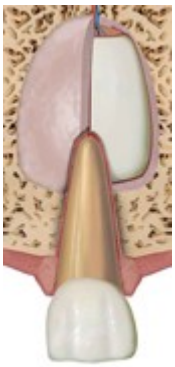
ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE TRAUMATOLOGIA EN DENTICION PRIMARIA – 2011

CONCUSION.-



Traumatismo en las estructuras de soporte del diente sin incremento de la movilidad o desplazamiento del diente pero con dolor a la percusión aunque sin sangrado gingival.

Descripción	Traumatismo en las estructuras de soporte del diente sin incremento de la movilidad o desplazamiento del diente pero con dolor a la percusión aunque sin sangrado gingival. Los signos diagnósticos de concusión son transitorios por lo que no es posible diagnosticar la concusión si el examen clínico se hace varios días después del traumatismo.
Signos visuales	Sin desplazamiento.
Test de percusión	Sensible al tacto o al golpeteo.
Test de movilidad	No existe incremento de la movilidad.
Test de sensibilidad pulpar	No fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	No anormalidades radiográficas. Espacio periodontal normal.
RX recomendadas	Se recomienda una RX oclusal para descartar posibles desplazamientos o la presencia de una fractura radicular. La radiografía puede ser usada, más adelante, como referencia en caso de futuras complicaciones.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- No hay necesidad de tratamiento.

TRATAMIENTO

- No se necesita tratamiento, solo observación.

INTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda durante 1 semana.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios.

- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

- Control clínico a la semana y a las 6 u 8 semanas.

SUBLUXACION.-

Traumatismo en las estructuras de soporte del diente con incremento de la movilidad y dolor a la percusión aunque sin desplazamiento del diente. Al poco del accidente, se aprecia sangrado en el sulcus gingival.

Descripción	Traumatismo en las estructuras de soporte del diente con incremento de la movilidad y dolor a la percusión aunque sin desplazamiento del diente. Si se observa al niño al poco del accidente, se aprecia sangrado en el *sulcus* gingival. Los signos diagnósticos de subluxación son pasajeros; por tanto, no es posible diagnosticar una subluxación si el examen clínico se hace días después del accidente.
Signos visuales	Sin desplazamiento.
Test de percusión	Sensible al tacto o al golpeteo.
Test de movilidad	Incremento de movilidad.

Test de sensibilidad pulpar	No fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	Espacio periodontal normal.
RX recomendadas	Se recomienda una RX oclusal para descartar posibles desplazamientos o la presencia de una fractura radicular. La radiografía puede ser usada, más adelante, como referencia en caso de futuras complicaciones.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- No hay necesidad de tratamiento.

TRATAMIENTO

- No se necesita tratamiento, solo observación.

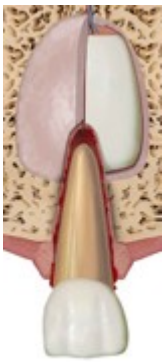
INTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda durante 1 semana.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios.
- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

- Control clínico a la semana y a las 6 u 8 semanas.

EXTRUSION.-



Desplazamiento parcial del diente dentro de su alveolo.

Además del desplazamiento axial el diente, generalmente, tendrá cierta orientación protrusiva o retrusiva.

Descripción	Desplazamiento parcial del diente dentro de su alveolo. Traumatismo dentario caracterizado por una separación, total o parcial, del ligamento periodontal con resultado de que el diente se afloja y se desplaza. El alveolo dentario permanece intacto en un caso de extrusión en contraposición a lo que ocurre en un caso de luxación lateral. Además del desplazamiento axial, el diente suele presentar un componente de protrusión o retrusión. En casos con severa extrusión el componente de retrusión/protrusión puede ser muy pronunciado, pudiendo ser, en muchos casos, más pronunciado que el componente extrusivo.
Signos visuales	El diente se aprecia alongado.
Test de percusión	Sensibilidad a la percusión.
Test de movilidad	Excesivamente móvil.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	El ligamento periodontal presenta incremento del espacio apical.
RX recomendadas	Se recomienda una RX oclusal para evaluar el grado de desplazamiento y descartar la presencia de una fractura radicular. La radiografía puede ser usada, más adelante, como referencia en caso de futuras complicaciones.

