Descargado el: 20-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Traumatismo dentario. Presentación de un caso

Dental Trauma. A Case Report

Alain Soto Ugalde[1] Berbardina Maya Hernández[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Soto-Ugalde A, Maya-Hernández B. Traumatismo dentario. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 20]; 13(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2823

Resumen

Los traumas dentarios en niños y niñas son frecuentes, razón por la cual el estomatólogo debe estar capacitado para darles solución. En el presente trabajo se expone el diagnóstico, tratamiento y evolución del caso de un niño con resalte de 12 mm, hábito de respiración bucal y cierre bilabial incompetente, que sufrió trauma severo en el diente 11, lo que le causó movilidad de este. Se aplicó una férula al diente afectado y posteriormente se realizó tratamiento pulporadicular, todo ello con una evolución satisfactoria. Aunque estos traumas son comunes, la presentación de este caso es de interés, por su utilidad en el contexto docente.

Palabras clave: odontología pediátrica, oclusión dental traumática, férulas oclusales

Abstract

Dental traumas in children are common; therefore the dentist should be trained to solve them. This paper presents the diagnosis, treatment and outcome of a child with a 12 mm overjet, mouth breathing habit and bilabial incompetence who suffered a severe trauma to tooth number 11, causing its mobility. A splint was applied to the affected tooth and subsequently, a root canal filling was performed, all with a satisfactory outcome. Although these traumas are common, the presentation of this case is important due to its use in the teaching context.

Key words: pediatric dentistry, dental occlusion, traumatic, occlusal splints

Aprobado: 2015-04-02 09:05:24

Correspondencia: Alain Soto Ugalde. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos alain.soto@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Cuando el niño llega a la edad escolar, son comunes los accidentes en los juegos, casi siempre por caídas y lo más común es que ocurran fracturas de la corona del diente. En la segunda década de la vida, se incrementa la práctica de deportes y por lo tanto, las lesiones, generalmente luxaciones y traumatismos alveolares, las cuales se ha demostrado que se producen por el choque con el puño o con el codo. Estas lesiones también pueden aparecer con cierta frecuencia en personas con retraso mental y epilepsia, por falta de coordinación motora y los ataques característicos en esas enfermedades.[1,2]

Se desconoce el número exacto de pacientes que sufren traumas en los dientes; sin embargo, la frecuencia, a juzgar por el número de lesiones que se observan, debe ser elevada.

Se ha demostrado por la mayoría de los investigadores que los varones sufren al menos dos veces más lesiones en la dentición permanente que las hembras. En la mayoría de los pacientes solo se afectan uno o dos dientes. En cuanto a la edad, se sabe que las lesiones dentales son poco frecuente en el primer año de vida. Esta frecuencia aumenta cuando el niño empieza a caminar y correr.[3,4]

Se presenta un caso de trauma dentario en un niño de 11 años de edad, con el objetivo de exponer el tratamiento y seguimiento, así como los resultados obtenidos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad, color de la piel mestiza, de procedencia urbana, que cursaba sexto grado en la escuela primaria José Antonio Saco, con antecedentes personales de epilepsia y alergia. Este paciente estaba recibiendo tratamiento de ortodoncia, por presentar hábito de respiración bucal con vestibuloversión de incisivos superiores y resalte de 12mm. (Figura 1). Fue traído por su madre a la consulta porque sufrió un trauma dentario 72 horas antes, por caída durante un juego.



Figura 1. Se observa un resalte aumentado de 12 mm.

Al examen físico se observó facies característica de respirador bucal, perfil convexo, mucosas húmedas y normocoloreadas, articulación temporomandibular (ATM) sin alteraciones, cierre bilabial incompetente, labio superior corto.

Al examen bucal se detectó movilidad en diente 11, pérdida de una porción del borde incisal,

encía sangrante, aumentada de volumen. Al realizar radiografía periapical del diente 11, se observó aumento del ligamento periodontal. (Figura 2). Se diagnosticó fractura no complicada de la corona y luxación en el diente 11.



Figura 2. Se observa aumento del ligamento periodontal.

Tratamiento:

- Férula por 10 días.
- Laserterapia.
- Terapia con antibióticos: azitromicina 250mg diarios por siete días vía oral.
- Analgésico: ibuprofeno 400mg, una tableta cada ocho horas por siete días.
- Buchadas de manzanilla cuatro veces al día a temperatura ambiente.

Evolución

En la primera visita se colocó férula para inmovilizar el diente, se utilizó resina fotopolimerizable y alambre de ortodoncia para ligadura No. 12 y se dieron indicaciones señaladas en el plan de tratamiento. (Figura 3).



Figura 3. En la primera visita se colocó férula para inmovilizar el diente.

En la segunda visita, se retiró la férula (a los diez días). No se observó movilidad. Se realizó una nueva radiografía para ver la evolución; esta mostró los tejidos de sostén y protección sin alteración y con formación apical completa.

En una tercera visita, a los 30 días, se realizó prueba de vitalidad, con respuesta negativa al pulpovitalómetro, por lo que se decidió realizar TPR en una sesión. Se realizó acceso cameral, radiografía de conductometría, se instrumentó el conducto con limas Hedström Serie I completa, se irrigó con hipoclorito de sodio al 0,5 % y se secó el conducto con conos de papel estéril,

 ISSN 1727-897X

radiografía de cono principal, obturación del conducto con cemento para obturar conductos radiculares (GROSSFAR) y conos de gutapercha mediante técnica de condensación lateral. (Figura 4). Se realizó radiografía de obturación del conducto (Figura 5) y restauración con resina fotopolimerizable.



