

Evolución clínica de dientes permanentes traumatizados. Policlínico Taguasco. 2010-2011

Clinical evolution of permanent traumatized teeth. Polyclinic, Taguasco. 2010-2011

Ailén Damas Castellón^I, Elizabeth Gómez Pérez^I, Tamara Padrón Pérez^I, Yunelys Ramos^{II}

I Policlínico Taguasco. Municipio de Taguasco. Sancti Spíritus. Cuba.

II Policlínico Zaza del Medio. Municipio de Taguasco. Sancti Spíritus. Cuba.

REUMEN

Fundamento: el aumento progresivo de los traumatismos dentoalveolares su inestable evolución a mediano y corto plazo motivó la realización de esta investigación.

Objetivo: identificar la evolución en el tratamiento de lesiones traumáticas en dientes permanentes en pacientes que acudieron a consulta de urgencia durante el periodo comprendido de julio a diciembre del 2010 y evolucionados de agosto hasta diciembre del 2011.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal. La población de estudio que coincide con la muestra fueron 45 pacientes con traumatismo en dientes permanentes. Las variables: edad, clasificación de las lesiones traumáticas, tratamiento, periodicidad en la evolución, la evolución clínica anual de los dientes complicados y la evolución anual de forma general.

Resultados: el grupo de 8-11 mostró cifras más altas y las fracturas no complicadas de la corona fueron las más numerosas. El recubrimiento pulpar fue el tratamiento de urgencia más usado. Se encontraron signos de afección clínica en la evolución anual de algunos pacientes. Los pacientes que mantuvieron una periodicidad completa en su tratamiento evolucionaron de forma satisfactoria.

Conclusiones: los pacientes que tuvieron fracturas más complicadas presentaron signos de afección clínica y aquellos que mantuvieron una periodicidad en el tratamiento tuvieron una evolución satisfactoria.

Palabras clave: traumatismos, dientes permanentes, tratamiento, evolución

ABSTRACT

Background: the progressive increasement of dentoalveolar traumas, its unsteady evolution in middle and short term motivated the realization of this investigation.

Objective: to identify the evolution of traumatic lesions in permanent teeth in patients who came to the emergency room from July to December 2010 and evolved from August to December 2011.

Methodology: a transversal descriptive study was carried out. The study population which coincides with the sample was 45 patients with trauma in permanent teeth. The variables: age classification of traumatic lesions, treatment, evolution, yearly clinical evolution.

Results: the group 8 to 11 showed higher numbers and the non-complicated fractures of the crown were the most frequent. The pulpar covering was the most used emergency treatment. Signs of clinical affectations in the yearly evolution of some patients were found. The patients with a complete follow up of the treatment evolved satisfactorily.

Conclusions: The patients who had more complicated fractures showed signs of clinical affectations.

Keywords: traumatismos, permanent teeth, treatment, evolution

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentarios constituyen una amenaza para la conservación de los tejidos del diente^{1,2}, ellos siempre deben ser considerados como una situación de urgencia a diagnosticar y tratar de forma rápida y certera por el estomatólogo general integral³. Se ha observado que los traumatismos dentales aumentan progresivamente en los últimos años como consecuencia de cambios introducidos en el estilo de vida, considerándose la segunda causa de atención odontopediátrica, producto principalmente de accidentes automovilísticos, la actividad física de los niños y la práctica deportiva en edades tempranas; las estadísticas en cuanto a incidencia y prevalencia revelan cifras considerablemente significativas⁴, se ha llegado a considerar como un problema de salud pública global valores entre 17 % y 35 %^{5,6}.

Prevenir es la labor principal y más importante, ante el hecho consumado de un traumatismo por leve que pueda parecer la lesión, se impone acudir de inmediato al estomatólogo para recibir la debida valoración y el tratamiento adecuado. No se debe olvidar que dejar para después pudiera convertirse en un suceso fatal para la vida del diente⁷.

No pocos estomatólogos se mantienen escépticos con relación al tratamiento y el pronóstico de los dientes traumatizados y no se le da la importancia suficiente a la terapia de urgencia y a la evolución de estas lesiones. Sería conveniente estudiar con objetividad los requisitos necesarios para lograr resultados exitosos, que proporcionen confianza en los tratamientos y explorar sobre los efectos a mediano y largo plazo de esta terapia con el fin de evitar e interceptar las complicaciones por lo que se trazó como objetivo identificar la evolución en el tratamiento de lesiones traumáticas en dientes permanentes en pacientes que acudieron a consulta de urgencia durante el periodo comprendido de julio a diciembre del 2010 y evolucionados de agosto hasta diciembre del 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio estomatológico del policlínico de Taguasco en pacientes que acudieron a consulta de urgencia durante el período comprendido de julio del 2010 a diciembre de ese mismo año y posteriormente examinados de agosto del 2011 hasta el mes de diciembre. La población de estudio fueron 45 pacientes que coincide con la muestra.

