

Traumatología dental en niños. Enfoque sistemático.

Dental trauma in children. A systematic approach.

Autor

Horacio Fioretti

*Profesor de las Cátedras de Cariología y Odontopediatria,
Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.*

*Ex Profesor Adjunto de la Cátedra de Odontopediatria, Facultad
de Odontología, Universidad de la Republica.*

*Ex Profesor Adjunto de la Cátedra de Fisiología General y Buco-
Dental, Facultad de Odontología, Universidad de la Republica.*

Resumen

Los niños padecen frecuentemente traumatismos dentales, ocasionándose una situación personal-familiar-odontológica conmovida, donde la actitud, el conocimiento y la experiencia clínica del profesional tratante son cruciales para obtener los mejores resultados.

Se reconoce primordialmente que cada niño es “*un ser biológico y social, único e indivisible, en pleno crecimiento y desarrollo*”; por tanto, cada niño traumatizado genera una situación particular de atención que impide poder enunciar “soluciones” únicas y/o estereotipadas.

Estudiando la evolución clínica de un paciente durante 13 años a través de un enfoque sistemático, se elaborarán los principios que, a nuestro entender, están cimentados en el diagnóstico y plan de tratamiento integral, racional, viable y dinámico, que tiene por finalidad mejorar el pronóstico y alcanzar un estado de salud sustentable en niños que han sufrido traumatismos dentales.

Palabras clave: Traumatismo dental, Salud, Diagnóstico, Prevención, Tratamiento.

Abstract

Children frequently suffer through dental trauma creating personal and family commotion. In these situations, the attitude, the know-how and the clinical experience of the attending professional are crucial to obtain the best possible outcome. It is understood that “*Every child is a biologic and social being, unique and indivisible, in full-growth and development*”. Thus, every traumatized child generates a particular situation that precludes stereotypical solutions.

Following a systematic approach to study the clinical evolution of a patient for 13 years, we will elaborate a series of guidelines based on the diagnosis and an integral treatment regimen that is viable, rational and dynamic. The objective of these guidelines is to improve the prognosis and general long-term health of children who have undergone dental trauma.

Keywords: Dental trauma, Health, Diagnosis, Prevention, Treatment.

“Las lesiones traumáticas de los dientes se presentan en forma más o menos habitual en todas las poblaciones y en todas las épocas, afectando a un 20-25% de la población actual” Andreasen (1984).

El termino traumatismo dental se aplica a “aquellas lesiones de los tejidos dentarios y peridentarios producidas violentamente por agentes externos” Salvat (1960).

La etiología de los traumatismos es de naturaleza compleja y esta influenciada por diversos factores, que incluyen:

- * La biología humana.*
- * El comportamiento.*
- * El medio ambiente (Glendor et al, 2000).*

En épocas preindustriales las causas se asocian, entre otras, a la dieta, a la manufactura y uso de herramientas, lesiones accidentales, combates rituales, lesiones de carácter intencional como expresión de prácticas culturales, etc. (Siefkin, 1995).

En épocas actuales, las cifras recogidas por las estadísticas en diferentes naciones, no difieren significativamente en cuanto a la etiología y frecuencia de estos sucesos, demostrando, además, su alta prevalencia e incidencia.

En los países nórdicos el 52% de su población infantil a los 14 años ya ha sufrido algún tipo de traumatismo dental, afectando en un 30% a la dentición temporal y en un 20% a la permanente (Andreasen, 1994).

Las causas mas comunes son caídas diversas, golpes, accidentes automovilísticos y deportes de contacto (fútbol, básquet, hockey, handball).

Los hombres sufren 2,4 veces más lesiones que las mujeres y las edades más afectadas oscilan entre los 11 y 14 años de edad (Veleiro Rodríguez, 2002).

Un informe de la Unidad de Emergencia (Geneve University) - que atiende urgencias dento alveolares de 1 a 16 años de edad- comunica que las lesiones observadas afectaron el 78% de la dentición temporaria y 39.1% la permanente.

Por sexo las cifras obtenidas muestran un 60% de varones y un 40% de niñas afectadas. Esta diferencia entre ambos sexos se incrementa al analizar las edades mayores (Veleiro Rodríguez, 2002)

En The Children Hospital Medical Center of

Cincinnati, comunican a los padres que “antes de terminar la secundaria sus hijos varones tienen 1 posibilidad en 3 de fracturarse o perder un diente por traumatismo (33.3%) y sus hijas 1 en 4 (25%)”.

Los estadounidenses pierden de 1 a 3 millones de dientes permanentes en accidentes cada año.

Se advierte además que, como también sucede en nuestro país, todavía pocas personas conocen los procedimientos de primeros auxilios a aplicar en estos casos (Veleiro Rodríguez, 2002).

Los mecanismos de producción de los traumatismos pueden ser directos o indirectos (Figón, 1978) siendo factores predisponentes la alteración de la oclusión (clase II), como por ejemplo sucede en un respirador bucal, que presenta un overjet mayor a 4 mm, con un labio superior corto e incompetente y donde los dientes ántero-superiores se encuentran mucho mas expuestos a un traumatismo dento- alveolar (Cacciafesta et al, 1999).

Otra causa de traumatismos dentales, lamentablemente cada vez más frecuente, es el maltrato infantil. El niño puede concurrir a la consulta con contusiones y/o fracturas dentales. Se consideran elementos de sospecha la actitud defensiva del chico y la actitud paternal excesivamente preocupada o indiferente de los padres o tutores (Olmeda,1997).

Los estadounidenses pierden de 1 a 3 millones de dientes permanentes en accidentes cada año.