TRATAMIENTO

La elección del tratamiento debe basarse en el grado de desplazamiento, movilidad, formación radicular y la capacidad del niño de hacer frente a la situación de emergencia.

Ante extrusiones menores (< 3mm) en un diente en desarrollo, tanto la reposición cuidadosa del diente como dejar que el diente se realinee de forma espontánea.

La extracción es el tratamiento de elección en casos de extrusión severa en un diente temporal completamente formado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda durante 1 semana.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios.

- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

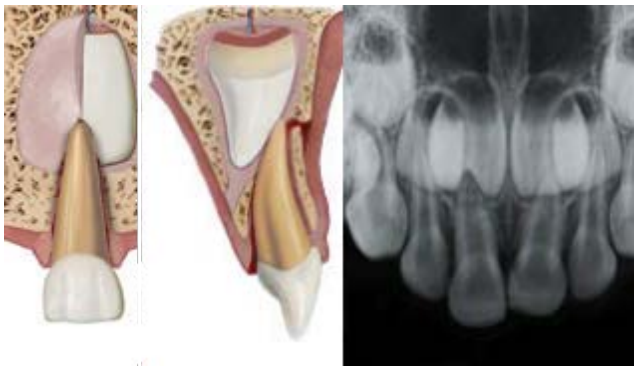
- Control clínico después de 2-3 semanas. Control clínico y radiográfico a las 6-8 semanas, 6 meses y un año.

LUXACIÓN LATERAL

Desplazamiento del diente en otro plano diferente al axial. El desplazamiento se acompaña de fractura de la sección vestibular o de la sección palatina/lingual del hueso alveolar.

NO COLISIÓN CON EL GERMEN DEL DIENTE PERMANENTE

COLISIÓN CON EL GERMEN DEL DIENTE PERMANENTE



Descripción	Desplazamiento del diente en otro plano diferente al axial. El desplazamiento se acompaña de fractura de la sección vestibular o de la sección palatina/lingual del hueso alveolar. La luxación palatina de los incisivos maxilares puede dar como consecuencia una interferencia oclusal que se expresa por un contacto prematuro con los dientes antagonistas. Las luxaciones laterales, al igual que las extrusiones, se caracterizan por una separación total o parcial del ligamento periodontal. Sin embargo, las luxaciones laterales se ven complicadas por la fractura ósea alveolar y por la presencia de una zona de compresión a nivel cervical y, muchas veces, del área apical. Si se han fracturado ambos lados del alveolo, el traumatismo debe ser clasificado como una fractura alveolar (las fracturas alveolares raramente afectan un solo diente). En muchos casos de luxación lateral el ápice del diente ha sido forzado hacia el hueso alveolar debido al desplazamiento y, en estos casos, el diente suele presentar inmovilidad.
Signos visuales	Desplazamiento hacia palatal/lingual o hacia vestibular.
Test de percusión	Normalmente produce un sonido metálico agudo (anquilótico).
Test de movilidad	Generalmente, inmóvil.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	El ligamento periodontal presenta incremento del espacio apical, el cual se ve mejor en una proyección oclusal.

RX recomendadas	La proyección oclusal puede, muchas veces, mostrar la posición del diente desplazado y su relación con el sucesor permanente.

TRATAMIENTO

Reposición espontánea
Si no existe interferencia oclusal se debe dejar que el diente se reposiciones de manera espontánea.

Reposición.
Cuando existe interferencia oclusal se debe proceder a la reposición del diente para lo que se usará una ligera presión labial y palatal, combinadas. Para realizar esta maniobra se debe anestesiar la zona previamente con anestesia local.