Como criterio de inclusión se consideró a los pacientes con lesiones traumáticas en dientes permanentes en los tejidos duros y periodontales que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes con enfermedades periodontales crónicas.

Se analizaron variables como: edad, clasificación de la lesión traumática de dientes permanentes, dientes traumatizados, tratamiento postraumático de urgencia, tratamiento de urgencia oportuno y tardío, periodicidad en la evolución, evolución clínico anual, dientes complicados, complicaciones post tratamiento, evolución anual satisfactoria y evolución anual no satisfactoria.

La información se obtuvo en dos etapas; en la primera se utilizó como fuente de información un documento de recogida de datos que se confeccionó para la investigación (Anexo1). En una segunda etapa, los pacientes fueron citados a la consulta para realizar la evolución clínica.

En todos los casos los pacientes se examinaron sentados en posición correcta en el sillón, para la observación y determinación de la movilidad. Se valoró la vitalidad pulpar con procedimientos térmicos, se realizó la percusión; corroborando de esta manera signos clínicos de afección o evolución clínica satisfactoria. Para recoger estos datos se confeccionó una guía de observación clínica (Anexo2).

Se valoró el estado de los tejidos periodontales clínica y radiográficamente con el asesoramiento de la especialista en parodoncia, para excluir todo paciente con enfermedad periodontal crónica, lo que garantizó que las complicaciones analizadas estuvieran relacionadas únicamente con la lesión traumática y su terapia.

RESULTADOS

Las edades más representadas fueron de 8- 11 con el 60,3 % seguido del grupo 12-15 con el 33,3 %. Hubo predominio del sexo masculino con el 73,3 % (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo. Policlínico Taguasco. 2010-2011.

Edad	Sexo				Total	
	F		M			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
8-11	7	15,6	20	44,4	27	60,0
12-15	5	11,1	10	22,2	15	33,3
16-19	0	0	3	6,7	3	6,7
Total	12	26,7	33	73,3	45	100

Fuente: modelo de recolección de datos

Las fracturas más numerosas fueron las no complicadas de corona con un 45,9 % seguido de las combinaciones y las fracturas complicadas de la corona para un 18 % y 9,8 % respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación de dientes traumatizados. Policlínico Taguasco. 2010-2011.

Clasificación de la lesión	Fr	%
Fractura no complicada de la corona	28	45,9
Fractura complicada de la corona	6	9,8
Fractura radicular del tercio medio	1	1,6
Fractura radicular del tercio apical	1	1,6
Concusión	3	4,9
Subluxación	4	6,6
Luxación lateral	1	1,6
Luxación intrusiva	3	4,9
Luxación extrusiva	0	0
Avulsión	3	4,9
Combinaciones	11	18,0
Total	61	100

Fuente: modelo de recolección de datos

Se observó que en el tratamiento de urgencia predominó el recubrimiento pulpar en un 63,9 %, ya que fue aplicado en casi la totalidad de las fracturas de coronas; seguido del alivio de la oclusión hecho en las concusiones, subluxaciones y en las lesiones combinadas para un 13,1 %. La ferulización utilizada en las fracturas radiculares y en las lesiones combinadas fue de un 8,1 %. (Tabla 3)

Tabla 3. Dientes según clasificación de la lesión y tratamiento de urgencia impuesto. Policlínico Taguasco. 2010-2011.

Clasificación de la lesión	Tratamiento											
	Recubrimiento pulpar		Alivio de oclusión		Pulpectomía		Ferulización		Reposición quirúrgica y ferulización		Ninguno	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Fractura no complicada de la corona	28	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fractura complicada de la corona	4	66,7	0	0	2	33,3	0	0	0	0	0	0
Fractura radicular del tercio medio	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
Fractura radicular del tercio apical	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
Concusión	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Subluxación	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Luxación lateral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Luxación intrusiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
Avulsión	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0
Combinaciones	7	63,6	1	9,1	0	0	3	27,3	0	0	0	0
Total	39	63,9	8	13,1	3	4,9	5	8,2	3	4,9	4	6,6

Fuente: modelo de recolección de datos, guía de observación.

Los resultados de la evolución clínico anual según clasificación de la lesión se observan en la (Tabla 4) donde 53 dientes resultaron satisfactorios (86,8 %) y 8 presentaron signos de afección (13,1 %).

Tabla 4. Dientes según clasificación de la lesión y evolución clínica anual. Policlínico Taguasco. 2010-2011.

