar mayores secuelas en el germen en desarrollo<sup>7</sup>, también se indica la exodoncia cuando pasados 6 meses el diente no ha hecho reerupción espontánea<sup>2</sup>, cuando la intrusión del diente primario produce perforación de la cortical ósea o el diente queda incluido en el repliegue de los tejidos blandos<sup>5</sup>. (Cuadro I y II).

#### Cuadro I

##### Alternativas de tratamiento de acuerdo al grado de intrusión sufrida por el diente primario durante una luxación intrusiva.

GRADO DE INTRUSIÓN	ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO
GRADO I (Intrusión parcial y leve)	Reerupción espontánea
GRADO II (Intrusión parcial y moderada)	Reerupción espontánea
GRADO III (Intrusión completa y severa)	Exodoncia del diente primario

Fuente: Blanco J, Blanco R. (2002)<sup>20</sup>

#### Cuadro II

##### Alternativas de tratamiento de acuerdo a la localización del ápice del diente primario intruido luego de experimentar una luxación intrusiva.

LOCALIZACIÓN DEL ÁPICE DEL DIENTE INTRUIDO	ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO
Cuando el ápice es desplazado en la cortical vestibular por el movimiento intrusivo	Reerupción espontánea
Cuando el ápice es desplazado hacia el germen del diente permanente	Exodoncia del diente primario

Fuente: García C, Mendoza A. (2003)<sup>5</sup>

- Indicaciones al paciente:
  - " Dieta blanda de 10 a 14 días.(3,5,7,19)
  - Adecuada higiene bucal con cepillo dental acorde a la edad del niño, el cual debe poseer cerdas suaves. (3,5,19)
  - Limpieza con Gluconato de Clorhexidina al 0.12% en la zona afectada para contribuir con la higiene y disminuir la acumulación de biofilm.(3,5,13,19)

- Eliminar hábitos orales como succión digital, de chupones y de tetinas que aumenten el trauma en la zona lesionada.(2,3,5)
- Si existe dolor se indican analgésicos antiinflamatorios.(3)
- Si hay indicios o la posibilidad de que ocurra una infección se medican antibióticos para su erradicación. (5)

- **Controles:** son obligatorios para evaluar la progresión del caso. Deben hacerse: a los 7 días luego de la primera evaluación tras el trauma, durante el mes siguiente cada 15 días, luego mensual los próximos 3 meses y si todo transcurre con normalidad cada 6 meses hasta la exfoliación del diente<sup>5</sup> (Cuadro III). Andreasen & Cols (2010) recomiendan el seguimiento del paciente con luxación intrusiva mínimo por un año, haciendo revisiones periódicas cada 1 o 2 meses (6). En todos los controles se debe realizar evaluación clínica y radiográfica (13). En el caso de la reerupción espontánea se efectúan los controles para llevar una secuencia evolutiva del proceso reeruptivo, el estado del diente primario que fue traumatizado así como el de su sucesor permanente<sup>5</sup> y se recomienda una examinación de seguimiento adicional a los 6 años de edad<sup>6</sup>. En el caso de que se haya tenido que realizar la exodoncia del diente primario, los controles se realizan para evaluar el estado de los tejidos en la zona traumatizada, la valoración del espacio para el diente permanente así como su desarrollo tras el traumatismo. En esta situación será necesario tomar en consideración la necesidad de colocar un mantenedor de espacio estético el cual cumplirá funciones de prevención en la aparición de hábitos, permitirá una adecuada fonación en el niño e inclusive tendrá repercusiones satisfactorias a nivel psicológico (5).

**Cuadro III**  
**Controles recomendados en traumatismos del tipo luxación intrusiva en dentición primaria.**

Tiempo	1 semana	2-3 semanas	3-4 semanas	3 meses	6 meses	1 año	Hasta la exfoliación
<b>Luxación Intrusiva</b>	χ	χ	χ	χ	χ	χ	χ

χ = Control clínico y radiográfico para establecer evolución.