Extracción.
Para dientes con un desplazamiento severo hacia vestibular, la extracción es el tratamiento de elección. En estos casos, la extracción se indica debido a la existencia de colisión entre la raíz del diente temporal y el germen del diente permanente.

Pulido suave.
En casos con interferencia oclusal leve está indicado realizar un ajuste oclusal por tallado selectivo poco agresivo (suave).

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda de 10 a 14 días.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios, además de la recomendación de dieta blanda.

- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

- Control clínico después de 2-3 semanas. Control clínico y radiográfico a las 6-8 semanas, 6 meses y un año.

INTRUSIÓN – LUXACIÓN INTRUSIVA.-

Desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar en el fondo del alveolo dentario. Este traumatismo se acompaña de explosión o fractura de la cavidad alveolar.

NO COLISIÓN CON EL GERMEN DEL DIENTE PERMANENTE

COLISIÓN CON EL GERMEN DEL DIENTE PERMANENTE

Descripción	Desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar en el fondo del alveolo dentario. Este traumatismo se acompaña de explosión o fractura de la cavidad alveolar. El diente puede quedar impactado sobre el germen del diente permanente.
Signos visuales	El diente se desplaza axialmente hacia el hueso alveolar y, con frecuencia, penetrando la lámina ósea vestibular, donde puede ser palpado. El diente puede desaparecer completamente en los tejidos blandos aparentando avulsión y fractura radicular con extrusión completa del fragmento coronal. En estos casos, el diagnóstico se basa en el examen radiográfico oclusal. La penetración del diente en la cavidad nasal puede ser diagnosticada por el sangrado nasal o por simple observación de los orificios o fosas nasales.
Test de percusión	El test de percusión dará, generalmente, un sonido metálico agudo (anquilótico). Sin embargo, en casos de intrusión severa puede darse el caso que no sea posible realizar el test.
Test de movilidad	El diente no presenta movilidad.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	Cuando el ápice se ha desplazado hacia o a través de la cortical vestibular la punta apical puede ser visualizada y el diente aparece más corto que el diente contralateral no afecto.

	Cuando el ápice se ha desplazado hacia el germen del diente permanente, la punta apical no puede percibirse y el diente aparece elongado, más largo que el contralateral no afecto.
RX recomendadas	Una proyección oclusal o periapical normalmente mostrará la posición del diente desplazado y su relación con el sucesor permanente. Si el diente está totalmente intruído puede estar indicada una proyección lateral extraoral para asegurar que el diente no haya penetrado en la cavidad nasal.

TRATAMIENTO

La intrusión dental está asociada con el riesgo potencial de lesión del germen del diente permanente.

Erupción espontánea.
Si el ápice se ha desplazado hacia o a través de la cortical vestibular se debe dejar que el diente se reposicione por erupción espontánea.

Para evaluar la erupción del diente intruído se debe establecer el grado de intrusión midiendo la distancia entre el borde incisal del diente intruído y el del diente contralateral no afecto.

Extracción.
Si el ápice se ha desplazado hacia el germen del diente sucesor permanente el diente debe ser extraído para minimizar el daño ocasionado al diente permanente.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

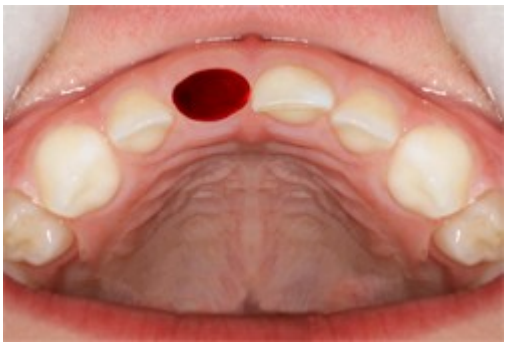
- Dieta blanda de 10 a 14 días.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios, además de la recomendación de dieta blanda.
- Restringir el uso del chupete.
- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.
- Informar a los padres sobre la probabilidad de que aparezcan complicaciones en el desarrollo del diente sucesor permanente, especialmente en los casos de intrusión en niños por debajo de los 3 años de edad.

