

# Alteración de los dientes en desarrollo a consecuencia de traumatismos

López Nicolás M., García Ballesta C., Cabrerizo Merino M. C., Romeo García A.

## Summary

The piece of work we are dealing with, carries out an actual revision of a subject that is always present in the daily clinical task, the traumatismos in the temporal dentition and long term repercussion on the developing dentition.

We show some clinical cases of patients that, very young, suffered a traumatism with effects on the above temporal dentition. Those people come later on asking for a clinical solution too the deformation of the permanent teeth.

Key words: Traumatic dental injuries, developing dentition.

## Resumen

El presente trabajo realiza una revisión actual de un tema siempre presente en el quehacer clínico diario, los traumatismos que recaen sobre dentición temporal y su repercusión a largo plazo sobre la dentición en desarrollo.

Presentamos algunos casos clínicos de pacientes que sufrieron a muy corta edad un traumatismo con afectación de la dentición temporal anterior, y que más tarde acuden buscando solución clínica a la gran deformación de los dientes permanentes.

Palabras claves: Traumatismos dentarios, dentición en desarrollo.

## Introducción

Los traumatismos dentarios acontecidos cuando el individuo se encuentra en período de dentición temporal son cada vez más frecuentes y llamativos, tanto por las lesiones inmediatas al accidente así como por las posteriores consecuencias que pueden desprenderse del mismo.

Debido al ritmo de vida en que nos desenvolvemos, muchas de estas situaciones pueden terminar en procesos judiciales que nos obliguen a ser extremadamente precisos a la hora de realizar una correcta peritación de las posibles complicaciones.

Se calcula una frecuencia del 30% para los niños que han sufrido un traumatismo en la dentición temporal (1), aunque pensamos que este porcentaje es mucho mayor, pues muchos de estos traumatismos no requieren atención clínica y normalmente suelen ser olvidados por los padres.

La mayor frecuencia de ellos se encuentra entre los 3 y 6 años de edad (2), y están producidos principalmente por golpes recibidos con los juguetes, caídas desde la cama, caídas en el parque, etc., que pueden lesionar un mecanismo directo (dientes temporales anteriores) y menos frecuentemente por un mecanismo indirecto, al producirse el cierre violento de ambas arcadas (región posterior).

Como factor local predisponente destaca fundamentalmente la presencia en el niño de una protusión del grupo anterior y la falta de sellado labial (3), situación que aumenta mucho la frecuencia de estos traumatismos, sobre todo a partir del primer año de vida, en donde el niño comienza a andar y se relaciona más activamente con el medio que le rodea.

No debemos olvidar la cada vez más frecuente y trágica situación del niño maltratado, en donde más del 50% presentan lesiones faciales que pueden dañar la dentición temporal (4).

Debido a la estrecha relación que existe entre la dentición temporal y los gérmenes de la dentición permanente, que adopta una situación de íntimo contacto por lingual respecto al ápice del diente temporal (en el grupo anterior) (5), como puede apreciarse en la figura 1, resulta obvio



Fig. 1: Sección, sagital de una cabeza de caballo, en donde se aprecia la íntima relación que aparece entre el diente temporal y el germen del permanente

remarcar la importancia de los traumatismos en la primera infancia como génesis de lesiones y deformaciones en los dientes permanentes. La corona del incisivo permanente está separada de la raíz del temporal solamente por una capa delgada de tejido blando (6) y si tenemos en cuenta que la lesión más común en la dentición temporal es la intrusión (7) y la exarticulación, capaces de desencadenar una reacción inflamatoria que recae directamente sobre el germen del diente permanente y hace de estas circunstancias las principales desencadenantes de malformaciones posteriores (8).

De entre todas las malformaciones destacamos como más frecuentes las que cursan con algún tipo de hipoplasia del esmalte en dientes anteriores, considerando que el 10% de las presentes clínicamente se deben a algún traumatismo en la dentición temporal (9).

El objetivo perseguido en este trabajo es el de presentar al profesional algunos casos clínicos que por su especial

trascendencia creemos relevante mostrar, haciendo incapié en las complicaciones aparecidas con posterioridad a un traumatismo y que en su momento no fueron previstas.