LA CONSULTA INICIAL DE URGENCIA MANEJO DE LA “SITUACIÓN ODONTOLÓGICA”

Nombre: Marcelo.

Fecha de nacimiento: 24 de abril de 1990.

Edad: 20 meses.

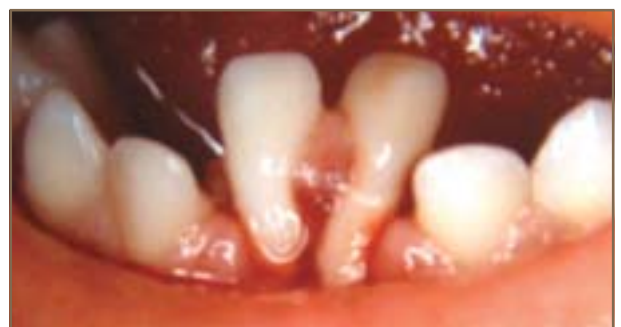


Figura 1a: 21 de octubre de 1992.



Figura 1b: 21 de octubre de 1992.

Historia médica: datos significativos de salud. Vacunas al día.

Motivo de consulta: traumatismo dentario por caída y golpe contra el suelo.

Tiempo transcurrido del traumatismo: 3 horas.

Diagnostico: luxación extrusiva lateral de 7.1 y 8.1 o exarticulación? Fractura de tabla externa e interna. Infección caries dental no controlada.

La consulta por “traumatismo dentario” es, posiblemente, la más “traumática” para el Odontopediatra (Figs. 1a y 1b).

Se produce una situación de conmoción, provocada por la conjunción de varios factores, siendo el preponderante la excitación y el malestar que puede presentar el niño, conjuntamente con la ansiedad y angustia de sus padres y familiares.

Asimismo, se debe considerar que como en toda situación de urgencia el odontólogo y sus eventuales asistentes deberán enfrentar una situación desconocida que, por lo general, posee una gran carga emotiva, obligando lógicamente a la postergación de toda la actividad programada de la consulta.

La actitud del Odontopediatra, serena, segura y convincente, es esencial en el manejo de tan complicada situación.

En una primer instancia, se deben descartar alteraciones de orden general, cuya presencia hubieran transformado una situación de “urgencia odontológica” en una de “urgencia o emergencia médica” con la consecuente derivación inmediata de Marcelo para su atención médica pediátrica.

En 29 años de ejercicio de la profesión, el autor ha atendido cientos de niños con traumatismos dentarios y solamente en una ocasión fue necesaria su urgente derivación. Esto es así porque, por

lo general, son los padres los que de acuerdo a la gravedad del traumatismo, eligen el lugar primario donde tratar a sus hijos y no se equivocan.

Por lo contrario, sí se han tratado niños traumatizados derivados por colegas y médicos pediatras.

Al mismo tiempo, se fue tranquilizando, informando y orientando a la madre respecto al diagnóstico y plan de tratamiento de su hijo.

Esta etapa del tratamiento se considera esencial para la futura salud del niño porque, al serenarse los padres, se irá tranquilizando también e paciente y en consecuencia podremos ser mejor escuchados y entendidos.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

La actitud del Odontopediatra, serena, segura y convincente, es esencial en el manejo de tan complicada situación.

En muchas ocasiones, estos elementos se corresponden con las preguntas que inteligentemente formulan los padres:

*** ¿Se afectarán en su desarrollo los dientes permanentes?**

En la inmensa mayoría de las veces la respuesta es **NO**. Si bien en la luxación extrusiva lateral que presentaba Marcelo esa secuela no se puede descartar, existen aún menos posibilidades de afectación

del desarrollo de los gérmenes permanentes comparada con otro tipo de traumatismo, como veremos mas adelante.

*** ¿Si los dientes temporarios se pierden, se cerrará el espacio para la erupción de los dientes permanentes?**

La respuesta es también **NO**. En una situación como ésta, en la cual los caninos ya han erupcionado, no habrá pérdida de espacio real. Puede sí producirse un vuelco de los incisivos laterales hacia la brecha (pérdida de espacio virtual)

Los dientes permanentes sucesores, traen consigo todo su aparato de soporte, (hueso y ligamento periodontal).

*** ¿Tenemos que realizar la extracción, ahora? ¿Es necesario?**

*** ¿Puede afectar sustancialmente la ejecución del plan de tratamiento que propondremos?**

En primer lugar, debemos analizar la posibili-

dad de la extracción, lo que implicaría la inmovilización del niño (por los padres y/o asistentes), la anestesia y la extracción, y todo esto en un niño de veinte meses de edad, que ya ha sufrido un traumatismo. Sin embargo, ese traumatismo sin ninguna duda será de una gravedad mucho menor, física y psicológicamente que la producida por nuestra posible conducta.

Es conocida, por experiencia propia o ajena, tanto de niños como de adultos, la “fobia” que despierta muchas veces la atención odontológica y que, cuando se investigan sus causas emergen experiencias traumáticas de todo tipo vividas en el consultorio.

*** Pero al estar los dientes ya prácticamente exfoliados y no necesitarse anestesia: ¿no sería la extracción el tratamiento mas sencillo?**

Si bien esta medida puede resultar tentadora, en este tipo de situaciones decisivas se debe asumir siempre una “*visión biológica integral*”, recordando el concepto de “*Homeostasis*” de Cannon, (tendencia a la constancia del medio interno):

“Cuando se produce cualquier alteración en la composición y/o el volumen del medio interno (líquido intersticial) se ponen en juego inmediatamente los mecanismos fisiológicos necesarios para su restauración.”

