

Luxación intrusiva de un incisivo central superior temporal con perforación de la tabla vestibular. Presentación de caso clínico

Concepción Lacalle Muñoz de Cuerva*, Marta Muñoz Corcuera**

RESUMEN

La luxación intrusiva en dientes temporales supone el desplazamiento del diente hacia el interior del hueso alveolar en el fondo del alveolo dentario, pudiendo quedar impactado sobre el diente permanente.

La prevalencia de secuelas en los dientes permanentes debido a traumatismos varía mucho según los estudios; aunque los traumatismos que más se asocian con la aparición de secuelas son la intrusión y la avulsión de los dientes primarios.

En este artículo se expone un caso clínico de una paciente de 5 años que sufrió dos traumatismos en un incisivo central temporal, terminando con una luxación intrusiva en la que se exponía el ápice dentario a través de la encía vestibular. Tras el diagnóstico clínico y radiológico, se decide extraer el diente intruido para facilitar la correcta erupción del diente permanente. A los 5 meses se produjo la erupción del diente permanente, el cual presenta una alteración en el esmalte como secuela de los traumatismos sufridos.

Palabras clave: *Traumatismo dental, luxación intrusiva, dentición temporal*

ABSTRACT

Intrusive luxation in temporary teeth involves the displacement of the tooth into the alveolar bone at the bottom of the dental socket, and may be impacted on the permanent tooth.

The prevalence of sequelae in permanent teeth due to trauma varies greatly according to studies; although the injuries that are most associated with the appearance of sequelae are the intrusion and avulsion of the primary teeth.

In this article, a clinical case of a 5-year-old patient who suffered two trauma to a temporary central incisor is presented, ending with an intrusive dislocation in which the dental apex was exposed through the vestibular gum. After the clinical and radiological diagnosis, it is decided to extract the intruded tooth to facilitate the correct eruption of the permanent tooth. At 5 months the eruption of the permanent tooth occurred, which presents an alteration in the enamel as a consequence of the trauma.

Key words: *Dental traumatism, intrussive luxation, temporary dentition*

INTRODUCCIÓN

La luxación intrusiva supone un desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar en el fondo del alveolo dentario. Se acompaña de explosión o fractura de la cavidad alveolar, pudiendo quedar impactado el diente temporal contra el germen del diente permanente¹.

Es un tipo de traumatismo frecuente en dentición temporal, siendo uno de los más graves que pueden ocurrir en dentición permanente. Aunque en muchos casos

se produce una re-erupción espontánea del diente, la intrusión en el alveolo puede provocar complicaciones como la anquilosis, la necrosis pulpar y la infección con inflamación periapical, que pueden afectar al diente permanente en caso de no ser diagnosticada y tratada correctamente y a tiempo².

Según el protocolo para el manejo de los traumatismos en dentición temporal de la SEOP (Sociedad Española de Odontopediatría) y la IADT (International Association of Dental Traumatology), 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. Si por el contrario, el ápice se ha desplazado hacia el germen del diente sucesor permanente, el diente debe ser extraído. Además, se incluyen las instrucciones que se deben proporcionar al paciente, entre las que se incluyen dieta blanda entre 10 y 14 días, mantener una buena higiene oral, aplicar clorhexidina tópica al 0,1% dos veces al día durante una semana, restringir el uso del chupete e informar a los padres de las posibles com-

* Odontóloga. Postgrado en Odontopediatría.

** Profesora titular del Departamento de Odontología Clínica. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid.

Correspondencia: Concepción Lacalle Muñoz de Cuerva. Eduardo Anitua Foundation. C/ Adolfo Pérez Ezquivel 92, CP:28230, Las Rozas (Madrid), Spain. Teléfono: : 629 24 79 48 Correo electrónico: lacalleconchita@gmail.com



FIGURA 1. Vista frontal del diente intruido, con exposición del ápice a través de la tabla vestibular.



FIGURA 2. Vista oclusal del diente intruido en la que se observa el pólipo a nivel gingival.

plicaciones. Siguiendo este protocolo, se deben realizar controles clínicos a la semana y a las 6-8 semanas, clínico y radiográfico a las 3-4 semanas, 6 meses y un año, y posteriormente cada año hasta la exfoliación del diente temporal¹.

Los diferentes estudios señalan una prevalencia de aparición de secuelas en los sucesores permanentes tras un traumatismo en dientes primarios que varía del 7,9 al 74%³. La severidad de estas secuelas va a depender de varios factores, incluyendo la edad del niño cuando se produjo el accidente, el nivel de reabsorción radicular del diente que recibió el traumatismo, el tipo de traumatismo sufrido y el estadio de desarrollo del diente permanente en el momento del traumatismo. La avulsión y la

intrusión de los dientes primarios son los accidentes que más se asocian con la aparición de secuelas³.