### Casos clínicos

Exponemos dos casos clínicos que acudieron solicitando una solución a la deformación que presentaban en la dentición permanente. Estos niños tienen en común dos características fundamentales, una gran deformación que afecta a un incisivo y antecedente probado de un traumatismo sobre la dentición temporal en su primera infancia.

#### CASO 1:

Niño de 9 años de edad que acude por presentar una decoloración amarillenta en el centro de la cara vestibular del incisivo central superior derecho (fig. 2).



Fig. 2: Incisivo central superior derecho con una zona central de decoloración pardo-amarillenta de 4 mm.

Se trata de una zona circular de hipoplasia del esmalte de color pardo y con un diámetro de 4 mm., que parece realizado con un sacabocado.

Durante la exploración solo encontraremos alteración destacable en esa pieza, siendo el resto completamente normal. Destacamos que este niño sufrió un fuerte traumatismo, por una caída al suelo, a la edad de 2 años y que precisó la extracción del incisivo temporal por un gran hematoma secundario a la intrusión de la pieza temporal.

En el estudio radiográfico (fig.3) apreciamos, solo en esa pieza, una imagen radiolúcida en el centro de la corona del diente, lo que traduce una falta de mineralización en dicha zona. Basándonos en la clasificación propuesta por J.O. Andreasen en 1.984, se trata de una hipoplasia circular del esmalte debido a un daño localizado de estos ame-

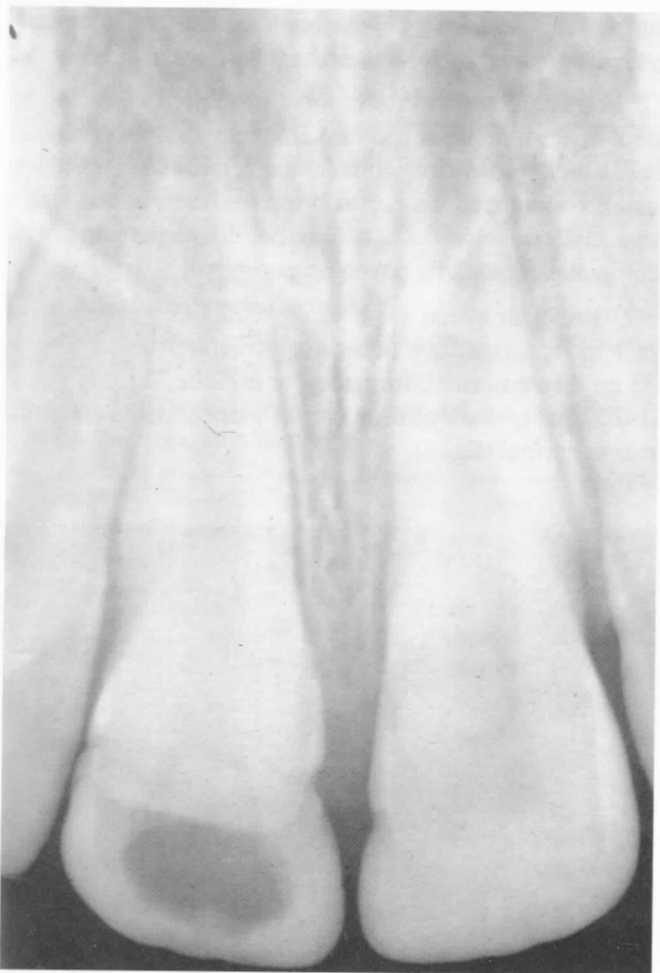


Fig. 3: Radiografía periapical en donde se aprecia una zona central radiolúcida que corresponde con la hipoplasia circular del esmalte que presenta.

loblastos en formación y que fue producido por el desplazamiento traumático del incisivo temporal. Además también puede apreciarse una ligera dislaceración de la corona, debido a que el traumatismo produjo la desviación no axial del tejido duro ya formado.

Entendemos que este caso es una buena muestra de la relación causa-efecto existente entre un traumatismo en la dentición temporal y las consecuencias posteriores que pueden aparecer en la dentición definitiva.

La solución terapéutica se realizó por medio de una restauración con resina compuesta convencional.