La aplicación de esa genial concepción implica entender que, cuando el niño sufrió el traumatismo, instantáneamente se pusieron en juego en su organismo los mecanismos fisiológicos restauradores (*biología reparadora*).

El Odontopediatra debe respetar y ayudar a dichos mecanismos fisiológicos, para que prosigan su evolución sin interferencias, a veces, iatrogénicas.

*** ¿Y si no los extraemos y los dientes se exfolian, no existe riesgo de deglución o aspiración?**

Sería muy interesante poder calcular cuantos billones de dientes temporarios, se han exfoliado, (por ejemplo en los últimos 30 años), por causas fisiológicas o patológicas. En todos estos años de ejercicio de la profesión y en numerosas ocasiones, el autor ha sabido de niños que han deglutido dientes temporarios exfoliados, que siguieron su tránsito digestivo normal, siendo a veces recu-

perados para poder ser recompensados por “los ratones”.

En el caso de la aspiración, se realizó una investigación bibliográfica que incluyó todas las posibilidades de inhalación (piezas natales, neonatales, temporarias y permanentes) (Martínez Gómez, 1997).

Dentro de la casuística revisada se encontró un caso de aspiración de diente temporario en una niña de siete años que había sufrido un traumatismo en un parque de juegos, (Holan et al, 2000), y otro caso excepcional de aspiración de un diente temporario en un paciente que había sido sometido a una traqueotomía (Steelman et al, 1997). También se hallaron numerosas comunicaciones de aspiración de dientes permanentes en adultos por causas traumáticas, (Delap et al, 1999), in-

clusive una persona aspiró un puente fijo que se alojó en su pulmón derecho y tragó un incisivo como consecuencia de un traumatismo máxilo-facial, (Dhanrajani et al, 1992)

Creemos que la aspiración de dientes de leche es un riesgo virtual, más que real, que la epidemiología desmiente.

La conducta fue entonces expectante. Se asumió la responsabilidad, transmitiendo certezas y dudas a la madre de Marcelo, no rea-

lizándose ninguna maniobra en los dientes traumatizados.

Se planteó realizar un control a las 24 horas, recomendándose dieta blanda y analgésicos, (Acetaminofen).

En niños cuya historia médica aporte datos significativos de salud y no se presentaron manifestaciones regionales ni generales, se prefiere no medicar sistemáticamente con antibióticos.

Al ir comprobando una evolución muy favorable, se fueron espaciando los controles cada 48, luego 72 horas y posteriormente una vez por semana.

En la cuarta sesión, se decidió tomar una radiografía de control y documentación, que no se había considerado necesaria en la primer consulta. A la semana del traumatismo, las diferencias en los posibles hallazgos radiográficos no son significativos, pero sí fue muy diferente la actitud y predisposición del niño para afrontar el examen. Se le había explicado previamente en qué consistía

El Odontopediatra debe respetar y ayudar a dichos mecanismos fisiológicos, para que prosigan su evolución sin interferencias, a veces, iatrogénicas.

dicho examen, estaba elaborando su “situación odontológica” favorablemente y ya no sentía prácticamente ningún tipo de molestias.

Si se le preguntara al autor: ¿Ud. esperaba esta evolución?

La respuesta debería ser NO. En realidad se esperaba que en pocos días los dientes exfoliaran asintóticamente: como secuela de su falta de implantación se pensaba que serían rechazados por el organismo.

La decisión de no extraer los dientes temporarios no se basó en la posibilidad de su conservación, sino en los conceptos anteriormente planteados, cuando se analizó la posibilidad de la extracción. En definitiva, se trató de realizar un diagnóstico integral en un niño que había sufrido un traumatismo.

Por lo tanto, la biología sigue evidenciando que, cuando se respetan y promueven los mecanismos fisiológicos reparadores, los mismos producen un profundo impacto en la recuperación del órgano o tejido dañado.

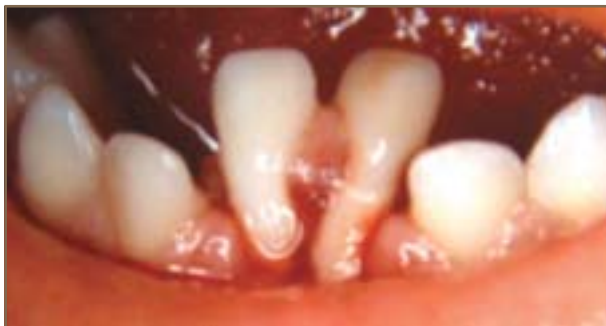


Figura 2a: 21 de octubre de 1992.

14 días



Figura 2b: 4 de noviembre de 1992.

Se puede observar a los 14 y 21 días (Fig. 2 y 3) la impresionante (por lo favorable) evolución clínica de los dientes afectados y su paradencio de protección.

Más adelante se analizará la evolución del paradencio de inserción y los procesos de reabsorción a través de su seguimiento radiográfico.

21 días



Figura 3: 11 de noviembre de 1992.

Se puede afirmar que con este proceder se ha dado un paso muy grande en la aceptación de Marcelo a concurrir a la consulta odontológica sin ningún tipo de fobia. (Rosetti, 1995)

Esto permitirá ir implementando, sin contrariedades, la parte sustancial del plan de tratamiento. Este que se basó en:

- * La educación para la salud, incluyendo el revelado y control de la biopelícula, mediante la enseñanza al niño de técnicas adecuadas de desorganización de placa de acuerdo a su grado de maduración. En este caso también se instruyó a la abuela, quien estaba con Marcelo la mayor parte del tiempo, destacándose la importancia del cepillado nocturno.

