



Montero Reina A<sup>1</sup>, Aguilar Andújar A<sup>2</sup>, Ledesma Albarrán JM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MIR Pediatría. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

<sup>2</sup>Odontóloga. UGC Puerta Blanca. Málaga.

<sup>3</sup>Pediatra. CS Puerta Blanca. Málaga.

### PUNTOS CLAVE

- Los traumatismos dentales ocurren con mucha frecuencia, siendo la segunda causa de asistencia odontológica, después de las caries.
- Hasta en el 25% de los casos ocurren en piezas dentales definitivas, lo que puede repercutir a nivel psicoemocional y clínico.
- La clasificación de las lesiones más empleada continúa siendo la de Andersen.
- La avulsión dental se trata de una urgencia, no siendo la reimplantación una opción en dientes primarios.
- La antibioterapia se recomienda en situaciones de avulsión, siendo los  $\beta$ -lactámicos los antibióticos de elección.

### INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentales ocurren con mucha frecuencia en niños/as y adolescentes, siendo la segunda causa de demanda odontológica urgente después de las caries. Existen dos picos de incidencia: uno a los 2-3 años, en dentición temporal, cuando se inicia la coordinación motora, y otro entre los 8-10 años. En el 25% de los niños en edad escolar el traumatismo ocurre en piezas dentales definitivas, lo que puede conllevar alteraciones médicas, estéticas y psicoemocionales. Las piezas dentales afectadas con mayor frecuencia son los incisivos centrales superiores, seguidos de los laterales superiores y los incisivos mandibulares<sup>1,2</sup>.

Son más frecuentes en el sexo masculino 2:1, siendo esta proporción más llamativa a mayor edad en probable relación con el tipo de juegos, juguetes (patinetes...) o prácticas de deporte de más riesgo. En cuanto a la etiología, en menores de 3 años están más relacionados con traumatismos en el hogar, entre los 7 y 12 años, por caídas durante el deporte o juego, y desde los 13 años en deportes de mayor riesgo como baloncesto, balonmano... Aunque también habría que tener en cuenta otras etiologías menos frecuentes, como puede ser el maltrato, así como determinantes anatómicos predisponentes como dientes superiores protruidos, por labio superior corto<sup>1,2</sup>.

Es importante conocer y tratar de manera adecuada cada caso en función de la complejidad, teniendo en cuenta que el diagnóstico y tratamiento tempranos de estos traumatismos va a condicionar, en la mayoría de los casos, el pronóstico a medio y largo plazo, y la viabilidad de la pieza o piezas dentales afectadas.

Las lesiones más frecuentes son: las fracturas de corona no complicadas de esmalte o de esmalte-dentina, seguidas de las subluxaciones y la avulsión dentaria.

### CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DENTOALVEOLARES

En la [Tabla 1](#)<sup>3</sup> se muestra una clasificación de los traumatismos dentales.

**Cómo citar este artículo:** Montero Reina A, Aguilar Andújar A, Ledesma Albarrán JM. Traumatismos dentales. Form Act Pediatr Aten Prim. 2024;17(4):233-40.

Tabla 1. Clasificación de los traumatismos dentales. Fuente: elaboración propia a partir de Andersen

Lesiones del hueso	Tejidos duros y pulpa	Tejidos periodontales	Lesiones de la encía y/o mucosa bucal
No complicadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infracción del esmalte</li> <li>• Fractura de corona (esmalte)</li> <li>• Fractura de corona (esmalte + dentina)</li> <li>• Fractura corona -raíz (sin afectación pulpar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concusión</li> <li>• Subluxación</li> <li>• Luxación lateral</li> <li>• Luxación intrusiva</li> <li>• Luxación extrusiva</li> <li>• Avulsión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laceración</li> <li>• Contusión</li> <li>• Abrasión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractura de pared alveolar</li> <li>• Fractura del proceso alveolar</li> <li>• Fractura maxilar o mandibular</li> </ul>
Complicadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractura coronal con exposición pulpar</li> <li>• Fractura corono-radicular con exposición pulpar</li> <li>• Fractura de raíz</li> </ul>			