SEGUIMIENTO

- Control clínico después de 1 semana y a las 6-8 semanas. Control clínico y radiográfico a las 3-4 semanas, 6 meses, un año y, anualmente, control clínico hasta la exfoliación del diente primario involucrado.

AVULSIÓN.-

El diente está completamente fuera del alveolo. Clínicamente, la cavidad alveolar está vacía o rellena por un coágulo.



Descripción	El diente está completamente fuera del alveolo. Clínicamente, la cavidad alveolar está vacía o rellena por un coágulo.
Signos visuales	El diente ha sido extraído de su alveolo.
Test de percusión	Sin relevancia.
Test de movilidad	Sin relevancia.
Test de sensibilidad pulpar	Sin relevancia.
Hallazgos radiográficos	La cavidad alveolar se ve vacía. Si no se observa el diente avulsionado en ningún sitio, se debe practicar un examen radiográfico para asegurar que el diente perdido no esté intruído.
RX recomendadas	Está recomendada una proyección oclusal para descartar la presencia de fragmentos radiculares y para asegurar que el diente ausente no esté intruído.

TRATAMIENTO

No está recomendada la reinserción de los dientes temporales avulsionados.

En el examen inicial es importante hacer el recuento de todos los dientes avulsionados. Si no se hace, es altamente recomendable realizar un examen radiográfico para asegurar que el caso de dientes perdidos no sea un caso de intrusión completa o de fractura radicular con pérdida del fragmento coronal.

Si no se han encontrado los dientes avulsionados, debe referirse el paciente a un servicio de pediatría para que se pueda descartar una aspiración del diente.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Dieta blanda durante 1 semana.

Que haya un buen proceso de curación después de un traumatismo alveolodentario depende, en parte, de una buena higiene oral.

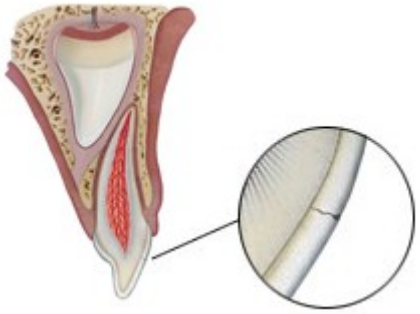
Informar a los padres sobre la probabilidad de que aparezcan complicaciones en el desarrollo del diente sucesor permanente, especialmente en los casos de avulsión en niños por debajo de los 3 años de edad.

SEGUIMIENTO

Control clínico después de una semana y controles clínicos y radiológicos a los 6 meses y un año. Posteriormente, controles clínicos y radiológicos anuales hasta la erupción del sucesor permanente.

INFRACCIÓN DEL ESMALTE.-

Una fractura incompleta del esmalte (crack) sin perdida de estructura dental.



Descripción	Una fractura incompleta del esmalte (crack) sin pérdida de estructura dental.
Signos visuales	Una línea visible de fractura en la superficie del diente.
Test de percusión	No sensible. Si existe sensibilidad evaluar el diente para descartar una posible luxación o fractura radicular.
Test de movilidad	Movilidad normal.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	Sin anormalidades radiográficas.
RX recomendadas	Ninguna.

TRATAMIENTO

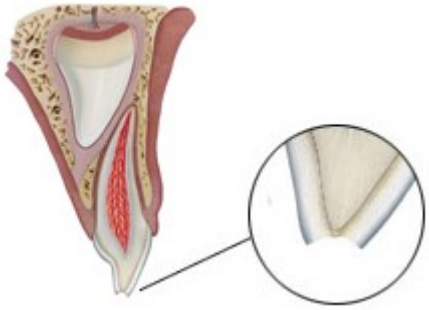
No es necesario ningún tratamiento.