Fuente: García C, Mendoza A. (2003)<sup>5</sup>, Flores M & Cols. (2007).<sup>13</sup>

- Aspectos a considerar:
  1. Si el diente reerupciona y existe vitalidad pulpar, el paciente está asintomático, no hay cambio de coloración de la corona, ni hay movilidad ni evidencia de procesos infecciosos apicales y hay recuperación adecuada de los tejidos blandos circundantes, se recomienda cumplir con los controles posteriores al trauma (21).
  2. Si el diente reerupciona pero hay necrosis pulpar por rotura del paquete vasculonervioso (evidencia radiográfica a las 6 u 8 semanas luego del trauma 19), se procede a realizar el tratamiento pulpar correspondiente (21) el cual es la pulpectomía y obturación con material reabsorbible.

## CONSECUENCIAS POST-TRAUMÁTICAS:

Ocurren en el 68% de los casos de luxaciones intrusivas y pueden evidenciarse tanto en el diente primario afectado como en el diente permanente sucesor.(10)

- Dentición Primaria:

1. Necrosis pulpar: luego de un traumatismo intrusivo hay altas posibilidades de que el diente primario experimente necrosis pulpar por rotura del paquete vasculonervioso. (3,5,10,19,22,23)
2. Resorción radicular: la cual puede ser interna o externa. (10,22)
3. Cambios de coloración: en dentición primaria los cambios de coloración suelen ser frecuentes luego de un traumatismo y suelen estar asociados con cambios pulpares irreversibles como: necrosis pulpar, inflamación aguda o crónica de la pulpa y calcificación.(1,22)
4. Reerupción ectópica del diente: esto se produce cuando la intrusión se produjo en una orientación de rotación (22) y la reerupción va a seguir el mismo patrón, pudiendo generar una mordida traumática o cruzada.(5,22)
5. Anquilosis: no es muy frecuente, pero por lo general cuando el diente intruido no logra reerupcionar espontáneamente se debe a que sufrió una anquilosis (a la percusión producirá sonido metálico). (10,22)
6. Infección post-traumática: la cual puede generar injuria sobre el germen del diente permanente.(19)

- Dentición permanente:

Cuando se produce una intrusión traumática severa por un diente primario que genere invasión en el germen del permanente en desarrollo en fases tempranas de odontogénesis, (cuando el niño tiene entre 1 y 3 años) pueden ocurrir alteraciones en la formación dental ya sea de la corona, cuando el impacto ocurre mientras se da el proceso de calcificación de su tercio medio e incisal y en etapas posteriores cuando el desplazamiento de la raíz del diente primario altera la fase secretora de ameloblastos durante la formación radicular del diente permanente.18 Las consecuencias en la dentición permanente tienen una prevalencia de aproximadamente el 41%. Actualmente se considera que mientras menor edad tenga el niño que sufre la luxación intrusiva son más graves las secuelas en la dentición permanente.(1)

Estas secuelas pueden ser:

1. Descoloración blanquecina o de un tono amarillo marrón con o sin presencia de hipoplasia.(1,10,18,22)
2. Dislaceración de la corona y raíz. (10,18,22)
3. Odontoma.
4. Alteraciones en el desarrollo radicular como duplicación.
5. Secuestro del germen permanente.(18)
6. Alteraciones eruptivas.(10,18,22)
7. Malformaciones en la corona.
8. Interrupción de la formación radicular. (6,18)

(Fig. 7)