**Fracturas no complicadas<sup>4,6,9</sup>**

- **Infracción en esmalte:** lesión incompleta en esmalte (grieta) sin pérdida de la estructura dental. Se aprecia por transluminación. No dolor ni sensibilidad a la palpación, descartar luxación o fractura de raíz principalmente si aparece sensibilidad. Test de sensibilidad pulpar generalmente normal; se realiza mediante la aplicación de frío o estímulo eléctrico, evaluando así la actividad neural. No precisa de realización de prueba de imagen, salvo que asocie alteraciones de la sensibilidad. En general, no precisan tratamiento ni seguimiento, salvo que asocie otras lesiones (Figura 1).
- **Fractura coronal (esmalte):** fractura coronal que afecta únicamente al esmalte, con pérdida de estructura dental. Se apreciará pérdida de esmalte sin dentina expuesta. Movilidad normal. Hay que descartar lesiones asociadas. Test de sensibilidad negativo. Precisa control clínico y radiográfico a las 6-8 semanas y al año. Si hay lesiones asociadas, el seguimiento dependerá de estas últimas. Tratamiento de reconstrucción mediante resinas compuestas (Figura 2).
- **Fractura coronal no complicada:** afecta al esmalte y la dentina, sin exposición pulpar. Movilidad normal. El test



Figura 2. Fractura coronal (esmalte).

de sensibilidad pulpar suele ser positivo al frío por exposición pulpar, aunque no presenta sensibilidad a la percusión o palpación. Si presenta dolor, descartar lesiones asociadas como luxación o fractura de raíz. En cuanto a las pruebas de imagen: si falta un fragmento y asocia lesión en la parte blanda, habrá que realizar radiografía en busca de dicho fragmento/cuerpo extraño. El tratamiento consiste en restaurar la lesión con resinas compuestas. Al igual que las fracturas de esmalte, precisan revisión clínico-radiológica en 6-8 semanas y al año (Figura 3).



Figura 1. Infracción en esmalte.



Figura 3. Fractura coronal no complicada.

- **Fractura corono-radicular no complicada:** involucra al esmalte, la dentina y el cemento. Clínicamente a la palpación se percibe como fragmento móvil. Test de sensibilidad positivo. Debemos evaluar la extensión de la fractura (sub- o supraalveolar), por lo que están indicadas pruebas de imagen. El tratamiento puede ir desde la extracción del fragmento fracturado y la restauración de la corona hasta la extracción dentaria y la reposición de la pieza mediante implante. Seguimiento clínico-radiológico a la semana, en 6-8 semanas, 3 y 6 meses y al año. Posteriormente, revisiones anuales durante 5 años (Figura 4).

**Fracturas complicadas (indicativo de exposición pulpar).**

- **Fractura coronal:** afecta al esmalte y a la dentina, con exposición pulpar. Movilidad normal con ausencia de sensibilidad a la percusión o palpación, aunque la pulpa expuesta sí es sensible a estímulos (roce, calor, frío...). En cuanto a las pruebas de imagen: si falta fragmento y asocia lesión en la parte blanda, habrá que realizar radiografía en busca de dicho fragmento/cuerpo extraño. En pacientes con raíces inmaduras, se intentará preservar la pulpa mediante recubrimiento pulpar o una pulpotomía parcial, para así favorecer el desarrollo de la raíz, siendo el tratamiento de elección también en pacientes con raíces desarrolladas. Si hay signos de desvitalización, se realizará tratamiento de los conductos. Revisión clínico-radiológica a las 6-8 semanas, 3 y 6 meses y al año (Figura 5).
- **Fractura corono-radicular complicada:** involucra al esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa. Mismos hallazgos clínicos que en la fractura radicular. Indicación de realización de prueba de imagen para evaluar la extensión de la fractura. El tratamiento va desde extracción del fragmento y el tratamiento de los conductos, si es necesario, junto con la restauración coronal, hasta la exodoncia de la pieza y el posible implante. En dientes



Figura 5. **Fractura coronal.**

con ápices abiertos, se favorece la conservación pulpar mediante recubrimiento pulpar o pulpotomía (Figura 6).