Las posibles secuelas pueden afectar tanto a la corona como a la raíz del diente permanente. A nivel coronal incluyen hipoplasia del esmalte, dilaceraciones de la corona y aparición de coloración amarilla o marrón. A nivel radicular pueden aparecer duplicación y dilaceraciones parciales o totales. Además, es posible que se altere el proceso eruptivo, apareciendo retenciones o malformaciones del diente permanente^{3,4}. Se han descrito incluso casos de fusión dentaria en dientes permanentes tras luxaciones intrusivas y subluxaciones¹⁰. La gravedad de las complicaciones depende sobre todo del estado de desarrollo del diente permanente, y de la



FIGURA 3. Radiografía panorámica de la paciente.



FIGURA 4. Radiografía periapical de 51 y 61, en la que se observa la posición del diente intruido.

intensidad del traumatismo sufrido⁴. Según el estudio de Andreasen, el diente permanente se vio afectado en el 63% de los casos en niños menores de 2 años, en el 53% de los casos en niños de 3-4 años y en el 24% en niños de 5 y 6 años⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años, sin antecedentes médicos ni fami-



FIGURA 5. Fotografía tras la extracción del 61.

liares relevantes. Acude a la consulta del odontólogo debido a un traumatismo. En agosto de 2018 se golpeó el 61 contra un escalón de granito. Al acudir al hospital se le indica vigilar si el diente se oscurece y se le prescribe antibiótico. En diciembre de 2018 vuelve a golpearse el mismo diente contra el borde de una mesa. El diente se oscurece y la madre acude a la consulta odontológica en Enero de 2019.

A la exploración extraoral no se observan anomalías. En la exploración intraoral se observa intrusión del diente 61, con coloración muy oscura y un pólipo a nivel gingival que deja al descubierto el ápice del diente a través de la tabla vestibular (*Figuras 1 y 2*).

La exploración radiológica confirma la intrusión del diente en el hueso alveolar con el desvío del ápice dentario hacia la tabla vestibular (*Figuras 3 y 4*).

Tras estudiar el caso, se decidió realizar la extracción del diente en consulta con anestesia local. La extracción se realizó sin complicaciones (*Figuras 5 y 6*).

Se programan revisiones al mes, a los 3 meses y cada 6 meses, para comprobar la curación y la erupción del incisivo central permanente.

Al mes se observa la evolución favorable y la curación de los tejidos blandos (*Figura 7*).

A los 5 meses se observa la erupción del diente permanente, el cual presenta una lesión blanca en el esmalte compatible con una hipoplasia del esmalte, sin apreciarse alteraciones a nivel radiológico (*Figuras 8 y 9*).

DISCUSIÓN

La prevalencia de traumatismos en dentición temporal varía según los diferentes autores entre el 4 y el 62%, siendo los incisivos centrales superiores los dientes más afectados. Los niños son particularmente susceptibles a sufrir traumatismos en dentición temporal durante sus primeros años de vida, en los cuales comienzan a caminar y a socializar^{4, 5, 9, 11}.

Los traumas severos en dientes primarios constituyen un riesgo para la formación de los dientes permanentes; especialmente las luxaciones laterales, intrusiones y extrusiones.

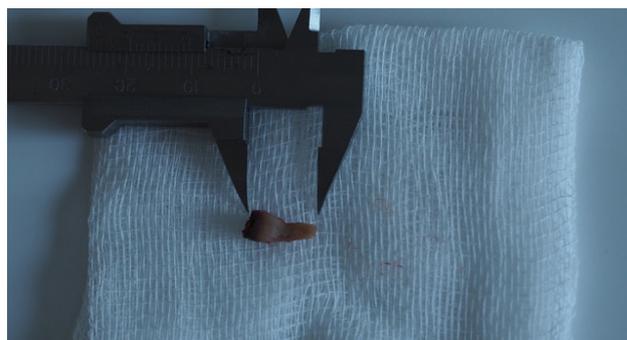


FIGURA 6. Vista del 61 una vez extraído.



FIGURA 7. Vista frontal en la revisión, un mes después de la extracción.



FIGURA 8. Vista frontal en la revisión 5 meses después, en la que se observa la erupción del 21 con un defecto en el esmalte.

Es importante mantener la dentición temporal, para garantizar la función y la estética, pero también para servir de guía para la erupción de los dientes permanentes⁵. Por ello, las guías clínicas de la IADT recomiendan realizar un tratamiento lo más conservador posible, basándose en el principio de contención del daño^{7,12}.

La luxación intrusiva es bastante frecuente. En el estudio de Mendoza-Mendoza y cols del año 2014, los traumatismos más frecuentes en dentición temporal fueron la subluxación (47,29%), la intrusión (23,15%) y la avulsión (13,63%). En el caso de las intrusiones, la mayoría reerupcionaron espontáneamente. En el 21,27% de los casos de intrusión, la corona no se podía ver, siendo la intrusión completa o casi completa. La complicación que se encontró de manera más frecuente en estos casos fue la reabsorción patológica de la raíz con o sin necrosis pulpar asociada, siendo además la intrusión el tipo de traumatismo más asociado con la aparición de complicaciones en los dientes temporales y permanentes (hipoplasia e hipomineralización)⁴.