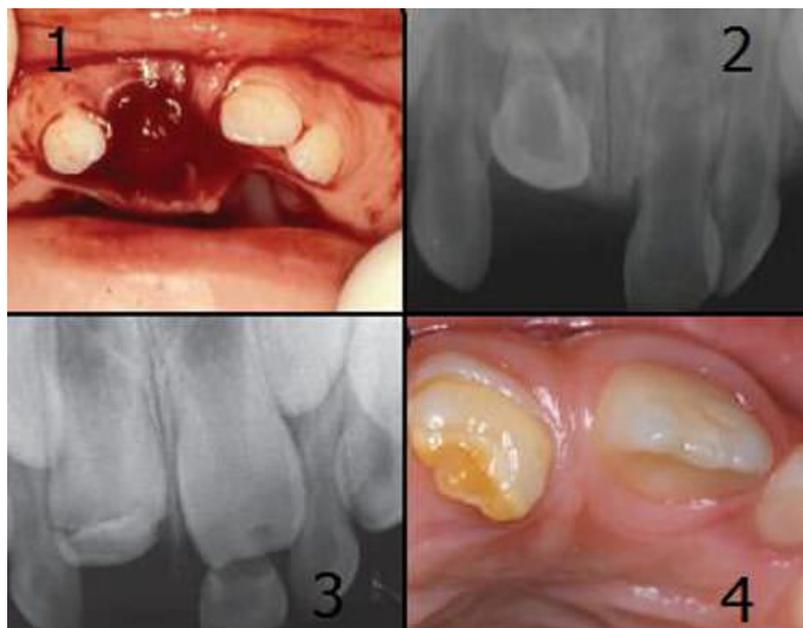


Fig.8

Representación de caso de intrusión completa del 51 en niño de 14 meses con secuelas en dentición permanente. 1 Fotografía inicial el día del traumatismo donde se percibe la severidad de la intrusión. 2 Radiografía periapical de la zona en la cual se observa el 51 acortado y en relación directa con el germen del 11. 3 Radiografía periapical de la zona 4 años posterior al traumatismo donde se evidencian alteraciones en la corona del 11 previo a su erupción. 4 Fotografía del diente permanente erupcionado años más tarde del traumatismo, se comprueban las secuelas del traumatismo: hipoplasia, dislaceración de la corona y descoloración amarillenta en el 11.

Fuente: Gómes A & cols. (2010). 18

#### **OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA LUXACIÓN INTRUSIVA EN DENTICIÓN PRIMARIA:**

- Confortar al niño y a sus representantes en la etapa aguda.
- Evitar el inducir miedo al odontólogo y ansiedad en niños jóvenes, por lo que se recomienda ser muy conservador en la elección del tratamiento a seguir y asegurar buen control de la sintomatología cuando esta se presente.
- Prevenir en lo posible la transferencia de lesiones del diente primario intruido al diente permanente en desarrollo.
- Seguir la dentición traumatizada con controles programados a fin de detectar y tratar cualquier alteración que aparezca.(6)

#### **PRONÓSTICO:**

El pronóstico de una luxación intrusiva siempre es reservado<sup>4</sup> ya que aun cuando se aplique el mejor tratamiento y se tengan los mayores cuidados post-traumáticos por lo general se producen secuelas tanto en el diente

primario si se logra mantener en la arcada como en el diente permanente sucesor.

## DISCUSIÓN:

Las lesiones traumáticas que producen intrusión de dientes primarios, son frecuentes (1) pudiendo provocar injuria sobre los gérmenes permanentes en desarrollo.<sup>25,26</sup> Esto se explica por la íntima relación que existe entre ambas denticiones siendo las descoloraciones blanquecinas o amarillo - marrones (1,10,18,22) y las alteraciones eruptivas (10,18,22) las consecuencias post-traumáticas más habituales en los dientes permanentes sucesores. Rajajee KTSS y Hema Sirisha K (2010) afirman que mientras más pequeño es el niño que sufre la intrusión de un diente primario, son más graves las secuelas inducidas al diente permanente.<sup>(1)</sup>

