

LUXACIÓN INTRUSIVA DE INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES TEMPORARIOS COMUNICACION DE UN CASO

Claudia Monteverde*, Betsy Lara Gallegos**

* Odontólogo – Universidad de Carabobo

E-mail: cmonteverde@uc.edu.ve

**Odontólogo – Universidad de Carabobo

Especialista en Ortodoncia – Universidad Central de Venezuela

Departamento de Odontología del Niño y Adolescente-Universidad de Carabobo

E-mail: laragal05@yahoo.com

RESUMEN

El desplazamiento de dientes anteriores representa un desafío diagnóstico y terapéutico para el odontólogo. La impactación traumática de un incisivo primario, constituye una de las lesiones más graves que puede afectar al germen dental en desarrollo. El presente caso, describe la evolución, de una luxación intrusiva en incisivos centrales superiores temporarios; en un paciente lactante mayor (18 meses). Se efectuaron 3 controles clínicos y radiográficos en un período de 3 meses, acompañados con colutorios de clorhexidina. Durante este tiempo, hubo una reerupción significativa y progresiva de los dientes afectados, sin lesión del germen permanente. Los resultados de este caso demuestran que: los incisivos temporarios intruidos por traumatismos, pueden reerupcionar y la observación mensual es una conducta terapéutica apropiada para los casos de luxación intrusiva en dientes primarios. Sin embargo, cuando la evolución es desfavorable o existe lesión del germen permanente, el profesional deberá recurrir a otra alternativa terapéutica, para prevenir complicaciones y restablecer la salud bucal del paciente.

Palabras clave: Luxación intrusiva, traumatismo dentario, reerupción, germen dentario, lactante mayor.

ABSTRACT

The displacement of anterior teeth, represents a diagnose and therapeutic challenge for the dentist. The primary incisor intrusion, constitutes one of the most serious injuries of the developing dental germ. The present study, describes the evolution of an intrusive luxation of primary middle incisors in greater nursing patient (18 months), which consisted of the accomplishment of 3 clinical and radiographics controls in a period of 3 months. During this time, a significant and progressive reeruption of the affected teeth was observed, without injury of the permanent germ, which allows to conclude that the primary teeth as a result of traumatic injuries, can reerupt, agreeing with findings of previous studies. Therefore, it is possible to be inferred that the best clinical conduct to follow is the observation and accomplishment of monthly controls. Nevertheless, in case that by means of the clinical observation there is not a favorable evolution of the injury or exists injury of the permanent germ, the professional will have to resort more to the option of adapted treatment according to the case, with the purpose of avoiding complications and thus to fulfill having to reestablish the state of buccal health to the patient.

Key words: Intrusive luxation, dental traumatism, reeruption, dental germ.

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones dentarias tanto en la dentición temporaria como en la permanente constituyen lesiones severas que pueden involucrar la pérdida de los dientes afectados; y son producidas por impactos de gran intensidad (1).

Dentro de las luxaciones existen dos muy graves: La avulsión y la intrusión. Ambas son consideradas por la mayoría de los autores como *Emergencias Traumatólogicas* (2,4).

La luxación intrusiva de los dientes anteriores por un fuerte impacto, es de ocurrencia frecuente en niños durante los primeros tres años de vida, y se define como el desplazamiento brusco de una o varias piezas dentarias dentro del alvéolo, como consecuencia de una fuerza paralela al eje dentario.(5) (Fig.1) El desplazamiento apical, se debe a fracturas de las placas alveolares o expansión del alvéolo en su tercio apical; como resultado, el diente se coloca en una nueva posición y clínicamente puede parecer que ha sido avulsionado (1,5,6).

Según un estudio realizado por Llarena y Loyola (2) en 1984 donde se evaluaron 181 casos de

traumatismos alvéolo-dentarios, encontraron que las edades más afectadas son de 2 a 3 años y los traumatismos que presentan mayor frecuencia son las luxaciones. En este sentido, Blanco (3) afirma que la intrusión representa el 3% de las luxaciones dentarias y es una lesión grave y de pronóstico reservado.