#### CASO 2:

Paciente de 9 años de edad que acude por retraso en la erupción del 22 (fig. 4).

En la anamnesis destacamos que sufrió un traumatismo



Fig. 4: Malposición y retraso en la erupción del 22. Se aprecia un abultamiento en su proximidad.

a la edad de 15 meses con gran afectación de la dentición temporal y hueso maxilar, dejando secuelas en partes blandas, como la evidente deformación del labio superior que presenta (fig. 5).

Al realizar la exploración radiográfica, nos llama la atención la gran prominencia que con densidad similar a esmalte presenta a nivel de la corona del 22, así como la trasposición de lugar que aparece respecto al canino de ese lado (fig. 6) que se encuentra en la zona del incisivo lateral. Debido a que esta trasposición solo aparece en el lado del traumatismo, pensamos que está directamente relacionado con este suceso. Como solución terapéutica y diagnóstica procedimos a realizar una gingivectomía, lo que permitió visualizar la prominencia en toda su extensión (fig. 7), decidiendo realizar la extirpación de la misma. Después de realizar la oportuna protección denti-

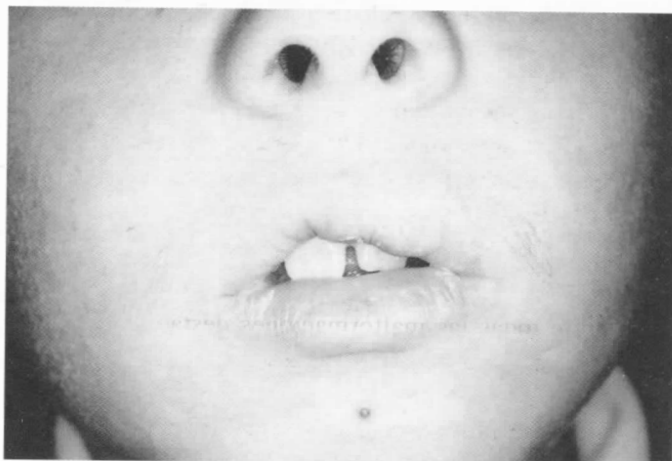


Fig. 5: Deformación del labio superior a consecuencia de un traumatismo a la edad de 15 meses, que afectó a la dentición en desarrollo.



Fig. 6: Radiografía intraoral que muestra la prominencia a nivel del 22, así como la trasposición de lugar entre el incisivo lateral y el canino



Fig. 7: Tras realizar una gingivectomía se aprecia esta prominencia en toda su extensión.

no-pulpar se colocó una obturación de material compuesto y se programó para la reposición ortodóncica.

Entendemos que este caso se produjo a consecuencia de la intrusión que sufrió el diente temporal y las lesiones óseas localizadas en la zona, que afectaron al proceso normal de odontogénesis en sus primeras fases, dando lugar a esta malformación de la corona del diente permanente así como al cambio de la trayectoria eruptiva.

Al realizar el estudio histiológico de esta prominencia, podemos apreciar que tiene una estructura similar a la que de un diente normal, formado por esmalte, dentina y cavidad pulpar que adoptan un patrón y distribución completamente normal (fig. 8).

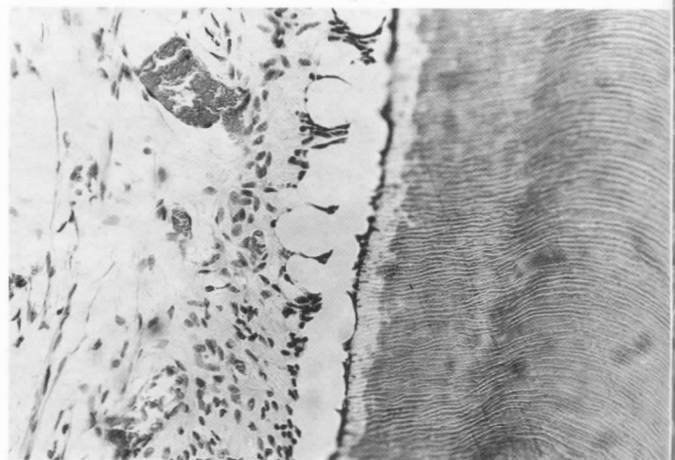


Fig. 8: Corte de dicha prominencia desmineralizado, donde apreciamos una estructura similar a un diente normal, aunque de tamaño muy reducido (HE)

### Discusión y conclusiones

Tras ver algunas de las lesiones que pueden ocurrir con los traumatismos surgidos a muy corta edad, entendemos que debemos prestar una especial atención a estos casos, no solo en el momento del accidente sino actuando con gran cautela en el seguimiento posterior, informando y asesorando de las posibles complicaciones.

