

# TRAUMATISMOS DENTALES

Montero Reina A<sup>1</sup>, Aguilar Andújar A<sup>2</sup>,  
Ledesma Albarrán JM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MIR-Pediatría. Hospital Regional Universitario  
de Málaga. Málaga.

<sup>2</sup>Odontóloga. UGC Puerta Blanca. Málaga.

<sup>3</sup>Pediatra. CS Puerta Blanca. Málaga.



- Los traumatismos dentales son muy frecuentes en edades pediátricas, siendo la segunda causa de demanda odontológica urgente después de las caries.
- Dos picos de incidencia: a los 2-3 años, en dentición temporal, cuando se inicia la coordinación motora, y entre los 8-10 años. Más frecuentes en el sexo masculino.
- En el 25% ocurren en piezas dentales definitivas → alteraciones médicas, estéticas y psicoemocionales.
- Las piezas dentales más afectadas son los incisivos centrales superiores > incisivos laterales superiores > los incisivos mandibulares.

## Etiología:

<3 años → traumatismos hogar.

>3 años → traumatismos en relación con el deporte o juegos.



**Maltrato**

# Clasificación de los traumatismos dentales

Lesiones del hueso	Tejidos duros y pulpa	Tejidos periodontales	Lesiones de la encía y/o mucosa bucal
<b>No complicadas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concusión</li><li>• Subluxación</li><li>• Luxación lateral</li><li>• Luxación intrusiva</li><li>• Luxación extrusiva</li><li>• Avulsión</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laceración</li><li>• Contusión</li><li>• Abrasión</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fractura de pared alveolar</li><li>• Fractura del proceso alveolar</li><li>• Fractura maxilar o mandibular</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Infracción del esmalte</li><li>• Fractura de corona (esmalte)</li><li>• Fractura de corona (esmalte + dentina)</li><li>• Fractura corona-raíz (sin afectación pulpar)</li></ul>			
<b>Complicadas</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fractura coronal con exposición pulpar</li><li>• Fractura corono-radicular con exposición pulpar</li><li>• Fractura de raíz</li></ul>			

Fuente: elaboración propia, basada en la clasificación de Andersen.

# Fracturas no complicadas

## Infracción del esmalte

- Grieta en el esmalte que se aprecia por **transiluminación**.
- **No dolor ni sensibilidad** a la palpación.
- No precisa prueba de imagen, tratamiento ni seguimiento (salvo alteración de la sensibilidad).



## Fractura coronal (esmalte)

- Pérdida de esmalte.
- **Movilidad normal**.
- **Test de sensibilidad negativo**.
- Control clínico y radiográfico a las 6-8 semanas y al año.
- Tratamiento: reconstrucción con resinas.



## Fractura coronal no complicada

- Pérdida de esmalte y dentina.
- Movilidad normal y test de sensibilidad negativo.
- **Realizar prueba de imagen si lesión en tejido blando o ausencia de fragmento.**
- Tratamiento: reconstrucción con resinas.



## Fractura corono-radicular no complicada

- **Movilidad a la palpación**.
- **Test de sensibilidad positivo**.
- Realizar prueba de imagen para ver extensión.
- Precisa seguimiento.



# Fracturas no complicadas

## Fractura coronal

- Movilidad normal
- Sensibilidad negativa a la percusión/palpación
- Sensibilidad positiva al frío/calor/roce
- Realizar prueba de imagen si lesión en tejido blando o ausencia de fragmento



## Fractura corno-radicular complicada

- Mismos hallazgos clínicos que en fractura radicular
- Indicada prueba de imagen para valorar extensión de la fractura



## Fractura de raíz

- Puede ser horizontal, oblicua o combinación
- Movilidad del segmento coronal
- Sensibilidad a la percusión y puede haber sangrado gingival.
- Test sensibilidad pulpar negativo.
- Si fragmento coronal está desplazado habrá que reposicionar y comprobar radiológicamente.