Clasificación de la lesión	Evolución clínica			
	Signos de afección		Satisfactoria	
	Fr	%	Fr	%
Fractura no complicada de la corona	1	3,6	27	96,4
Fractura complicada de la corona	1	16,7	5	83,3
Fractura radicular del tercio medio	0	0	1	100
Fractura radicular del tercio apical	0	0	1	100
Concusión	0	0	3	100
Subluxación	0	0	4	100
Luxación lateral	1	100	0	0
Luxación intrusiva	0	0	3	100
Avulsión	2	66,7	1	33,3
Combinaciones	3	27,3	8	72,7
Total	8	13,1	53	86,9

Fuente: modelos de recolección de datos, guía de observación.

Predominó el tratamiento de urgencia tardío en un 62,5 %.(Tabla 5)

Tabla 5. Dientes complicados según clasificación de la lesión y oportunidad en el tratamiento.
Policlínico Taguasco. 2010-2011.

Clasificación de la lesión	Tratamiento de urgencia			
	Oportuno		Tardío	
	Fr	%	Fr	%
Fractura no complicada de la corona	0	0	1	100
Fractura complicada de la corona	0	0	1	100
Luxación lateral	0	0	1	100
Avulsión	1	50	1	50
Combinaciones	2	66,7	1	33,3
Total	3	37,5	5	62,5

Fuente: modelo de recolección de datos, guía de observación

Hubo un predominio de la evolución satisfactoria en un 82,2%.(Tabla 6)

Tabla 6: Pacientes según periodicidad y evolución anual. Policlínico Taguasco. 2010-2011.

Periodicidad	Evolución			
	Satisfactoria		No satisfactoria	
	Fr	%	Fr	%
Completa	25	100	0	0
Incompleta	8	57,1	6	42,9
Ninguna	4	66,7	2	33,3
Total	37	82,2	8	17,8

Fuente: modelo de recolección de datos, guía de observación

DISCUSIÓN

La mayor afectación de traumas fue en el sexo masculino como en la mayoría de los estudios consultados⁸, la situación de la diferencia entre sexos, se explica por el hecho de que en el rango de edades analizadas, los varones son más propensos a realizar actividades sociales que implican mayor peligrosidad física, como la práctica de deportes y juegos donde se exponen más los componentes físicos que psicológicos. Otro factor condicionante son los tabúes o estilos de comportamientos sociales que tienden a proteger a la mujer de las actividades que requieren mayor esfuerzo físico y riesgo⁹⁻¹¹.

Se registró un mayor porcentaje de la fractura no complicada de la corona, que predominó entre todos los tipos de traumas dentarios, lo cual coincide con lo estudios similares^{12,13}.

Los resultados obtenidos en esta investigación, en los dientes complicados predominó el tratamiento tardío coincide con la afirmación de que las lesiones dentales traumáticas deben tratarse siempre con carácter de urgencia, una vez producido el golpe se debe acudir de inmediato a la consulta estomatológica porque un diagnóstico correcto y una adecuada actitud terapéutica son fundamentales no sólo desde el punto de vista de la viabilidad del diente, sino también por la repercusión biológica, funcional, estética y psicológica que produce la pérdida de un diente o parte de él.⁶

Las Guías Prácticas Clínicas ante traumatismos dentarios y faciales abogan por un tiempo extralveolar menor de 24 horas de ocurrida la exarticulación¹. Otros opinan, que el diente avulsionado debe ser reemplazado en los 60 minutos siguientes a la expulsión del diente, pasado este tiempo algunas células experimentarán necrosis y comenzará la reabsorción⁶. Este estudio decidió como oportuno el tratamiento impuesto dentro de las dos horas de ocurrido el traumatismo a diferencia de lo planteado en este sentido¹¹, quien sugiere que el tiempo máximo ideal en que puede mantenerse un diente caído de la boca antes de su recolocación con éxito es menos de 30 minutos.

Se coincide con investigaciones donde se plantean la necesidad de la observación periódica para interceptar cualquier complicación post traumatismo⁶. De los 61 dientes traumatizados, solo 8 tuvieron una evolución no satisfactoria, que corresponde en la mayoría a las lesiones de más envergadura, sobre todo en las que estuvo comprometida la inserción diente- tejidos de sostén. Además no tuvieron una evolución completa del tratamiento, lo que constata que la lesión en sí, tiene gran responsabilidad en las complicaciones, pero también la actitud terapéutica frente al traumatismo y la observación a mediano y largo plazo largo; pues una inadvertida reabsorción radicular o un silencioso proceso periapical pueden perjudicar no solamente el diente objeto del traumatismo sino también involucrar las estructuras adyacentes.