- **Fractura de raíz:** involucra a la dentina, la pulpa y el cemento. Puede ser horizontal, oblicua o una combinación de ambas. Movilidad del segmento coronal, sensibilidad a la percusión y puede haber sangrado gingival. El test de sensibilidad pulpar es negativo. Indicación de prueba de imagen. Si el fragmento coronal está desplazado, habrá que reposicionar y comprobar radiológicamente. Estabilizar el segmento móvil teniendo en cuenta que, si la fractura es cervical, esta inmovilización tendrá una duración mayor (más de 4 meses). Seguimiento clínico-radiológico: a las 4 semanas, en 6-8 semanas, 4 y 6 meses y al año. Posteriormente, revisiones anuales durante 5 años (Figura 7).
- **Fractura de la pared o proceso alveolar:** afecta al hueso alveolar, pudiendo extenderse a otros dientes adyacentes. En la fractura del proceso alveolar es típica la movilidad de segmentos, es decir, varios dientes moviéndose juntos. Alteraciones oclusales. El test de sensibilidad pulpar



Figura 4. **Fractura corono-radicular no complicada.**



Figura 6. **Fractura corono-radicular no complicada.**



Figura 7. **Fractura de raíz.**

par puede ser negativo. Indicación de prueba de imagen. El tratamiento en el momento agudo se basa en estabilizar e inmovilizar el segmento afectado. Sutura gingival si se precisa. Monitorizar la sensibilidad pulpar de manera periódica. Seguimiento clínico-radiológico: a las 4 semanas, en 6-8 semanas, 4 y 6 meses y al año. Posteriormente, revisiones anuales durante 5 años (Figura 8).

## LESIONES DE TEJIDOS PERIODONTALES<sup>5,6,9,10</sup>

- **Concusión dental:** lesión de las estructuras de soporte sin desplazamiento ni movilidad dental aumentada. El diente se encuentra en posición normal y no se mueve. Sensible al tacto. No apreciaríamos lesiones radiológicas en caso de hacer prueba de imagen. No precisa tratamiento. Revisión a las 4 semanas para detectar posibles signos de desvitalización, y al año.
- **Subluxación:** lesión de las estructuras de soporte del diente, dando lugar a la movilidad de este, pero sin des-



Figura 8. **Fractura de la pared o proceso alveolar.**

plazamiento. Puede asociar sangrado gingival y presentar sensibilidad a la percusión. Imagen radiológica sin alteraciones. No requiere tratamiento, aunque se puede inmovilizar con férula si existe movilidad excesiva o dolor al comer. Revisión a las 2 (retiraríamos férula) y 12 semanas, a los 6 meses y al año.