En el artículo de Costa y cols del año 2016⁶, se encontró que el 47,2% de los casos de luxación intrusiva presentaban secuelas clínicas (cambios de color, fístula, posición anormal, pérdida prematura), y el 34,5% secuelas radiológicas (reabsorción acelerada o patológica de la raíz, obliteración del canal pulpar y radiolucidez periapical).

Otro tema a resaltar en el manejo de los traumatismos en dentición temporal, es que a pesar de la importancia de acudir al odontólogo tras un traumatismo de manera urgente, esto no sucede en todos los casos; especialmente según avanza la edad del niño, cuando las visitas son menos frecuentes. Colak y col encontraron en su estudio⁸, que solo el 24,3% de los padres de los niños

que habían sufrido una luxación intrusiva acudían a la consulta del odontólogo en las primeras 12 horas tras el accidente. En el estudio de Mendoza-Mendoza y cols⁴, el 49,2% de los padres acudieron a la consulta del odontólogo en las primeras 24 horas. Los niños más pequeños



FIGURA 9. Radiografía periapical del 21 tras la erupción.

(menores de 2 años) son los que más frecuentemente son llevados a la consulta del odontólogo.

En nuestro caso, transcurrieron meses hasta que la paciente fue vista por un odontopediatra.

CONCLUSIÓN

Ante un traumatismo dental con luxación intrusiva es importante acudir con rapidez a la consulta del odontólogo, y que este realice un diagnóstico clínico y radiológico correcto. Dependiendo de la posición del diente respecto al permanente, la actuación terapéutica será más o menos conservadora, permitiendo la re-erupción, o extrayendo el diente temporal. Se debe establecer una pauta de revisiones con el fin de controlar la erupción del diente permanente, explicando a los padres o cuidadores las posibles consecuencias que puede tener este tipo de traumatismo sobre la dentición permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo para el manejo de los traumatismos en dentición temporal. SEOP (Sociedad Española de Odontopediatría) e IADT (International Association of Dental Traumatology). Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/traumatismos-en-denticion-temporal/>
2. Lauridsen E, Blanche P, Yousaf N, Andreasen JO. The risk of healing complications in primary teeth with intrusive luxation: A retrospective cohort study. *Dent Traumatol.* 2017 Oct;33(5):329-336. doi: 10.1111/edt.12341.
3. Soares FC, Cardoso M, Bolan M. Association between trauma to primary incisors and crown alterations in permanent successors. *Braz Dent J.* 2014;25(4):332-5.
4. Mendoza-Mendoza A, Iglesias-Linares A, Yañez-Vico RM, Abalos-Labruzzo C. Prevalence and complications of trauma to the primary dentition in a subpopulation of Spanish children in southern Europe. *Dent Traumatol.* 2015 Apr;31(2):144-9. doi: 10.1111/edt.12147.
5. Costa V, da Silva-Júnior I, Shqair A, Gastmann A, Baldissera E, Goettens M, Torriani D, Baldissera RA, Martins TM. Fusion of permanent teeth as post-traumatic sequelae of trauma in primary dentition: A case report with fifteen years of follow-up. *J Clin Exp Dent.* 2018 Jul 1;10(7):e709-e712. Doi: 10.4317/jced.54856.
6. Andreasen JO, Ravn JJ. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors. *Eur J Oral Sci.* 1971;79:284-94.
7. Costa VP, Goettens ML, Baldissera EZ, Bertoldi AD, Torriani DD. Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. *Braz Oral Res.* 2016 Aug 18;30(1). pii: S1806-83242016000100702. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0089.
8. Cully JL, Zeeb K, Sahay RD, Gosnell E, Morris H, Thikkurissy S. Prevalence of Primary Teeth Injuries Presenting to a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Dent.* 2019 Mar 15;41(2):136-139.
9. Sulieman AG, Awooda EM. Prevalence of Anterior Dental Trauma and Its Associated Factors among Preschool Children Aged 3-5 Years in Khartoum City, Sudan. *Int J Dent.* 2018 May 24;2018:2135381. doi: 10.1155/2018/2135381.
10. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, Cavalleri G, Cohenca N, Day P, Hicks ML, Malmgren O, Moule AJ, Onetto J, Tsukiboshi M. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries in the Primary Dentition. *Pediatr Dent.* 2017 Sep 15;39(6):420-428. doi: 10.1111/j.1600-9657.2012.01146.x.
11. Riobos González, M. F., García-Navas, L. Luxación intrusiva completa de un incisivo central superior temporal. Protocolo de actuación. A propósito de un caso. *Cient Dent.* 2014; 11; 2: 99-103.
12. Colak I, Markovic D, Petrovic B, Peric T, Milenkovic A. A retrospective study of intrusive injuries in primary dentition. *Dent Traumatol.* 2009 Dec;25(6):605-10. doi: 10.1111/j.1600-9657.2009.00838.x.