- * La fluoroterapia sistémica adecuada (sal fluorurada). (El programa de fluoruración de la sal comenzó en 1992).

Dentro de la fluoroterapia tópica domiciliar se recomendó el uso de pastas con fluoruros en concentración y cantidad apropiada. La aplicación en el consultorio de fluoruros se realizó a través de profilaxis con pastas y cepillado controlado, usando geles de F.P. Acidulados, en uso en esos años.

- * Asesoramiento dietario, en especial remarcando la importancia de controlar en lo posible, los “momentos de azúcar”.

- * Transmitir que *-fundamentalmente-* para llegar a estados de salud sustentables, sería primordial la ejecución metódica del tratamiento domiciliar (autocuidado) complementado con el realizado en el consultorio. (Fig. 4)

El traumatismo dentario afectó, por ahora, dos dientes temporarios. Si el profesional no es capaz de ayudar a controlar la infección caries dental y paradencial, la progresión destructiva de estas dos enfermedades afectará toda la dentición temporaria y permanente de Marcelo (Fioretti, 1995).

Y ahora... ¿que pasó?

Hace 20 horas Marcelo se cayó nuevamente, esta vez de su bicicleta, provocándose la luxación



Figura 4: Educación para la salud. Marcelo acompañado por su abuela. Observe como ambos están visualizando la enfermedad (placa microbiana) que ha sido revelada con colorante (eritrosina) y aprendiendo a desorganizarla, a través de un adecuado cepillado. La abuela para mejorar su visión, se pone sus lentes.



Figura 5: 8 de marzo de 1993.

intrusiva de 6.1 y la fractura de borde incisal de esmalte del 5.1 (Fig.5).

Al analizar la nueva situación:

1) Se observa la actitud apacible de Marcelo y su madre. El traumatismo fue el día anterior, consultándose al otro día.

Trate de imaginar la situación personal-familiar-odontológica creada cuando un niño de 4 años, que sin ninguna experiencia previa, se cae y se intruye un diente temporario.

Cabe preguntarse ¿tendrán relación estos hechos, con el tratamiento recibido en el anterior traumatismo?

El autor considera que sí.

2) Respecto a la evolución que experimentan los dientes intruídos, la experiencia del autor, basada en datos clínicos y radiográficos permite afirmar que:

a) Reerupcionan, en la inmensa mayoría de los casos al cabo de pocos meses, algunos en posición normal, otros en mal posición (biología reparadora).

En la casuística del autor se tiene documentado solamente un caso, que pertenece a un niño hijo de una colega, (como no podía ser de otra manera), de un 6.1 intruído a los dos años de edad. Este diente se anquilosó sin sufrir ningún tipo de reabsorción, obligando a su extracción cuando el 2.1 estaba próximo a erupcionar

b) En relación a la vitalidad pulpar pueden darse las siguientes posibilidades:

* Mantenimiento, sin ningún tipo de sintomatología.

* Necrosis, que de acuerdo, *fundamentalmente al estado general del niño*, puede dar manifestaciones regionales (absceso y/o fístula) y/o generales (fiebre, anorexia).

* Calcificaciones pulpares.

c) Puede producirse alteración de los procesos normales de reabsorción que se encuentran, por lo general, asociados con la evolución de la vitalidad pulpar.

d) Puede existir cambio de color coronario. Algunas veces dicho cambio, hacia los tonos del gris, es casi inmediato, En la evolución de estos casos se ha observado, en escasas ocasiones, recuperación del color original. (pigmentación dentinaria reversible). Otras veces el cambio de color ocurre en forma mediata, perdura y está más asociado a la pérdida de la vitalidad pulpar.

e) Cuando se produce la intrusión de más de un diente temporario, lo frecuente es que sus *evoluciones sean completamente diferentes*, por ejemplo: uno puede necrosarse y otro calcificarse.

f) Respecto a las posibles lesiones del saco pericoronario que pudieran afectar los procesos del crecimiento y desarrollo del germen sucesor permanente, produciendo hipoplasias e hipocalcificaciones (dientes de Turner), se puede afirmar que:

* No son frecuentes, habiéndolas visto asociadas a traumatismos y a infecciones por caries.

* Que si el traumatismo va a producir alguna lesión, lo hará precozmente, más que por la evolución posterior que tendrá el diente temporario.

* Que se debe recordar que, por la implantación y configuración radicular de los dientes temporarios y por la posición que ocupan los gérmenes permanentes en estas etapas del desarrollo, la intrusión dentaria no provoca la impactación de



Figura 6: Tratamiento recibido para el 6.1 intruido: revelado y control de enfermedad mediante cepillado, realizado con mucha atención y cuidado.

las raíces temporarias con los gérmenes permanentes. Es más, en algunas oportunidades, hasta puede alejarlas.

* Que los engrosamientos e incluso la pérdida de continuidad de los sacos pericoronarios de los gérmenes permanentes (no los ocurridos en etapas fisiológicas, como se explicará más adelante), en el pasado se consideraban causa de extracción del diente temporario. Hoy, si existe silencio clínico, se prefiere el control y seguimiento del paciente; observando, en la gran mayoría de las veces, la normal erupción del diente permanente.

En resumen, ante la gran diversidad de evoluciones que pudieran acontecer, la conducta adoptada fue de control y seguimiento, explicándole a la madre los aspectos más relevantes del nuevo traumatismo y reafirmando el plan de tratamiento *que tenía como objetivo esencial el alcanzar y mantener la salud de Marcelo.* (Fig.6)

Los niños que sufren un traumatismo dental, sufren dos, sufren tres... y eso no es casualidad (es vitalidad) (Fig.7).