- **Luxación intrusiva:** desplazamiento dental en dirección apical hacia el hueso alveolar, visualmente aspecto más corto. No movilidad. Indicada prueba de imagen. En dientes inmaduros, permitir la reerupción con el consecuente normoposicionamiento; si esta reerupción no se produce en las siguientes 4 semanas, habrá que realizar reposicionamiento ortodóncico, que será distinto en función del grado de intrusión; se tratará de manera conservadora (intrusión <3 mm), quirúrgica u ortodóncica (3-7 mm) o quirúrgica (>7 mm). En dientes maduros con intrusión >7 mm, se realizará tratamiento de los conductos a los 7-10 días del traumatismo.
- **Luxación extrusiva:** desplazamiento del diente hacia fuera de su alvéolo en dirección axial, dando aspecto de ser más alargado. Presenta movilidad. Test de sensibilidad pulpar negativo, aunque presenta sensibilidad a la percusión. Se recomienda la realización de prueba de imagen. Tratamiento en dientes con ápice cerrado que sufran una luxación moderada-grave; hay que realizar tratamiento de los conductos entre los 7 y 10 días tras traumatismo. Monitorizar la vitalidad pulpar, realizando endodoncia si existe infección o necrosis pulpar. Revisión a las 2 semanas (cuando retiraríamos la estabilización), a las 4 semanas, 8 semanas, 12 semanas, 6 meses, 1 año y, posteriormente, de manera anual durante 5 años.
- **Luxación lateral:** desplazamiento dental lateral en cualquier dirección. Suele asociar fractura alveolar. El diente está desplazado en dirección palatina o en dirección labial. Generalmente no presenta movilidad, ya que el ápice dental está “bloqueado” por la fractura ósea. El test de sensibilidad pulpar será negativo. Indicada la realización de prueba de imagen; se recomienda realizar proyecciones horizontales u oclusales, donde se apreciaría el ensanchamiento periodontal. Reposicionar el diente, soltándolo de la posición bloqueada y colocándolo en su posición habitual bajo anestesia local. Estabilizar durante 4 semanas. Monitorizar la sensibilidad pulpar teniendo en cuenta que en dientes con raíz incompleta existe la posibilidad de revascularización, mientras que en dientes con raíz completa la evolución a necrosis es muy

frecuente, por lo que en dientes con ápices maduros el tratamiento de los conductos (endodoncia) se inicia a los 7-10 días del traumatismo. Revisión a las 2 semanas, a las 4 semanas (cuando retiráramos la estabilización), 8 semanas, 12 semanas, 6 meses, 1 año y, posteriormente, de manera anual durante 5 años.

- **Avulsión dentaria:** la avulsión de los dientes permanentes es una de las lesiones dentales más graves y su pronóstico va a depender del rápido y correcto manejo de esta. La reimplantación, en la mayoría de los casos, va a ser el tratamiento de elección, si bien no siempre es posible realizarla de manera inmediata. Existen situaciones en las que el reimplante no es el tratamiento de elección, como son la dentición primaria, la presencia de caries o de enfermedad periodontal grave, ausencia de cooperación o deterioro cognitivo que requiera sedación, inmunodeficiencias o enfermedades cardíacas.
- **Primeros auxilios en caso de avulsión:** una pieza dental definitiva avulsionada es una de las pocas situaciones de emergencia que existen en Odontología. Se hace indispensable el diferenciar si la pieza avulsionada es permanente o decidua, pues en este último caso la reimplantación no estaría indicada. Tras asegurarnos de esto, llevaremos a cabo los siguientes pasos:
  - a) Mantener al paciente tranquilo.
  - b) Recoger el diente, intentando manipularlo siempre por la zona de la corona.
  - c) Si está sucio, enjuagarlo con leche, solución salina o la propia saliva del paciente.
  - d) Alentar a reimplantar el diente en el lugar de la emergencia, proceso generalmente no doloroso.
  - e) Una vez colocado el diente en su lugar, el paciente deberá morder una gasa, pañuelo o servilleta para mantenerlo en su sitio.
  - f) Si la reimplantación en el momento de la emergencia no es posible, tendremos que colocar la pieza dental en un medio de transporte que evite la deshidratación de la raíz. En orden de preferencia, será leche, HBSS (solución salina equilibrada de Hank), saliva o solución salina. Una opción sería llevar el diente en el surco bucal del paciente.
  - g) Acudir a un centro de Urgencias y consultar a un profesional dental de inmediato.

En la **Tabla 2** se resumen los distintos tipos de luxaciones.

Tabla 2. **Lesiones periodontales**

Tipo de luxación	Descripción	
Concusión	Apariencia normal con dolor a la mordida.	
Subluxación	Diente flojo, pero no desplazado. Sangrado en encía.	
Intrusión	Diente desplazado hacia la cavidad alveolar en dirección axial.	
Extrusión	Diente desplazado hacia fuera de la cavidad alveolar en dirección axial.	
Luxación lateral	Diente desplazado lateralmente en dirección labial o lingual.	
Avulsión	Diente fuera de la cavidad alveolar.	