SEGUIMIENTO

No hay indicación de seguimiento para las lesiones de infracción a menos que estén asociadas a una luxación u otros tipos de fracturas que involucren al mismo diente.

FRACTURA DE ESMALTE.-

Fractura limitada al esmalte con pérdida de estructura dental.



Descripción	Fractura limitada al esmalte con pérdida de estructura dental.
Signos visuales	Pérdida visible de esmalte. No signos visibles de exposición dentinaria.
Test de percusión	No sensible. Si existe sensibilidad evaluar el diente para descartar una posible luxación o fractura radicular.
Test de movilidad	Movilidad normal.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La pérdida de esmalte es visible.
RX recomendadas	Ninguna.

TRATAMIENTO

Pulido o restauración con resina composite dependiendo de la extensión y localización de la fractura. En pacientes que presenten heridas en labios o mejillas es recomendable la búsqueda de fragmentos dentarios o de material extraño.

SEGUIMIENTO

Control clínico a las 3-4 semanas.

FRACTURA AMELODENTINARIA.-

Fractura limitada a esmalte y dentina con pérdida de estructura dental pero sin afectación del tejido pulpar.

Descripción	Fractura limitada a esmalte y dentina con pérdida de estructura dental pero sin afectación del tejido pulpar.
Signos visuales	Pérdida visible de esmalte y dentina. No signos visibles de tejido pulpar expuesto.
Test de percusión	No sensible. Si existe sensibilidad evaluar el diente para descartar una posible luxación o fractura radicular.
Test de movilidad	Movilidad normal.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La pérdida amelodentinaria es visible. Debe evaluarse la distancia entre la fractura y la cámara pulpar.
RX recomendadas	Ninguna.

TRATAMIENTO

Pulir los bordes afilados de la fractura. Si es posible, el diente ha de ser restaurado con ionómero de vidrio o resina composite dependiendo de la extensión y localización de la fractura.

SEGUIMIENTO

Control clínico a las 3-4 semanas.

FRACTURA CORONAL COMPLICADA (ESMALTE – DENTINA – PULPA).

Fractura amelodentinaria con pérdida de estructura dentaria y exposición del tejido pulpar.

Descripción	Fractura amelodentinaria con pérdida de estructura dentaria y exposición del tejido pulpar.
Signos visuales	Pérdida visible de esmalte y dentina que se acompaña de exposición de la pulpa dental.
Test de percusión	No sensible. Si existe sensibilidad evaluar el diente para descartar una posible luxación o fractura radicular.
Test de movilidad	Movilidad normal.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La pérdida de estructura dental es visible.
RX recomendadas	Se recomienda una exposición oclusal para descartar posibles signos de desplazamiento o la presencia de una fractura radicular. La radiografía puede ser usada, con posterioridad, como un punto de referencia en caso de futuras complicaciones.

TRATAMIENTO

En niños muy jóvenes con dientes inmaduros con raíces aún en fase de desarrollo, es interesante intentar preservar la vitalidad pulpar mediante un recubrimiento pulpar o una pulpotomía parcial. Este tratamiento también es el de elección en pacientes jóvenes con el desarrollo radicular completado. El hidróxido de calcio es un material adecuado para llevar a cabo estos procedimientos. Ambos tratamientos deben ser considerados siempre que sea posible; en caso contrario, la extracción estaría indicada. En un periodo de 4 a 6 semanas debería verse un puente dentinario en una radiografía.

En niños muy jóvenes con dientes inmaduros con raíces aún en fase de desarrollo y con paredes delgadas de dentina radicular, puede que no se pueda realizar la pulpotomía cervical debido al riesgo de perforación de la pared y, en estos casos, el diente deba ser extraído.

SEGUIMIENTO

Control clínico después de una semana. Control clínico y radiográfico después de 6 a 8 semanas y al año.