Las dos fotos de la figura 8 permiten apreciar aspectos importantes:



Figura 7: 8 de marzo de 1993.



Figura 8: julio de 1993.

1) Las actitudes de la abuela, que sigue demostrando mucho interés y de Marcelo, que concurre contento y puntualmente a la consulta.



Figura 9a: julio de 1993.



Figura 9b: enero de 1994.



Figura 9c

2) El estado paradencial, que ha mejorado sustancialmente.

3) El 7.1 y 8.1 están asintomáticos hace ocho meses.

4) El 6.1, que re-erupcionó en posición casi normal (en cuatro meses) y con un pequeño aumento de corona clínica.

5) Aun no ha sido posible convencer a Marcelo de que deje el chupete.

Observe en la secuencia de la figura 9:

* Cuánto ha crecido Marcelo.

* Hace tres meses que ha dejado de usar el chupete, porque su maduración se lo ha permitido, y, al abandonar el hábito de succión, sus patrones reflejos se han reacondicionado fisiológicamente permitiendo un normal crecimiento óseo. Por lo tanto la oclusión se empieza a equilibrar, y se observa un cierre progresivo de la mordida abierta (la biología reparadora sigue enseñando).

* El tratamiento etiológico de la enfermedad, que se está cumpliendo, sigue siendo el principal objetivo.

* Han transcurrido 15 meses del traumatismo de 7.1 - 8.1 y 10 meses del 6.1



Figura 10: junio de 1994.

Transcurrido más de 1 año y medio (20 meses), exfolia asintóticamente el 8.1 y el 7.1 se vuelca sobre la brecha, (no existiendo pérdida de espacio) (Fig. 10).

Obsérvese la secuencia radiográfica de la fig.11 Se aprecia como los dientes se pierden sin prácticamente reabsorberse al no tener soporte óseo y como los dientes permanentes traen consigo su propio aparato de soporte.

A los dos años (24 meses) se pierde el 7.1 que se mantuvo "acostado" sobre la brecha cuatro meses.

Obsérvese también la oclusión (Fig. 12)

Las lesiones activas cavitadas producidas por la infección, se trataron y restauraron con ionómeros vítreos reforzados con amalgama. Pero también, el tratamiento etiológico de la enfermedad permitió realizar hermosas restauraciones biológicas (remineralizaciones-cicatrizaciones) que, aunque imposibles de distinguir por ocurrir a un nivel ultraestructural, existen y son las más perfectas. (Fig. 13)

Quizá en un futuro no muy lejano, con la ayuda de la ingeniería genética, las restauraciones den-

**Los niños que sufren
un traumatismo dental,
sufren dos, sufren tres...
y eso no es casualidad
(es vitalidad)**

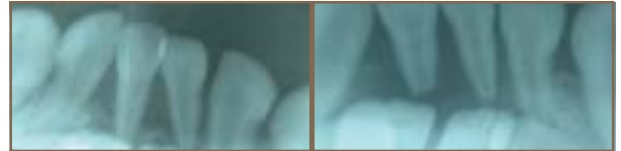


Figura 11a: noviembre de 1992. Figura 11b: marzo de 1993.

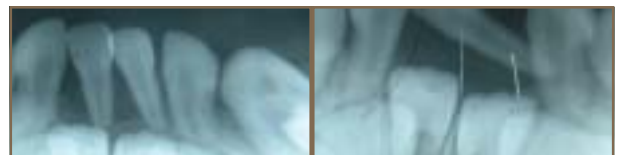


Figura 11c: julio de 1993. Figura 11d: junio de 1994.

tarias que se realicen, aún en lesiones cavitadas, sean de este tipo, es decir, reponiendo biológicamente las estructuras dentarias perdidas.

Se puede observar en la Fig. 14:

* Erupción de 4.1; 14 meses después de la exfo-



Figura 12a: agosto de 1994.



Figura 12b: octubre de 1994.

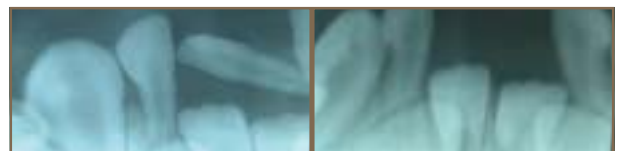


Figura 12c: agosto de 1994. Figura 12d: octubre de 1994.



Figura 13a.



Figura 13b.



Figura 14a. agosto de 1995.



Figura 14b. agosto de 1995.

liación del temporario.

- * 6.1 con pequeña retracción gingival.
- * Oclusión borde a borde.
- * No hay pérdida de espacio.

Observar la evolución radiográfica del 6.1 (fig. 15)

Se puede apreciar:

* Como luego del traumatismo, la raíz del diente intruido parece en contacto directo con el germen permanente. Se debe recordar que en la radiografía estamos observando en dos dimensiones un evento que tiene tres, es decir, le falta la dimensión profundidad. Por tanto, la posición que

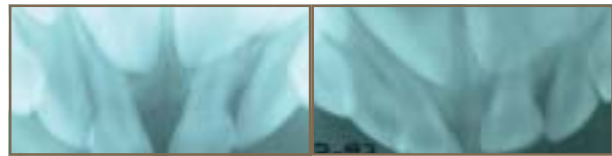


Figura 15a: enero de 1993 (pre.trauma). Figura 15b: marzo de 1993 (trauma).