CONCLUSIONES

Los pacientes que tuvieron fracturas más complicadas presentaron signos de afección clínica y aquellos que mantuvieron una periodicidad en el tratamiento tuvieron una evolución satisfactoria.

REFERENCIAS

1. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guía Práctica de Estomatología. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.128-140.
2. Gózales Fortes B, Mursulí Sosa M, Cruz Milián MC, Rodríguez Bello H. Traumatismo dental. Enfoque bioético. Gac Méd Espir. 2007; 9(1) .Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%281%29_19/p19.html
3. Martínez V. Armonía de rostro igual a salud. 2008 [citado 2009 feb]. Disponible en: <http://www.mundogar.com/ideas/reportajes/asp?ID=12942&menID=1294>
4. García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE. 2003 Mar-abr; 8(2):131-141. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2003000200002>
5. Basso ML . Factores de riesgo en los traumatismos dentarios de niños y adolescentes. Claves odontol.2000;6(40). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=268011&indexSearch=ID>
6. Casals González Y, Montero del Castillo ME, González Naya G. Prevalencia de secuelas de traumatismos en dientes temporales en niños institucionalizados del municipio Playa. Rev Cubana Estomatol. 2011;28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000100004&script=sci_arttext
7. Gallego Rodríguez J, Martínez Jacobo R. Traumatismos dentales en niños de 12 a 14 años en el municipio San José de las Lajas. Rev Cubana Estomatol. 2004; 41(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200002
8. García Pérez N, Legañoa Alonso J, Alonso Montes de Oca C, Montalvo Céspedes N. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños y adolescentes. AMC. 2009; 14(1).Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc051410.pdf>

9. Rodríguez Soto A, Pérez Cordero Y, Fernández Collazo ME, Vila Morales D, Cuevillas Guerra G. Traumas dentoalveolares relacionados con maloclusiones en menores de 15 años. Rev. Cubana Estomatol.2011;48(3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=soo34-7507211000300006&lng=es
10. Sánchez Cabrales E, Vila Morales D, Felipe Garmendia AM, Serra Ortega A, Torres Gómez de Cádiz A. Tumor odontógeno adenomatoide en región mandibular. Estudio clínico-patológico. Rev Cubana Estomatol. 2010 Oct-dic;47(4).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400007&script=sci_arttext
11. Vila Morales D, Sánchez Cabrales E. Fascitis nodular en región facial en edades pediátricas. Rev Cubana Estomatol. 2009 Jul-sep; 46(3):78-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300009&lng=es
12. Pérez Cordero Y, Fernández Collazo ME, Rodríguez Soto A, Vila Morales D. Influencia del sobrepase y la incompetencia bilabial como factores predisponentes de traumatismos dentoalveolares. Rev Cubana Estomatol. 2011; 48(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507211000400007&lng=es
13. Jamides Herrera Y, Romero Zaldívar E, Pérez Cedrón R, López Hernández P. Evaluación a corto plazo de dientes traumatizados después de la aplicación de tratamientos. AMC. 2010; 14(6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc100610.pdf>

ANEXO 1. MODELO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: ____ Sexo: ____ Fecha del trauma: _____

Diente traumatizado: _____ Tiempo transcurrido en recibir atención: ____

Tipo de lesión:

- Fractura no complicada de la corona _____
- Fractura complicada de la corona _____

- Fractura radicular_____
- Concusión _____
- Subluxación _____
- Luxación lateral_____
- Luxación intrusiva_____
- Luxación extrusiva _____
- Avulsión _____
- Fractura de corona con luxación _____

Tratamiento inmediato impuesto:

- Recubrimiento pulpar_____
- Pulpectomía _____
- Alivio de oclusión _____
- Reimplante dentario_____
- Reposición quirúrgica mediante ferulización_____
- Otros _____

Tratamiento mediato:

- Endodóntico _____
- Movimiento ortodóncico de egresión_____
- Movimiento ortodóncico de ingresión_____
- Ninguno _____

Frecuencia en el tratamiento

	Días de tratamiento					
	1er mes	2do mes	3er mes	6to mes	9no mes	12mo mes
Asistencia						

ANEXO 2. GUÍA DE OBSERVACIÓN CLÍNICO RADIOGRÁFICA

Signos	12mo mes
Desplazamiento dentario	
Cambio de coloración	
Fístula	
Movilidad	
No respuesta térmica o eléctrica de vitalidad	
Ausencia dentaria	

Recibido: 23/10/2012
Aprobado: 29/04/2013

Ailén Damas Castellón. Especialista de 1er grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas. Policlínico Taguasco. Municipio de Taguasco. Sancti Spíritus. Cuba. ailen.damas@ssp.sld.cu