FRACTURA CORONO – RADICULAR SIN PARTICIPACIÓN PULPAR.-

Fractura que afecta a esmalte, dentina y cemento radicular, con pérdida de estructura dentaria pero sin afectación pulpar.

Descripción	Fractura que afecta a esmalte, dentina y cemento radicular, con pérdida de estructura dentaria pero sin afectación pulpar.
Signos visuales	Fractura coronal que se extiende por debajo del margen gingival. La corona se ha partido en dos o más fragmentos, uno de los cuales es móvil.
Test de percusión	Sensibilidad a la percusión.
Test de movilidad	Por lo menos, un fragmento coronal presenta movilidad. A causa de la movilidad, puede existir dolor transitorio durante la masticación.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La extensión apical de la fractura no suele ser visible en una proyección AP. En fracturas localizadas lateralmente, puede llegar a verse la extensión en relación al margen gingival.
RX recomendadas	Proyección oclusal.

LOCALIZACIÓN DE LA LÍNEA DE FRACTURA

- La fractura afecta la corona y la raíz del diente y suele situarse en un plano horizontal o diagonal. El examen radiográfico solamente suele mostrar la porción coronal de la fractura y no la porción apical.
- Una proyección con colimador podría mostrar la extensión total de la fractura.

TRATAMIENTO

En función de los hallazgos clínicos, pueden considerarse dos opciones de tratamiento.

Extracción del fragmento.
Si la fractura afecta, únicamente, una pequeña porción de la raíz y el fragmento estable es lo suficientemente grande para permitir la restauración coronal, practicar la extracción del fragmento móvil.

Extracción.
La extracción es inevitable en las fracturas coronoradiculares muy profundas, siendo la peor la fractura vertical. Deben tomarse precauciones y ser muy cuidadosos al extraer el diente para evitar traumatismos añadidos al germen del diente sucesor permanente.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda de 10 a 14 días.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios, además de la recomendación de dieta blanda.
- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

Control clínico después de 3-4 semanas.

FRACTURA CORONO – RADICULAR CON PARTICIPACIÓN PULPAR (FRACTURA NO COMPLICADA CORONORADICULAR).

Fractura que afecta a esmalte, dentina, cemento y pulpa.

Descripción	Fractura que afecta a esmalte, dentina, cemento y pulpa.
Signos visuales	Fractura coronal que se extiende por debajo del margen gingival. La corona se ha partido en dos o más fragmentos, uno de los cuales es móvil.
Test de percusión	Sensibilidad a la percusión.
Test de movilidad	Por lo menos, un fragmento coronal presenta movilidad. A causa de la movilidad, puede existir dolor transitorio durante la masticación.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La extensión apical de la fractura no suele ser visible en una proyección AP. En fracturas localizadas lateralmente, puede llegar a verse la extensión en relación al margen gingival.
RX recomendadas	Proyección oclusal.

LOCALIZACIÓN DE LA LÍNEA DE FRACTURA

- La fractura afecta la corona y la raíz del diente y suele situarse en un plano horizontal o diagonal. El examen radiográfico solamente suele mostrar la porción coronal de la fractura y no la porción apical.
- Una proyección con colimador podría mostrar la extensión total de la fractura.

TRATAMIENTO

Extracción del diente afecto. Deben tomarse precauciones y ser muy cuidadosos al extraer el diente para evitar traumatismos añadidos al germen del diente sucesor permanente.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda de 10 a 14 días.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios, además de la recomendación de dieta blanda.
- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación o fístula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

Control clínico a las 3-4 semanas.

FRACTURA RADICULAR.-

Fractura a nivel radicular que afecta cemento, dentina y tejido pulpar. Las fracturas radiculares pueden clasificarse, además, si existe desplazamiento del fragmento coronal (ver luxaciones).