Figura 15c: julio de 1993. Figura 15d: junio de 1994.

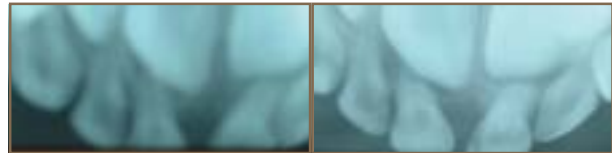


Figura 15e: diciembre de 1994. Figura 15f: agosto de 1995.

ocupan la raíz y el germen dentro del hueso son diferentes (aunque se observen en contacto).

- * La reerupción.
- * La progresiva calcificación pulpar, sin síntomas y signos clínicos.
- * El proceso normal de reabsorción radicular.
- * Como, cuando los dientes temporarios se acercan a la exfoliación y por tanto los permanentes están próximos a erupcionar, se produce un engrosamiento e incluso pérdida de continuidad del saco pericoronario. Este proceso es fisiológico e independiente del estado pulpar del temporario. (Comparar el 5.1 y el 6.1)

Comienza a visualizarse en la boca de Marcelo uno de los objetivos primarios que se tuvo en mente al realizar el plan de tratamiento en el año 92: *“Ayudar a mantener la salud de sus dientes permanentes”*

La etapa de control de erupción es crítica para mantener la salud de los molares permanentes.

El niño en esta etapa es considerado de “alto riesgo” y por tanto:

- * Se deberán reforzar todos los aspectos del plan de tratamiento planteados anteriormente.
- * El paciente deberá concurrir a la consulta de acuerdo a la evaluación que se realice del control de su enfermedad caries, promedialmente cada 15 días. Se le realizará revelado, mediante uso de colorantes y control de placa bacteriana a través de cepillado controlado y uso de hilo dental. Esto se complementará con una aplicación con cepillo de geles de FNa al 2% de pH neutro.

* En suma se tiene la certeza de que estos molares, por varias razones, están recibiendo un

ataque ácido excepcional en cantidad y frecuencia. Esto provoca innumerables episodios de desmineralización, que en principio son subclínicos, pero que pueden llegar a ser clínicamente visibles como manchas blancas y/o cavitaciones. Deberá promoverse entonces el máximo de instancias remineralizadoras (en domicilio y consultorio) para poder lograr un equilibrio que mantenga la salud (homeostasis). (Figs.16, 17 y 18)



Figura 16: Marcelo dibujando. Están erupcionando sus primeros molares permanentes.



Figura 17: febrero de 1996.



Figura 18: mayo de 1996.



Figura 19: diciembre de 1996.

Marcelo, que sigue creciendo y al que, como se observa en la figura 19, ya le han erupcionado sus cuatro incisivos inferiores y el incisivo superior derecho permanentes.

En el 4.1 presenta una leve hipocalcificación (que no se ve en esta foto). Con un leve retraso está por emerger el 2.1.

¿Recuerda hace cuatro años (1992) cual fue el motivo de consulta?

¿Cuales fueron, hasta ahora, los principales logros del plan de tratamiento?

Sin lugar a dudas el mantenimiento de la salud de su dentición permanente. (figs.19 y 20)

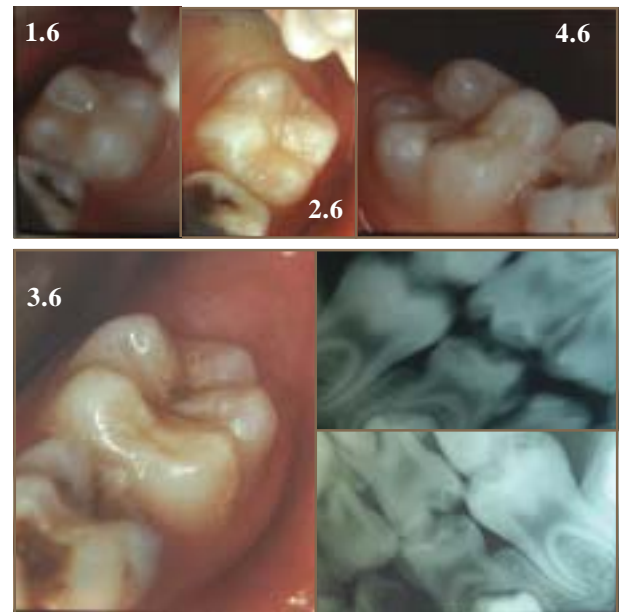


Figura 20: diciembre de 1996.

Si bien se observa salud clínica y radiográfica en los 4 molares, se sabe que existen miles de lesiones cicatrizadas a nivel ultraestructural.

En 1.6, 2.6 y 3.6 se realizaron sellantes. En el 4.6 fue necesario realizar un sellante invasivo.

La etapa de control de erupción fue muy difícil de llevar a cabo en Marcelo, por varias razones en la que no entraremos. El éxito estuvo fundado en el amor, la convicción y confianza de su abuela y de su madre en cuanto a trabajar con Marcelo para lograr lo que el odontólogo, plenamente convencido, le había transmitido al cabo de los años de tratamiento. (Figs. 21 y 22)

Se observa el 2.1 erupcionado presentando leve hipocalcificación incisal.

Se observa como, a causa del desgaste, la hipocalcificación del 2.1 disminuye.

En la Fig.23 se observa como han desaparecido las restauraciones realizadas hace 6 años en los dientes temporarios.



Figura 21: noviembre de 1997.



Figura 22: mayo de 1998.



Figura 23: marzo de 1999.