El tratamiento de dientes primarios intruidos hoy en día es debatido,<sup>(6)</sup> por lo que el diagnóstico es crítico ya que de él dependerá el manejo adecuado del paciente. Las opciones terapéuticas citadas en la literatura van enfocadas en la prevención de lesiones transferidas al diente permanente en desarrollo. García C y Mendoza A (2003) plantean la valoración de parámetros como el grado de intrusión del diente, dirección de la ubicación en el alvéolo, presencia de fractura alveolar grado de formación y erupción del diente al momento del traumatismo para determinar el tratamiento a seguir.<sup>(5)</sup> Se han sugerido como alternativas la reerupción espontánea con una espera máxima de 6 meses (3,5,6,7,18,19) cuando la dirección del impacto intrusivo es axial y no hay evidencia de agravio al diente permanente. Y la exodoncia cuando el diente intruido se desplaza hacia el folículo del diente permanente en desarrollo.<sup>(2,5,6,7,19)</sup> Este es el punto de mayor discusión y controversia en la literatura revisada, pero en líneas generales concuerdan en que la conducta terapéutica dependerá de la severidad y grado de intrusión por el traumatismo (20), el daño a estructuras vecinas y la evolución del caso. Estudios clínicos han revelado pocas e insignificantes diferencias entre la extracción o conservación de incisivos primarios intruidos para su reerupción espontánea, por lo que como el resultado parece idéntico, se prefieren aplicar medidas conservadoras antes que la extracción dentaria, siempre y cuando se tenga la certeza de que no exista afección en la dentición permanente<sup>6</sup> ni evidencia de procesos infecciones subsecuentes al trauma (5).

## CONCLUSIONES:

Las lesiones traumáticas en la dentición primaria son muy frecuentes, en especial en edades tempranas por lo que resulta necesario su conocimiento por parte del profesional en odontología para ofrecer una atención adecuada de la emergencia traumatológica que se le presente. Una de estas entidades es la Luxación Intrusiva la cual se produce por un impacto violento en sentido axial que afecta el estado del diente, el de sus tejidos de soporte e incluso generando injuria al germen permanente sucesor. El objetivo primordial de la atención de un paciente pediátrico con lesión intrusiva en algún diente es prevenir en la medida de lo posible daños al diente permanente así como el manejo del estado sistémico del paciente (dolor, inflamación, infección) y del estado de ansiedad de sus representantes. Aun cuando el pronóstico de toda luxación intrusiva en dentición primaria es reservado un acertado diagnóstico basado en una adecuada anamnesis, examen clínico y radiográfico permitirán aplicar un tratamiento apropiado del caso ya sea la reerupción espontánea o la exodoncia a fin de evitar o disminuir las probabilidades de consecuencias post-traumáticas tanto en el diente primario si se espera su nueva erupción o del diente permanente si se opta por la extracción.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Rajajee, KTSS; Hema, Sirisha K: (2010) Intrusion Injury of Deciduous Tooth sequeling Ectopic Eruption of a Permanent Successor. Indian Journal of Dental Advancements (IJDA), Vol. 2 (2): 767 (April-June).
2. Lorente, A; Cuadros, C; Sáez, S; Bellet, L: (2009) Intrusión de los dientes temporales. A propósito de un caso. Revista Odontológica de Especialidades, Vol. 04:01.
3. Monteverde, C; Lara, B: (2007) Luxación intrusiva de incisivos centrales superiores temporarios. Comunicación de un caso. Odous Científic, Vol. VIII (2):55-60.
4. Escobar, F: (2004) Odontología Pediátrica. Barcelona. Editorial: Amolca.