Dependiendo del grado de desplazamiento de la pieza dentaria dentro del alvéolo, la intrusión puede ser: leve, moderada o severa y esto constituye un factor determinante para orientar el tipo de conducta terapéutica a seguir (7). (Tabla 1)

Es importante destacar, que el tratamiento de las luxaciones intrusivas va a depender de múltiples factores, entre los cuales se encuentran: la edad del paciente, el tipo de dentición, el grado de lesión de los tejidos de soporte y el grado de intrusión de la unidad dentaria. De esta manera, las opciones de tratamiento de este tipo de luxaciones incluyen: reerupción espontánea, reubicación ortodóncica, reubicación del diente en su posición original con fórceps y exodoncia. Es por esto, que todavía no existe un tratamiento ideal para este tipo de lesiones (5,8,9).

Tabla 1. Opciones de tratamiento para luxación dentaria intrusiva (primaria o permanente) de acuerdo a la cantidad de intrusión en mm. Categorías del “Royal Collage of Surgeon of England”.

Cantidad de intrusión(mm)	Opción de tratamiento
Leve < 3mm	Reerupción pasiva(observación)
Moderado 3 – 6mm	Reerupción pasiva(observación) Reposición activa(tracción inmediata)
Severo > 6mm	Extracción, reposicionamiento inmediato (reducción quirúrgica). Extracción, endodoncia inmediata, remoción del ligamento periodontal, reimplantación.

Fuente: Tomado de Kenny D.2003.⁹

Es así como Blanco (3) proponen un protocolo de tratamiento basado en el tipo de dentición, (Tabla 2) luxaciones intrusivas en dientes temporarios se consideran graves siempre que exista lesión al germen permanente, compromiso de la tabla ósea alveolar, desgarramiento de la parte media de la encía, los dientes intruidos pueden afectar el piso de las fosas nasales (8,10,11).

Tabla 2. Tipo de tratamiento para luxaciones intrusivas en dientes temporarios

LESIÓN	TRATAMIENTO
Intrusión leve	observar reerupción pasiva
Intrusión moderada	observar reerupción pasiva
Intrusión severa	realizar la exodoncia

Tomado de Blanco-Blanco 2002 (3)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, lactante mayor de 18 meses de edad, procedente de Valencia, Estado Carabobo, quien asiste a la consulta de Odontopediatría II de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por presentar traumatismo en la región facial que afecta labio y dientes superiores. La madre refiere que se debe a una caída sufrida hace aproximadamente 2 semanas.

Al examen clínico se observa laceración del labio superior, inflamación gingival anterosuperior, sangrado en relación a la unidad dentaria 51, la cual está impactada con presencia en boca solo del tercio incisal de la corona. Ausencia de la unidad dentaria 61, con presencia de exudado fibrinoso en relación a la zona alveolar de esta última (Fig.1).

Al examen radiográfico se observa intrusión de los incisivos centrales superiores temporarios. No hay signos de lesión del germen permanente en desarrollo (Fig. 1).

De acuerdo con los hallazgos clínicos y radiográficos se establece como diagnóstico: luxación intrusiva moderada de la unidad dentaria 51 y 61.

Se decidió mantener ambas unidades dentarias en observación y realizar controles clínicos y radiográficos cada 4 semanas. Además con la finalidad de controlar la placa bacteriana, que pudiera provocar una infección sobreañadida, se indicó la aplicación de colutorios de clorhexidina al 0,12% dos veces al día durante 1 minuto (11,17).

De esta manera, se realizaron en total tres controles clínicos y toma de radiografías, en un período de 3 meses de tratamiento.

Fig.1.Primer control. Examen diagnóstico. A) Luxación intrusiva moderada de UD: 51 y 61. B) Radiografía diagnóstico.



Foto tomada en Clínica Odontopediátrica II, UC. 2006

En el segundo control (4 semanas) se observó reerupción significativa de ambas unidades dentarias con presencia en boca del tercio medio de la corona del incisivo central temporario derecho y borde incisal del incisivo temporario izquierdo. También se evidenció salud de los tejidos gingivales circundantes. En la radiografía no hubo signos de lesión del germen permanente (Fig.2).

Fig.2. Segundo control. A) Aproximadamente 4 semanas posteriores al examen inicial. Reerupción significativa de ambos incisivos centrales superiores temporarios. B) Control radiográfico.