Se puede pensar en un fracaso de la técnica o del material empleado, si dichas restauraciones fueran consideradas un *“fin en si mismo”*.

El autor considera que nunca una técnica ni un material deben ser considerados un *“fin en si mismo”*, sino un *“medio”* para tratar de ayudar a devolver y mantener la salud de la gente, (Fiorestti, 1995)

De acuerdo a esta aseveración, como *“medio”* ayudaron y mucho al control de la infección caries dental.

Si se observa de cerca la dentina de esas cavidades abiertas (Fig. 24), es fácilmente visible su cicatrización, (restauración biológica).

Representa signos de la progresión pasada (historia) de la enfermedad. Además los dientes afectados no presentaban, como es común en estos

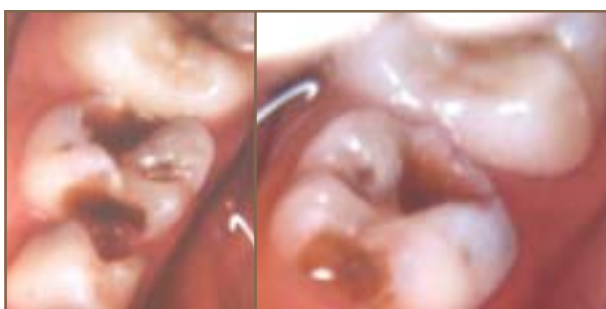


Figura 24: marzo de 1999.

casos, ningún tipo de sintomatología y su exfoliación estaba cercana.

Obviamente, las cicatrizaciones en los dientes de leche no enmascararon el “diagnostico de riesgo aumentado actual a la progresión de la enfermedad caries”

Se decidió entonces, priorizar el tratamiento etiológico- control de infección- y no reobturar quirúrgicamente los dientes temporarios. (Fig. 25)

En esta etapa del tratamiento se tuvo que expli-



Figura 25: marzo de 1999.

car, en forma escrita, (que tenemos documentada), el plan de tratamiento que se venía desarrollando desde 1992. En él se explicitaban las razones por las cuales no se reobturaban los dientes temporarios. Esas cavidades abiertas en los dientes temporarios originaron un “diagnostico de enfermedad”, causa fundamental para negar el “carne de salud odontológica” al niño. Marcelo, que jugaba muy bien al fútbol, lo necesitaba imperiosamente. La intervención del autor permitió que se lo concedieran, aunque “provisoriamente”.

Con el transcurrir del tiempo, Marcelo fue entrando en la adolescencia, con todas las connotaciones que la misma trae. Su situación familiar cambió y su abuela pasó a ocupar otro lugar de influencia.

El paciente comenzó a no concurrir a las citas de control o a hacerlo muy irregularmente.

En la Fig. 26 observamos su situación en enero de 2001.

Sus dientes temporarios con extensas lesiones



Figura 26: enero de 2001.

crónicas habían exfoliado asintómicamente. En la figura podemos ver que toda su dentición es permanente y que existen graves signos de progresión actual de la enfermedad caries.

En la parte superior de la Fig. 27, a mayor aumento, se pueden apreciar lesiones de mancha blanca activas por caries en el margen gingival de 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2. En la parte inferior de la figura, su estrecha relación con la placa bacteriana.



Figura 27.

Si se diagnostican lesiones activas por caries en zonas donde la desorganización de la placa es relativamente sencilla, es fácil imaginar qué estará sucediendo en otras zonas de más difícil acceso para el cepillo e hilo dental, pero no para las bacterias.

Se explicó la gravedad de la situación y se propuso retomar el tratamiento etiológico de la enfermedad. (Fig. 28)

Este criterio a Marcelo le costó mucho entenderlo, porque ahora le habían otorgado sin ningún tipo de inconveniente el "carné de salud odontológico" por el tiempo reglamentario. (Fig.29)

La abuela en cambio, entendió perfectamente el diagnóstico, pero ya sus posibilidades de participación activa eran escasas (observe su actitud en la Fig. 28).



Figura 28.

En los meses sucesivos se siguió trabajando en el control de la enfermedad caries, que era nuestro objetivo.

Se tuvieron avances y retrocesos, porque "es en definitiva la persona la que en cada momento prioriza sus necesidades y requerimientos, porque cada persona es un ser biológico y social único e indivisible" (Fioretti,1995).

El anterior concepto es aplicable en la misma medida al



Figura 29: Marcelo con su "carné de salud".



Figura 30: agosto de 2001.

paciente y al profesional tratante.

En la secuencia de la Fig. 30 se puede observar, clínica y radiográficamente:

* Que se ha cepillado con esmero para venir a la consulta. Ese nivel de placa no condice con la manifiesta gingivitis que presenta.



Fig. 31a: agosto de 2001.

* Las lesiones de los incisivos no han avanzado, pero tampoco podemos afirmar que han cicatrizado.

* Radiográficamente no se observan lesiones, lo cual no asegura su inexistencia.

A este diagnóstico de "riesgo aumentado de progresión de enfermedad", debemos agregar otro factor fundamental: *la erupción de sus segundos molares permanentes*. (Fig. 31)



Figura 31b: agosto de 2001.

Ante esta nueva situación, se reafirma nuestro objetivo: ayudar a controlar la progresión de la enfermedad. Esta labor deberá ser realizada en conjunto, porque el odontólogo, por si solo, es muy poco lo que puede realizar.

Marcelo dejó de concurrir a las citas, que repetidamente tratamos de coordinar.

Pasaron tres años y en setiembre de 2004, solicitó una consulta.