5. García, C; Mendoza, A: (2003) Traumatología Oral en Odontopediatría. Diagnóstico y Tratamiento Integral. Madrid. Editorial: Ergon.
6. Andreasen, J.O; Andreasen, F.M; Andersson, L: (2010) Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales. Cuarta Edición. Oxford, Editorial AMOLCA.
7. Boj, J.R; Catalá, M; García, C; Mendoza, A: (2005) Odontopediatría. Barcelona. Editorial: Masson.
8. Skaare, AB; Jacobsen, I: (2005) Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years). Dent Traumatol, Vol. 21(6):315-319.
9. Rodríguez, JG: (2007) Traumatic anterior dental injuries in Cuban preschool children. Dent Traumatol, Vol. 23(4):241-242.
10. Altun, C; Cehreli, ZC; Güven, G; Acikel C: (2009) Traumatic Intrusion of primary teeth and its effects on the permanent successors: a clinical follow-up study. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endod. Vol. 107(4):493-8.
11. Diab, M; ElBadrawy, H.E: (2001) Lesiones intrusivas de incisivos primarios (I). Revisión y tratamiento. Quintessence. Publicación Internacional de Odontología, Vol. XIV (5): 322-330.
12. Mendoza, A: (2004) Luxación Intrusiva. Tema XXXVI. Universidad de Sevilla - España. Obtenible en: <http://alojamientos.us.es/opediatria/ppt/Tema36.pdf>
13. Flores, M; Andersson, L; Andreasen, J; Bakland, L; Malmgren, B; Barnett, F; Bourguignon, C; DiAngelis, A; Hicks, L; Sigurdsson, A; Trope, M; Tsukiboshi, M; Von Arx, T: (2007) Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dental Traumatology, Vol. 23(2): 66-71.
14. García, C; Pérez, L; López, M: (2003) Pautas de actuación en las lesiones traumáticas que causan luxación. RCOE. Vol. 8(2): 155-166.
15. Management of traumatic injuries to the primary & permanent dentition. Primary Care, Oral health education and research at St. Barnabas Hospital. NYC. Disponible en: [http://www.toothpicks.info/exam\\_prep/module\\_9.html](http://www.toothpicks.info/exam_prep/module_9.html)
16. Holan, G; Ram, D; Fucks A: (2002) The diagnostic value of lateral extraoral radiography for intruded maxillary primary incisors. Pediatr Dent, Vol. 24:38-42.
17. Al-badri, S; Kinirons, M; Cole, B; Welbury, RR: (2002) Factors affecting resorption in traumatically intruded permanent incisors in children. Dent Traumatol, Vol. 18:73-6.
18. Gomes, A; De Angelis, L; Botazzo, A; Cunha, R: (2010) Developmental Disturbance of an Unerupted Permanent Incisor Due to Trauma to Its Predecessor. J Can Dent Assoc, 76:57.
19. Giral, T: (2009) Lesiones traumáticas en dentición primaria. Perinatol Reprod Hum, Vol. 23(2): 108-115.
20. Blanco, L; Blanco, R: (2002) Diagnóstico Clínico Diferencial entre Avulsión e Intrusión. Rev. Argentina de Med y Cirg. del Trauma, Vol. 3: 20-27.
21. Lazo, S; Lazo, G; Belloni, F; Hofer, F; Ivanov, M; Merlo, D; Pazos, F: (2006) Lesiones traumáticas dentarias. Clasificación, etiología y tratamiento. Disponible en: <http://www.red-dental.com/OT008601.HTM>
22. Innes, NP: (2009) Traumatic intrusion of primary teeth and developmental defects in successor teeth. Evid Based Dent, Vol. 10(3):70-1.
23. Diab, M; ElBadrawy, HE: (2000) Intrusion injuries of primary incisors. Part I: Review and management. Quintessence Int, Vol. 31(5):327-34.
24. García, C; Pérez, L; Castejón, I: (2003) Prevalencia y Etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE, Vol. 8(2): 131-141.
25. Kramer, PF; Zembruski, C; Ferreira, SH; Feldens, CA: (2003) Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. Dent Traumatol, Vol. 19(6):299-303.

26. Bassiouny, MA; Giannini, P; Deem, L: (2003) Permanent incisors traumatized through predecessors: sequelae and possible management. J Clin Pediatr Dent, Vol. 27(3):223-228.

Inicio

Publicaciones

Año 2012



Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría  
Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5  
Calle El Recreo Edif. Farallón, piso 9 Ofic. 191, Sabana Grande, Caracas, Venezuela  
Teléfonos: (+58-212) 762.3892 - 763.3028  
E-mail: [publicacion@ortodoncia.ws](mailto:publicacion@ortodoncia.ws)

Desarrollado por