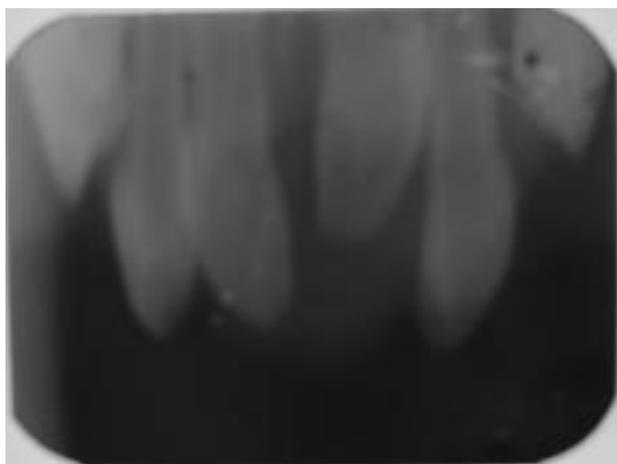


Foto tomada en clínica odontopediátrica II, UC.
2006

Aproximadamente cuatro semanas posteriores, se lleva a cabo el tercer y último control; el resultado fue una reerupción progresiva y

evidente de ambos incisivos temporarios, donde la unidad dentaria 51 dejaba ver en boca, casi la totalidad de su corona y la unidad dentaria 61 mostraba más del tercio medio de su corona clínica. La salud de los tejidos periodontales era favorable. En la radiografía no se vio signos de lesión del germen permanente, pero sí conductos amplios y pequeña zonas radiolúcida en relación a la raíz del 51, a nivel de la superficie distal externa (Fig. 3).

Fig.3. Tercer control. A) Aproximadamente 4 semanas posteriores a la 2º evaluación. Reerupción significativa y progresiva de ambos incisivos centrales superiores temporarios. B) Radiografía final.

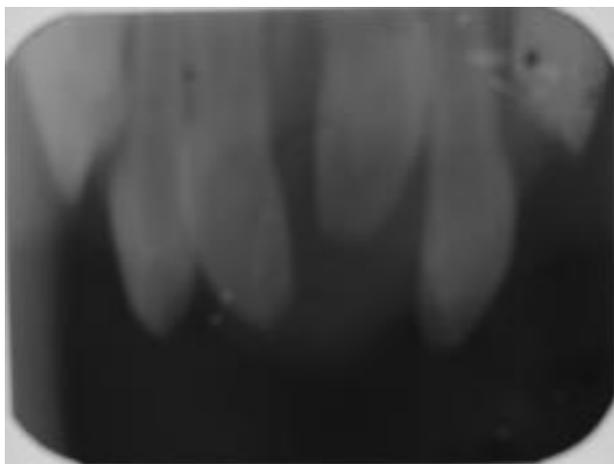


Foto tomada en clínica odontopediátrica II, UC.
2006

DISCUSIÓN

Los signos y síntomas de un traumatismo dental son complejos. En relación a los dientes temporales es bastante frecuente la ocurrencia de desplazamientos, debido a factores intrínsecos como son: calidad del hueso, el cual se caracteriza por presentar mayor número células y fibras, y a la inmadurez de los tejidos de sostén (5,12).

En la luxación intrusiva el diente es desplazado apicalmente debido a que se produce una fractura en las placas alveolares o por una expansión del alveolo en su tercio apical, lo cual coloca al diente en una nueva posición. Clínicamente parece que el diente ha sido expulsado, es decir no se ve pero en la radiografía aparece intruido (13,14).

La evolución clínica del caso presentado, en el cual se produjo una reerupción significativa y progresiva de los incisivos centrales temporales, durante los 3 meses posteriores al traumatismo coincide con estudios realizados por Blanco (3), Brink (6), Kenny (7), Piskorowski (11), Fried (12), y Veleiro (14) donde se afirma que los dientes temporales por lo general vuelven a erupcionar en un periodo de 1 a 6 meses posteriores al traumatismo, en especial si tienen formación radicular incompleta, por lo cual la reposición inmediata no es aconsejable, pues puede provocar la muerte pulpar por seccionamiento del aporte sanguíneo y además resulta muy traumático.

En relación al tipo de tratamiento los autores coinciden en la observación y la aplicación de colutorios salinos (2,5,13,15,16). En el presente caso, basados en resultados obtenidos por Schiott (17) y Lang (18), se indicó la realización de enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12%, para controlar la formación de placa y así mantener la salud de los tejidos de soporte dentario, resultando exitoso.

En un estudio realizado en 43 pacientes en edades entre 2 y 14 años de los cuales el 3% sufrió luxaciones dentarias se concluyó que la

conducta terapéutica va a depender de la gravedad de la intrusión es así como para las intrusiones leves y moderadas se espera la reerupción espontánea y para las graves, donde las piezas intruidas pueden levantar el piso de las fosas nasales o existe daño al germen permanente se debe realizar la exodoncia. Lo anteriormente expuesto coincide con el tratamiento aplicado en el presente caso (3).