Comunicó que estaba muy complicado y que no había podido concurrir.

En la secuencia de la Fig. 32 se puede observar:

* Marcelo ha crecido y cambiado en varios aspectos.

* Existen lesiones activas cavitadas en 1.1, 1.2, 3.7, 4.7

* Acumulación de placa de más de 72 horas.

Luego de esta consulta no se tuvieron más noticias del paciente.



Figura 32: setiembre de 2004.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

* Se ha estudiado la evolución de un paciente, niño ayer, adolescente hoy, hombre mañana.

* Se ha procurado elaborar- a través del estudio de una persona en particular- PRINCIPIOS (de trascendencia global en el ejercicio de la Odontopediatría).

Agradecimientos

A Marcelo, su madre y su abuela por habernos permitido la publicación con todo su material fotográfico y por la hermosa carta que nos enviaron con dicha autorización.

Estos PRINCIPIOS se basan en la capacidad diagnóstica, la planificación terapéutica y la utilización racional de los materiales y técnicas preventivas y rehabilitadoras, con el objetivo de alcanzar un estado de salud sustentable en el paciente niño (Fioretti, 1995).

Para tratar de fundamentar este punto, se podría preguntar:

Si Marcelo en este momento tuviera un nuevo traumatismo que afectara sus dientes permanentes: ¿los Principios que hemos elaborado, se cambiarían por otros?

El autor cree que NO.

* Si el objetivo perseguido se hubiera centrado en el tratamiento de los “dientes de leche traumatizados”, este artículo se habría extendido hasta 1994, donde los dientes exfoliaron, quedando como “anécdota” la reimplantación, durante dos años, de dos incisivos inferiores casi exarticulados.

* Por supuesto que hubiera sido más gratificante y espectacular para Marcelo (y su odontólogo) mostrarse y sentirse sano a sus jóvenes 15 años.

Pero como lo demuestra la experiencia, las “necesidades y prioridades” las determina el ser humano y ellas no pasan, en muchas etapas de la vida, a veces nunca, por el “cuidado bucal”.

Sin embargo es evidente que los años de trabajo mancomunados del odontólogo, el paciente y su entorno familiar, aportaron elementos muy importantes de análisis. En ellos se obtuvo un estado de salud sustentable. Al desaparecer en los últimos años y por diversos motivos esa labor coordinada, la progresión de la enfermedad caries se ha acentuado.

* Igualmente se reconoce que lo realizado no ha sido en vano. Se confía en que Marcelo *tiene incorporados los fundamentos necesarios* que requiera para recuperar y mantener su salud. De igual manera y sin ninguna duda, sus hijos también tendrán los fundamentos para mantenerla.

Dr. Horacio Fioretti

Acevedo Díaz 1231, CP 11200
Montevideo, Uruguay
horaciofi@adinet.com.uy

REFERENCIAS

- Andreassen JO.** (1994) Textbook and color atlas of traumatic injuries of the teeth. 3er. Ed. Munksgaard. Copenhagen.
- Cacciafesta V, Miethke R, Jost-Brinkmann P, Scheifele C, Becker J.** (1999) Reimplantacion y ferulizacion de incisivos avulsionados con el sistema Art Bending. Discusion y reporte de un caso. *Journal of Orthopedic-orthodontics and Paediatr Dent.*
- DelapTG, Dowling PA, McGilligan T, Vijaya-Secaran S.** (1999) Bilateral pulmonary aspiration of intact teeth following maxillofacial trauma. *Endod Dent Traumatol Aug;15(4):190-2.*
- Dhanrajani PJ, Swaify GA.** (1992) Aspiration of a bridge and a tooth. *Cranioaxilofac Surg; 20(2):91-2.*
- Diccionario terminológico de ciencias medicas** (1960). Salvat.
- Figún ME** (1978) Anatomía odontológica funcional y aplicada. El Ateneo. Buenos Aires.
- Fioretti JH** (1995) 34ª Seminario odontológico Latino Americano. San Pablo. C.E.O.
- Glendor U, Kouchecki B, Halling A.** (2000) Risk evaluation and type treatment of multiple trauma episodes to permanent teeth. *Endodontics & Dental Traumatology;16:205-210.*
- Holan G, Ram D.** (2000) Aspiration of an avulsed primary incisor. A case report. *Int J Paediatr Dent; 10(2):150-2.*
- Martínez Gómez V.** (1997) Dientes natales y neonatales. *Acta Odontologica Venezolana; 35(2).*
- Olmeda JJ.** (1997) Detección del maltrato infantil en los consultorios odontoestomatológicos. Disponible en: www.coem.org/revista/anterior/11-97/artículo.htm
- Prieto JJ.** Clasificación de los traumatismos dentales en paleopatología. Actas del V Congreso Nacional de la Asociación Española de Paleopatología. Laboratorio de antropología forense. Universidad Complutense de Madrid. Págs: 278-283. Disponible en www.ucm.es/info/aep/congreso.htm.
- Rossetti H.** (1995) Salud para la odontología. Edición del Autor. Buenos Aires.
- Siefkin S.** (1995) An objective classification system for scoring dental trauma (Poster) XXII Congreso Anual de la Paleopathology Association. Oakland.
- Steelman R, Millman E, Eteiner M, Gustafson R.** (1997) Aspiration of a primary tooth in a patient with a tracheotomy *Spec Care Dentist; 17(3):97-9.*
- Veleiro Rodríguez C.** (2002) Traumatismos dentales en niños y adolescentes. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría.* Disponible en: www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/traumatismos_dentales.asp.

ESPACIO PUBLICITARIO