

**Reposición de fragmentos dentarios: una opción terapéutica**

**Reposition of tooth fractures: a therapeutic option**

**Dra. Leyda Larrúa Rodríguez**

Clínica Estomatológica del Hospital Militar Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó el estudio y presentación de un paciente que acudió a consulta de Estomatología en el hospital militar Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, por presentar fractura del incisivo central superior derecho, se comentó la conducta seguida hasta la solución de la secuela de la fractura mediante la técnica de reposición de fragmentos dentarios y se evolucionó el paciente durante cinco años.

**DeCS:** FRACTURAS DE LOS DIENTES/terapia.

**ABSTRACT**

Study and presentation of a patients who attended to the Odontology consultation at Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja military hospital was carried out. He presented fracture of the righth superior central incisive; the behavior followed for the solution of fractures was commented, and the patient was followed during five years.

**DeCS:** TOOTH FRACTURES/ therapy.

## INTRODUCCIÓN

No hay nada que preocupe más a los padres y familiares dentro de las urgencias en estomatología que las fracturas dentarias en los dientes permanentes, por lo que acuden a consulta muy angustiados con sus hijos afectados. Los adelantos logrados en la ciencia odontológica son importantes y los nuevos materiales dentales son superiores a los utilizados hasta hace unos cuantos años. Sin embargo, no debemos olvidar la naturaleza tan variable de la respuesta humana a cualquiera de nuestras técnicas terapéuticas y nuestro enfoque en ese sentido nunca debe ser dogmático. Así pues, tenemos que ser capaces de diagnosticar, interpretar y modificar las técnicas de tratamiento. El objetivo a alcanzar es la salud del paciente, el éxito exige una respuesta amplia, ya que los traumatismos la mayoría de las veces son prevenibles, pero siempre impredecibles en su magnitud, localización y circunstancias eventuales que los pueden acompañar. El tratamiento implica una emergencia porque el grado de lesión de los tejidos dentarios y el tiempo transcurrido, entre otros, desempeña un papel importante en el futuro de la salud, teniendo en cuenta la edad y conducta de los pacientes.<sup>1</sup>

Según los diferentes autores, las fracturas dentarias de corona en dentición permanente son más frecuentes entre los 9 y 12 años; los juegos se hacen más violentos, así como la práctica de deportes y por lo tanto aumenta la propensión a las caídas. Los dientes más afectados son los cuatro incisivos y de ellos, los centrales. Se observa mayor prevalencia en el incisivo central izquierdo del maxilar superior (2.1) y con preferencia el ángulo mesial. Esto puede estar en función del carácter diestro de la mayoría de las personas que dejarían al descubierto su lado izquierdo al protegerse con la mano derecha.<sup>2, 4-6</sup>

En un estudio realizado en Sevilla, en el año 1991, en un primer grupo de pacientes encontramos mayor prevalencia en el incisivo central superior derecho (1.1), aunque la diferencia con el izquierdo no llega a adquirir significación estadística; el segundo grupo coincide con los hallazgos de otros autores.<sup>3</sup>

Los odontólogos reconocen los perfiles propensos a accidentes, se trata de niños que presentan dientes anteriores en protrusión con maloclusión de primera clase tipo 2, o segunda clase primera división. Los niños con este perfil tienen dos veces más posibilidades de lesión en los dientes permanentes. Mc Ewen y Mc Hugh encontraron que, a medida que aumenta la sobremordida horizontal, aumenta la frecuencia de incisivos superiores fracturados.<sup>2, 4, 5</sup>

En cuanto a la distribución por sexo, se ha comprobado que los niños sufren al menos dos veces más lesiones que las niñas. No obstante, a no ser por fracturas

extensas que producen dolor, acuden a consulta más niñas que niños, lo que se explica por la preocupación estética. <sup>2-6</sup>

A través de los años se han realizado diversas clasificaciones de las fracturas dentarias, en 1978 la O.M.S. estableció la siguiente, basándose en los tejidos coronarios involucrados: <sup>5</sup>

I-Fractura no complicada sin exposición de dentina. Infracción. Incluye esmalte solamente.

II-Fractura no complicada con exposición de dentina.

III-Fractura complicada:afecta esmalte, dentina y pulpa.

Asimismo Ellis y Davey han dejado una clasificación simple y clara de todas las lesiones, corona y raíz, nosotros nos referiremos a las de importancia para nuestro trabajo: <sup>2, 7</sup>

**1ra. clase:** Fractura sencilla de corona, dentina no afectada o muy poco afectada.

**2da. clase:** Fractura extensa de corona afectando considerable cantidad de dentina, sin exposición pulpar.

**3ra clase:** Fractura extensa de la corona afectando considerable cantidad de dentina con exposición pulpar.

Como estas fracturas afectan la estética y muchas veces producen dolor y sensibilidad a los cambios térmicos, se han ensayado diversos tratamientos dirigidos a mantener la vitalidad pulpar, recuperar estética y función. <sup>(2,5-11)</sup>

Actualmente se realiza la técnica de reposición de fragmentos dentarios como opción terapéutica. Esta puede ser mediata o inmediata. La primera se considera temprana entre los 4 y 15 días de ocurrido el trauma y tardía entre un mes o mes y medio después de éste. <sup>12, 13</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años de edad, femenina, blanca, que acudió a consulta del hospital militar "Dr:Octavio de la Concepción y de la Pedraja"con fractura extensa de corona que involucraba pulpa dentaria (grado III) en el incisivo central superior derecho (1.1). La niña fue traída a la clínica media hora después del trauma. Luego del examen físico y radiológico inicial se procedió a realizar un recubrimiento pulpar directo con pasta de hidróxido de calcio;se selló y se cubrió con cingol y una

forma plástica. Se indicó colocar el fragmento en agua destilada para evitar deshidratación. Se evolucionó el diente y a los cuatro días se realizó la reposición.