Figura 4. Tercera visita, en la que se realizó TPR.



Figura 5. Radiografía de obturación del conducto.

En la cuarta visita, a los tres meses, se realizó chequeo clínico y radiográfico para evaluar la evolución. Tanto los resultados radiográficos como del examen clínico, constataron la ausencia de complicaciones postraumáticas. (Figura 6).



Figura 6. A los tres meses, se constató la ausencia de complicaciones postraumáticas.

DISCUSIÓN

Algunas investigaciones realizadas en Cuba muestran que aproximadamente el 24 % de los niños menores de 14 años sufren algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores y que los varones son más propensos que las niñas a sufrir lesiones, ya que participan de manera más brusca en juegos y deportes. Dentro de los grupos dentarios afectados por los traumatismos, los antero superiores son los que más sufren cuando se produce el impacto, dada la posición que ocupan en la arcada dentaria; si presentan un resalte aumentado, tienen tres o cuatro veces más posibilidades de traumarse que otros con una oclusión normal.[5,6] Tal es el caso de este paciente, el cual presenta hábito de respiración bucal y un resalte aumentado de 12 mm.

Independientemente de otros motivos que pudieran aconsejar el tratamiento ortodóncico de estas mal posiciones, como prevención de las fracturas dentarias también es una necesidad de primer orden. Las lesiones dentales traumáticas deben tratarse siempre con carácter de urgencia, una vez producido el golpe conviene acudir de inmediato a la consulta estomatológica, porque un diagnóstico correcto y una adecuada actitud terapéutica son fundamentales, no sólo desde el punto de vista de la viabilidad del diente, sino también por la importante repercusión biológica, funcional, estética y psicológica que produce la pérdida de un diente o parte de él.[7]

Las fracturas del esmalte afectan solo a este tejido. Se producen principalmente en la región anterior, en el borde incisal o en un ángulo interproximal. No suelen mostrar sensibilidad a las variaciones de temperatura, deshidratación o presión. Las pruebas pulpares pueden ser negativas temporalmente.[8] No ocurrió así en este paciente, el cual presentó una prueba eléctrica negativa a las cuatro semanas de haber sufrido el trauma.

La luxación es la dislocación del diente de su posición fisiológica normal en el alveolo. Representa del 22 al 61 % de las lesiones dentarias, y es el incisivo central superior el más afectado. Las concusiones y las subluxaciones representan el 30 % y 77 % de todas las luxaciones,[9] lo que coincide con la lesión que presentó nuestro paciente.

Algunos autores plantean que los traumatismos dentales requieren controles a corto, mediano y largo plazo, ya que pueden aparecer complicaciones pasado un tiempo de haberlos recibido. La respuesta biológica es única para cada paciente aún en situaciones semejantes, ya que las reacciones orgánicas están ligadas a múltiples factores, pero debe destacarse que un aspecto importante para el éxito de los tratamientos en esta entidad, como en otras, es la cooperación del paciente.[10] En este aspecto en nuestro paciente obtuvimos buenos resultados.

Aunque estos traumas son comunes, el hecho de compartir experiencias siempre puede enriquecer el conocimiento y garantizar resultados cada vez mejores, tanto estética como funcionalmente. Se considera de importancia la

presentación de este caso, pues puede ser de utilidad en el contexto docente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. In: Garrigó Andreu MI, Sardiña Alñayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 493-4.

2. Protocolos de tratamiento de las luxaciones en dentición permanente [Internet]. España: Sociedad Española de Odontopediatría; 2011. [cited 6 Nov 2013] Available from: http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMAPERMluxs.pdf.

3. Protocolos de tratamiento de las fracturas en dentición permanente [Internet]. España: Sociedad Española de Odontopediatría; 2011. [cited 6 Nov 2013] Available from: http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMAPERMfras.pdf.

4. Mallqui Herrada LL, Hernández Añaños JF. Traumatismos dentales en dentición permanente. Rev Estomatol Herediana. 2012 ; 22 (1): 42-49.

5. Teixeira Antunez VB, Boix Domingo H, Saez Martínez S, Bellet Dalmau LJ. Traumatismos dentales en dentición permanente joven: a propósito de un caso. Rev Oper Dent Endod [revista en Internet]. 2008 [cited 6 Nov 2013] ; 5: [aprox. 15p]. Available from: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=28.

6. Zambrano Blondell GA, Rondón Rodríguez RG, Sogbe R. Fracturas coronarias de dientes permanentes y alternativas de tratamiento. Revisión de la Literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en Internet]. 2012 [cited 6 Nov 2013] [aprox. 60p]. Available from: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art35.asp.

7. Jamidez Herrera Y, Romero Zaldívar E, Pérez Cedrón R, López Hernández P. Evaluación a corto plazo de dientes traumatizados después de la aplicación de tratamientos. AMC [revista en Internet]. 2010 [cited 6 Nov 2013] ; 14 (6): [aprox. 20p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600010&lng=es.

8. Andlaw RJ, Rock WP. Manual de Odontopediatría. 4ta. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 223.

9. Snawder KD. Manual de Odontopediatría Clínica. Barcelona: Editorial Labor; 1982.

10. Gonzales Naya G, Nassur Rodríguez N, Ramos Cardoso L. Utilización de la férula en estomatología. In: Gonzales Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.