## Fractura de la pared o proceso alveolar

- Movilidad de segmentos
- Alteraciones oclusales
- Test de sensibilidad negativo
- Realizar prueba de imagen para ver extensión



# Lesiones periodontales

Tipo de luxación	Descripción
Concusión	Apariencia normal con dolor a la mordida.
Subluxación	Diente flojo, pero no desplazado. Sangrado en encía.
Intrusión	Diente desplazado hacia la cavidad alveolar en dirección axial.
Extrusión	Diente desplazado hacia fuera de la cavidad alveolar en dirección axial.
Luxación lateral	Diente desplazado lateralmente en dirección labial o lingual.
Avulsión	Diente fuera de la cavidad alveolar.



Fuente: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-dental-injuries-in-children>

# Avulsión dentaria



Lesión grave

Pronóstico



Rápido y  
correcto  
manejo



## Tratamiento de elección: REIMPLANTACIÓN



- Dentición primaria.
- Presencia de caries o enfermedad periodontal grave.
- Ausencia de cooperación o deterioro cognitivo que requiera sedación.
- Inmunodeficiencias o enfermedades cardíacas.

## Diferenciar si se trata de una pieza dental decidua o permanente



Una vez estamos seguros que se trata de una pieza dental permanente...

1. Mantener al paciente tranquilo.
2. Recoger el diente, intentando manipularlo siempre por la zona de la corona.
3. Si está sucio, enjuagarlo con leche, solución salina o la propia saliva del paciente.
4. Alentar a reimplantar el diente en el lugar de la emergencia, proceso generalmente no doloroso.
5. Una vez colocado el diente en su lugar, el paciente deberá morder una gasa, pañuelo o servilleta para mantenerlo en su sitio.
6. Si la reimplantación en el momento de la emergencia no es posible, tendremos que colocar la pieza dental en un medio de transporte que evite la deshidratación de la raíz. En orden de preferencia será leche, HBSS (solución salina equilibrada de Hank), saliva o solución salina. Una opción sería llevar el diente en el surco bucal del paciente.
7. Acudir a un centro de urgencias y consultar a un profesional dental de inmediato.



## Anamnesis

- Mecanismo de producción
- Tiempo transcurrido

¿Cuáles son los síntomas de una lesión dental grave?

- **¿Tiene el niño dolor espontáneo en algún diente como resultado de la lesión?** Este dolor indica afectación de la pulpa o inflamación.
- **¿Alguno de los dientes muestra sensibilidad al tacto o al comer?** Tal sensibilidad indica daño en el ligamento periodontal.
- **¿Alguno de los dientes es sensible al calor o al frío?** Tal sensibilidad indica exposición o inflamación de la pulpa.
- **¿Hay algún cambio en la mordida del niño?** Este cambio indica dientes desplazados, fractura mandíbula, maxilar o alveolar. En este caso sería necesario consulta con cirugía maxilofacial.



La respuesta positiva a cualquiera de las siguientes preguntas sería criterio de derivación urgente.

## Extrabucal

- Traumatismo a nivel de la barbilla → posibilidad de fractura mandibular o del cóndilo.
- Si limitación en apertura bucal o desviación de la mandíbula → fx huesos faciales o de la mandíbula.

## Intrabucal

- Valorar laceraciones, hemorragias e inflamación a nivel de encía y mucosas.
- Dientes de aspecto rojizo → hiperemia pulpar → posibilidad de necrosis posterior.
- Alteraciones en la posición.
- Ver la movilidad del diente afecto y de los adyacentes mediante la palpación, sin olvidar la movilidad en sentido axial.
- Ver si existe o no sensibilidad a la percusión o mediante test de vitalidad pulpar tanto al diente afecto como a las piezas adyacentes y a alguno de la arcada antagonista.



- Ante dolor dental, fracturas visibles o sospechadas, luxación o decoloración tras un traumatismo → realizaremos radiografía periapical y oclusal.
- Si sospechamos fractura mandíbula → realizaremos radiografía panorámica (PANOREX u ortopantomografía) o tomografía computarizada.

## Manejo general

- Dieta blanda durante unos 10 días.
- Limitar la succión tanto como sea posible.
- Correcta higiene bucodental, evitando uso de hilo dental.
- Es necesario instruir a la familia para reconocer signos de necrosis pulpar (decoloración, absceso gingival...) o signos de infección, local o sistémica que deben ser valorados de manera urgente.