CONCLUSIONES

- Los dientes temporales intruidos, como consecuencia de lesiones traumáticas, si pueden reerupcionar.
- La mejor conducta terapéutica a seguir es la observación clínica y radiográfica mediante controles mensuales. No obstante, en caso de que no exista una evolución favorable de la lesión, o se observe daño al germen permanente en desarrollo, el profesional deberá recurrir a la opción de tratamiento más adecuado según el caso.
- Se recomienda el uso de colutorios de clorhexidina al 0,12% dos veces al día, durante 3 meses posteriores al traumatismo
- Un diente temporal puede erupcionar en un periodo de 1 a 6 meses. Sin embargo, los dientes intruidos traumáticamente deben mantenerse en observación por un largo periodo de tiempo, ya que se pueden presentar complicaciones como: necrosis pulpar, reabsorción radicular y obliteración progresiva del conducto radicular, todas ellas pueden afectar al germen permanente en desarrollo.
- La gravedad de la intrusión orientará el tratamiento; para los casos de intrusión leve y moderada se espera la reerupción espontánea, para los casos graves se debe realizar la exodoncia.
- Clínicamente existe una luxación intrusiva severa cuando: las piezas intruidas levantan el piso de las fosas nasales o aparecen dentro de

la misma los ápices dentarios, existe siempre compromiso de la tabla ósea alveolar y desgarramiento de la parte media de la encía, la intrusión supera los 6mm.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García C, Mendoza A. *Traumatología Oral en Odontopediatría: Diagnóstico y Tratamiento Integral*. Editorial Majadahonda. Madrid. 2003.
2. Agell R, García J. *Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica*. Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela. 1996.
3. Blanco L, Blanco R. Diagnóstico Clínico Diferencial entre Avulsión e Intrusión. *Rev. Argentina de Med y Cirg. del Trauma*. 2002; 3: 20 –27
4. Escobar F. *Odontología Pediátrica*. Editorial Almoca. Barcelona, España. 2004. p: 278-83.
5. Andreasen J, Andreasen F. *Lesiones Dentarias Traumáticas*. Editorial Medica – Panamericana. Buenos Aires. 1990. Pp: 77-141.
6. Brink I, Fuk A. Trauma to the Primary Incisor and Its effects on the Permanent Successors. *Pediatr Dent*. 1984; 6: 78-92.
7. Kenny D, Barret E, Casas M. Avulsion and Intrusions: The controversial displacement injuries. *J Can Dent Assoc*. 2003; 69 (5): 308-309.
8. Oulis C, Vadiaskas G, Siskos G. Management of Intrusive Luxation Injuries. *Endod Dent Traumatol*. 1996; 12 (3): 113-119
9. Shapira J, Rege L. Re-eruption of Completely Intruded Immature Incisors. *Endod Dent Traumatol*. 1986; 2: 113-116.
10. Diab M, Elbadrawy H. Intrusion Injuries of primary incisors. Part II Sequelae affecting the intruded primary incisors. *Quintessence Int*. 2000; 31: 335 – 340
11. Piskorowski J. Traumatic intrusion of a tooth: a case report. <http://www.dentistrytoday.com/>.2006
12. Fried I, Erickson P. Anterior tooth trauma in the primary dentition: Incidence, classification, treatment methods and sequelae: A review of the literature. *ASDC J Dent Child*. 1995; 62: 255 -61.
13. Kenny D. Recent developments in dental traumatology. *Pediatr Dent*. 2001; 23: 464-8.
14. Veleiro C. Traumatismos Dentales en Niños y Adolescentes. http://www.ortodoncia.ws/traumatismos_dentales.asp. 2002
15. Levine N. Traumatismo de la dentición primaria. *Clin Odont Norteam*. 1983; 3: 429-46.
16. MacGregor SA. Management of injuries to deciduous incisor. *J Can Dent Assoc*. 1969; 35: 26 – 34.
17. Schiott Cr, Løe M, Jensen SB, Kilian M, Davies RM, Glavind K. The effects of Chlorhexidine Mouthrinses on the human oral flora. *J Periodont Res*. 1970; 5: 84-88
18. Lang NP, Schild U, Brägger U. Effect of chlorhexidine (0,12%) rinses on periodontal tissue healing after tooth extraction (I). Clinical parameters. *J Clin Periodontol*. 1994; 21:415–421.