### **Técnica:**

Aislar el diente afectado.

Biselar el borde interno de la fractura con fresa de airotor.

Limpiar con alcohol de 90 ° el diente y el fragmento para eliminar grasas, restos de cingeno y otros depósitos.

Lavar bien con agua destilada y secar con aire caliente (se puede utilizar un secador de pelo).

Aislar la pulpa dentaria con Septocalcine.

Grabar con ácido durante un minuto, tanto el diente como el fragmento.

Lavar nuevamente con agua destilada y secar con aire caliente.

Aplicar bond y polimerizar durante 40 segundos.

Colocar el fragmento reposicionado lo más anatómicamente posible.

Aplicar pequeña cantidad de resina fotopolimerizable por vestibular y polimerizar durante 40 segundos.

Repetir el procedimiento por palatino.

Eliminar cualquier exceso y pulir.

Esta paciente se chequeó clínica y radiográficamente a los 15 días, un mes, tres meses, seis meses y anual durante cinco años; observándose buena evolución, excepto un ligero cambio de coloración de la corona, imperceptible al personal no estomatológico.

### **DISCUSIÓN**

Después del tratamiento de esta paciente y dada la incidencia de fracturas y la posibilidad real de obtener buenos resultados, nos motivamos a realizar este trabajo.

En nuestro hospital hasta el momento hemos tratado 23 pacientes con evolución favorable, (menos de cinco años) incluido un niño a quien se le realizó en dos ocasiones por sufrir un nuevo trauma.

Refiriéndonos a la técnica, es posible emplearla cuando existe más de un fragmento, así como la pulpa puede aislarse

Otros autores plantean no reponer después de transcurrido un mes y medio de la fractura; <sup>(12,13)</sup> en el transcurso de esta investigación se evoluciona a una muchacha de 17 años de edad; que mantiene su diente en buenas condiciones (le realizamos el tratamiento hace dos años) y el fragmento estuvo guardado durante cinco años; sí creemos necesario señalar que, por encontrarse muy deshidratado, fue necesario colocarlo en agua destilada, cambiada cada 24 horas durante una semana.

### **Ventajas de la técnica:**

No utiliza anestesia.

Disminuye la cantidad de medicamento, comparado con una reconstrucción de rutina.

Devuelve estética y adecuado funcionamiento.

El diente afectado sufre el mismo desgaste fisiológico que los adyacentes.

El esmalte reposicionado refleja su translucidez y superficie original.

Puede utilizarse en fracturas extensas que involucren dentina e incluso pulpa dentaria.

En nuestra experiencia la técnica de reposición de fragmentos dentarios constituye una de las mejores opciones terapéuticas para el tratamiento de fracturas coronarias; puede aplicarse inmediatamente después de ocurrir el trauma, lo que brinda una restauración duradera, y se evita el daño psicológico al niño afectado y ayuda a devolverle una sonrisa feliz a él y a sus familiares.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Prigioni C. El odontólogo biológico frente a los traumatismos. Bol Asoc Argent Odontol P-Niños. 1994;23(2):4.
2. Ripa LW, Finn SB. Tratamiento de lesiones en piezas anteriores infantiles. Act Estomatología. 1979;3(5):3-44.
3. Chaparro Heredia J, Feito Hidalgo JJ, Murillo del Castillo C, Rubio Manzanares J. Traumatismos dentofaciales (III). Estudio estadístico de traumatismos dentales en un grupo de niños sevillanos. Rev Act Odontoestomatol Española. 1991;51(104):49-52.
4. Mayoral Herrero G, Nuño Díaz MA. Fracturas coronarias en incisivos superiores. Rev Esp Estomatología. 1980;28(2):105-10.

5. Andreasen JO. Lesiones traumáticas de los dientes. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987.
6. Abreu Correa JM, García Sarría MC. Diagnóstico y tratamiento del trauma dental. Rev Cubana Estomatol. 1997;34(7):62-6.
7. Pulver F. Tratamiento del traumatismo al inicio de la dentición permanente. Clin Odontol Norteamer. 1982;26(3):487-514.
8. Demarchi MG de A, Sampaio JMP, Sato EFL, Collesi RR. Traumatismo dental envolviendo dois incisivos centrales superiores: caso clínico. Rev Odontol Univ Santo Amaro. 1999;4(2):44-7.
9. Basrani E, Nallo R, Pintado G. Fisuras y fracturas del esmalte. Rev ECUA-Estomatol. 1994;12:3-5.
10. Ailor JE. Conductas en fracturas dentarias incompletas. JADA. 2000;3(5):208-13.
11. Takahashi CU, De Cara AA, Contin I. Resistencia á fraturas de estauracoes diretas com cobertura de cúspide im pré-molares superiores endodónticamente tratados. Pesqui Odontol Bras. 2001;15(3):247-51.
12. Moras CM, de Moras NB. Unión de fragmentos dentarios con sistema de adhesión dentina-esmalte. CAO. 1989;19(170):18-20.
13. Ovadia Arón V. Reposición de fragmentos dentarios fracturados en una clase II y clase III de Elli's. Rev ADM. 1990;47(5):24-9.

Recibido: 6 junio de 2002

Aprobado: 12 diciembre 2002

*Dra. Leyda Larrúa Rodríguez.* Especialista de I Grado de Periodontología. Clínica Estomatológica del Hospital Militar Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.