Descripción	Fractura a nivel radicular que afecta cemento, dentina y tejido pulpar.
Signos visuales	El fragmento coronal suele ser móvil y puede estar desplazado. Puede encontrarse una alteración transitoria del color de la corona del diente (rojo o gris).
Test de percusión	El diente puede estar sensible.
Test de movilidad	El fragmento coronal, generalmente, está móvil.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La fractura suele localizarse a nivel de los tercios medio o apical.
RX recomendadas	Proyecciones oclusal y periapical.

TRATAMIENTO

Sin tratamiento.
Si no hay desplazamiento del fragmento coronal no se requiere tratamiento.

Extracción.
Si existe desplazamiento del fragmento coronal, extraer, únicamente, éste fragmento. El fragmento apical se dejará en su ubicación a la espera de que sea reabsorbido.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda de 10 a 14 días.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios, además de la recomendación de dieta blanda.
- Restringir el uso del chupete.

- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, coloración oscura de la corona dental, incremento de movilidad o fistula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.

SEGUIMIENTO

- Control clínico después de 1 semana. Control clínico y radiográfico a las 2-3 semanas y 6-8 meses. Control clínico al año.

FRACTURA ALVEOLAR.-

Fractura del proceso alveolar que puede involucrar o no al alveolo dentario.

Los dientes asociados a una fractura alveolar se caracterizan por movilidad del proceso alveolar; varios dientes se mueven al unísono cuando se explora la movilidad. Suele existir interferencia oclusal.

Descripción	Fractura del proceso alveolar que puede involucrar o no al alveolo dentario. Los dientes asociados a una fractura alveolar se caracterizan por movilidad del proceso alveolar; varios dientes se mueven al unísono cuando se explora la movilidad. Suele existir interferencia oclusal.
Signos visuales	Desplazamiento de un segmento alveolar. Suele notarse una alteración oclusal a consecuencia del desalineamiento del segmento alveolar fracturado; esta condición produce una interferencia oclusal.
Test de percusión	Sensibilidad a la percusión.
Test de movilidad	Movilidad unitaria de todo el fragmento.
Test de sensibilidad pulpar	No es fiable en dentición primaria. Resultados inconsistentes.
Hallazgos radiográficos	La línea vertical de la fractura suele localizarse a lo largo del PDL o en el septo interalveolar. La línea horizontal puede localizarse tanto apical como coronal al ápice. Puede existir fractura radicular asociada. La línea de fractura horizontal puede situarse a cualquier nivel con respecto a los gérmenes de los dientes permanentes. El estudio radiográfico proporcionará información muy valiosa a la hora de establecer el riesgo de daño para los dientes permanentes.

	Una radiografía lateral puede proporcionar mayor información sobre la relación espacial de las dos denticiones.
RX recomendadas	Proyección oclusal.

TRATAMIENTO

Reposición manual o con fórceps del fragmento desplazado. Está indicado el uso de anestesia local.

Debe estabilizarse el fragmento con una férula flexible durante 4 semanas.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- Dieta blanda de 10 a 14 días.
- La buena curación después de un traumatismo en el diente y los tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene oral. Cepillarse los dientes después de cada comida con un cepillo suave y aplicar clorhexidina tópica al 0,1% en la zona afecta con una torunda de algodón dos veces al día durante una semana. Esta medida tiene un efecto beneficioso para prevenir el acúmulo de placa y restos alimentarios, además de la recomendación de dieta blanda.
- Restringir el uso del chupete.
- Los padres deben ser avisados sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir, tales como inflamación, incremento de movilidad o fístula. Puede que los niños no se quejen de dolor; sin embargo, puede existir infección y los padres deben vigilar la aparición de signos inflamatorios gingivales para llevar al niño a la consulta de Odontopediatría.
- Informar a los padres sobre la probabilidad de que aparezcan complicaciones en el desarrollo de los dientes sucesores permanentes.

SEGUIMIENTO

Control clínico a la semana

Retirar la férula y control clínico y radiográfico a las 4 semanas.

Posteriormente, control clínico y radiográfico a las 6-8 semanas, al año y anualmente hasta la exfoliación de los dientes primarios afectados.