Creemos necesario realizar una adecuada prevención de los mismos, para lo que proponemos:

- Disminuir los factores predisponentes descritos, procurando realizar una corrección ortodóncica precoz de las maloclusiones existentes.

- Divulgación en medio escolar, intentando educar al niño para que se aleje de determinadas situaciones de peligro (columpios en movimiento, etc.) y sensibilizando a los profesores al respecto.

- Hacer un estudio detallado de la posible afectación del germen del diente permanente, con un exhaustivo seguimiento, procurando que no aparezcan infecciones posteriores, así como evitando los tratamientos intespectivos que puedan impactar más al diente temporal.

Dr. M. López Nicolás, Dr. C. García Ballesta y Dr. M.C. Cabrerizo Merino: profesores de la Escuela de Estomatología de Murcia; Dr. A. Romeo García: profesor Facultad Odontología. Barcelona.

Correspondencia: Escuela de Estomatología de Murcia. C/ Luis Fontes Pagán, s/n. Murcia.

2. ANDREASES, J.O. y RAVN, J.J., Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. *J. Oral Surg.* 1, 235-239, 1.972.
3. FERGUSON, F.S. y RIPA, L.W., Incidente and traumatic injuries to the anterior teeth of preschool children. *I.A.D.R. Abstracts* nº 401.1.979.
4. SCHWARTZ, S.M. Forensic dentistry, en WILLIAM, J.C. et al. *Modern Legal medicine, psychiatry and forensic science.* Davis Company, Philadelphia 1.982.
5. MJÖR, I.A. y FEJERSKOV, O. Embriología e histología oral humana. Salvat, Barcelona 1.989.
6. ANDREASEN, J.O. The influence of traumatic intrusion of primary teth in their permanent successors. A radiographic and histologic study in monkeys. *Int j. Oral Surg.* 5:207-219. 1.976.
7. BOMIS, M. Lesiones traumáticas en BARBER, T.K. y LUKE, L.S. *Odontología pediátrica, Manuel Moderno, México* 1.985.
8. ANDREASEN, J.O. y ANDREASEN, F.M., Lesiones dentarias traumáticas. Editoria Médica Panamericana, S.A. Madrid 1.990.
9. ANDREASEN, J.O. y RAVN, J.J. Enamel changes in permanent teeth after trauma to their primary predecessors. *Scand. J. Dent. Rev.* 81:203-209. 1.973.

**Bibliografía**

1. ANDREASEN, J.O., Lesiones traumáticas de los dientes. Editorial Labor, S.A., Barcelona 1.984.

La Sociedad Española de Odontopediatría, coincidiendo con la aparición de la revista de la Sociedad "ODONTOLOGIA PEDIATRICA", ha querido celebrarlo con la edición de una Placa, en la que le identificará como miembro de la Sociedad, así como portador de las medidas terapéuticas más cualificadas para el tratamiento de los niños.

Descubra su compromiso con la Excelencia, mostrando en su clínica esta Placa, personalizada, de 15 por 25 cms., de cobre, imprimida por vaciado sobre madera de nogal, con el anagrama esmaltado de la S.E.O.P.

Nombre ..... D.N.I. o C.I.F. ....

Apellidos .....

Dirección .....

Ciudad ..... Código ..... Telf.: .....

Envíeme ..... Placas (Precio por unidad 15.000 pesetas).

Por favor indíquenos aquí, el nombre y el trato que quiere que figure en su Placa .....

Es un requisito indispensable que acompañe talón nominativo a nombre de la Sociedad Española de Odontopediatría para poder cursar su encargo.

Enviar a: SECRETARIA TECNICA DE LA S.E.O.P.  
 Iparraguirre, 34-3º  
 48011 BILBAO