## Antibioterapia sistémica

**Amoxicilina, 40-50 mg/kg/día (máx. 500 mg/dosis).**

## ATB tópica

A nivel de raíz dental previo implantación, no se recomienda por no saber el efecto en la vascularización.



**Pacientes alérgicos**

Azitromicina 10 mg/kg/día, dosis única (máx. 500 mg) o metronidazol 30 mg/kg/día (máx. 500 mg/dosis), en 3 dosis

**Doxiciclina** es también un **antibiótico apropiado** → **NO** en pacientes menores de 12 años por el riesgo asociado de generar tinciones en los dientes permanentes.

## Profilaxis antitetánica. Actuación según tipo de herida y estado vacunal

Tipo de herida	No vacunado, <3 dosis o situación desconocida	3-4 dosis	≥5 dosis
Heridas limpias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 dosis de vacuna</li> <li>▪ Completar vacunación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 dosis de vacuna si han pasado &gt;10 años desde última dosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nada</li> </ul>
Heridas tetanígenas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 dosis de vacuna.</li> <li>▪ 1 dosis de IGT en lugar anatómico diferente.</li> <li>▪ Completar vacunación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 dosis de vacuna si han pasado &gt;5 años última dosis.</li> <li>▪ IGT en herida tetanígena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacuna no necesaria (valorar una dosis si &gt;10 años última dosis y herida tetanígena.</li> <li>▪ IGT en herida tetanígena.</li> </ul>

# Criterios de derivación urgente



- Diente permanente avulsionado, después de la reimplantación siempre que sea posible.
- Extrusión >3 mm o que interfiere con la mordida.
- Dientes luxados lateralmente que interfieren con la mordida.
- Dientes primarios intruidos.
- Dientes fracturados cuando la pulpa dental queda expuesta (sangrado del núcleo central del diente).
- Dientes permanentes fracturados (almacene los fragmentos de dientes para evitar la desecación, y así poder reinsertar).
- Sospecha de fractura radicular o alveolar dental.
- Sospecha de fractura de mandíbula.
- Si asocia lesiones de tejidos blandos, sería criterio de derivación por sospecha de restos dentales incrustados.



## Complicaciones

- Alteración de la raíz de pieza dental definitiva → hipoplasia o alteración de trayectoria
- Lesión de ligamento periodontal → necrosis y destrucción de raíz dental
- Necrosis isquémica pulpar



Los **traumatismos dentales** ocurren con mucha frecuencia en la edad pediátrica por lo que se hace imprescindible que los pediatras de Atención Primaria, sepamos diagnosticar la posible gravedad a través de la exploración, así como asesorar a las familias en la necesidad del seguimiento por el odontólogo cuando sea necesario para evitar posibles complicaciones y daños de la dentición definitiva cuando se ha producido en los primeros años de vida.

# Bibliografía

- Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. [Dent Traumatol. 2020;36\(4\):309-13.](#)
- Falgás Franco J. Traumatismos dentales. [Pediatr Integral. 2019;XXIII\(7\):322-9.](#)
- Naranjo HA. Traumatismos dentarios: un acercamiento imprescindible. [16 de Abril. 2017;56\(265\):113-8.](#)
- Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, Flores MT, O'Connell AC, Day PF, *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. [Dent Traumatol. 2020;36:314-30.](#)
- Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. [Dent Traumatol. 2020;36:331-42.](#)
- Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. [Dent Traumatol. 2020;36\(4\):343-59.](#)
- Escribano Ceruelo E, González Sánchez T, Corredor Andrés B. Infección bucodental. En: Guía\_ABE [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-bucodental>
- Calle Miguel L, Lorca García C, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (II): heridas (tratamiento, profilaxis general y antitetánica). En: Guía ABE [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(ii\):-heridas-\(tratamiento-profilaxis-general-y-antitetanica\)](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(ii):-heridas-(tratamiento-profilaxis-general-y-antitetanica))
- Keels MA; The Section on Oral Health. Management of dental trauma in a primary care setting. [Pediatrics. 2014;133\(2\):e466-e467.](#)
- McTigue DJ, Azadani E. Evaluation and management of dental injuries in children. En: UpToDate [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-dental-injuries-in-children>