Fuente: McTigue DJ, Azadani E. Evaluation and management of dental injuries in children. En: UpToDate [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-dental-injuries-in-children>

## EVALUACIÓN

### Anamnesis

Son importantes el mecanismo por el que se ha producido y el tiempo que ha transcurrido, ya que pueden influir en el tratamiento y pronóstico de la lesión, siendo peor cuanto mayor sea el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el tratamiento.

Un traumatismo, además de lesiones en dientes y tejidos peribucles, puede producir lesiones a nivel cerebral, por lo que, ante clínica sugerente como pérdida de conocimiento, vómitos, convulsiones, alteraciones del habla, incoordinación motora, nistagmo... es precisa la derivación inmediata a un centro hospitalario.

¿Cuáles son los síntomas de una lesión dental grave?<sup>10</sup> La respuesta positiva a cualquiera de las siguientes preguntas sería criterio de derivación urgente:

- ¿Tiene el niño dolor espontáneo en algún diente como resultado de la lesión? Este dolor indica afectación de la pulpa o inflamación.
- ¿Alguno de los dientes muestra sensibilidad al tacto o al comer? Tal sensibilidad indica daño en el ligamento periodontal.

- ¿Alguno de los dientes es sensible al calor o al frío? Tal sensibilidad indica exposición o inflamación de la pulpa.
- ¿Hay algún cambio en la mordida del niño? Este cambio indica dientes desplazados, fractura mandibular, maxilar o alveolar. En este caso, sería necesario consultar a Cirugía Maxilofacial.

### Exploración

Examen cuidadoso de la cavidad oral, así como del resto de órganos y aparatos. Indicar piezas afectadas y tomar fotografías que sirvan de referencia para las próximas revisiones.

- **Exploración extrabucal:** ante un traumatismo a nivel de la barbilla, hay que tener en cuenta la posibilidad de fractura mandibular o del cóndilo. Habrá que sospechar fractura de huesos faciales o de la mandíbula si aparece limitación de la apertura bucal o desviación de la mandíbula. Si sospechamos dicha lesión, remitiremos al paciente para valoración por Cirugía Maxilofacial.
- **Exploración intrabucal:** hay que valorar laceraciones, hemorragias e inflamación a nivel de encía y mucosas. A menudo, los dientes traumatizados aparecen rojizos, lo que es indicativo de hiperemia pulpar, lo que nos plantea que la pulpa posteriormente puede sufrir alteraciones que lleven a necrosis. Habrá que determinar si existen alteraciones en la posición de los dientes, así como verificar la movilidad del diente afecto y de los adyacentes mediante la palpación, sin olvidar la movilidad en sentido axial. Ver si existe o no sensibilidad a la percusión o mediante test de vitalidad pulpar tanto del diente afecto como de las piezas adyacentes y a alguno de la arcada antagonista (métodos por calor o frío; también existen pruebas eléctricas de vitalidad mediante pulpómetro).

### Radiografía

Se realiza ante dolor dental, fracturas visibles o sospechadas, luxación o decoloración tras un traumatismo, para evaluar la gravedad de la situación, así como ver si asocia fractura radicular, ósea o desplazamiento del diente definitivo. En estos casos, realizaremos radiografía periapical y oclusal. Si sospechamos fractura mandibular, por dificultad para la apertura/cierre de la mandíbula, maloclusión dentaria o movilidad de segmentos mandibulares, habría que realizar radiografía panorámica (PANOREX u ortopantomografía) o tomografía computarizada.

## MANEJO CLÍNICO

### Medidas generales

Se recomienda dieta blanda durante unos 10 días, así como limitar la succión tanto como sea posible. Es imprescindible una correcta higiene bucodental, evitando el uso de hilo dental. Es necesario instruir a la familia para reconocer signos de necrosis pulpar (decoloración, absceso gingival...) o signos de infección, local o sistémica, que deben ser valorados de manera urgente.

### Antibioterapia sistémica<sup>7</sup>

Aunque se trata de algo muy cuestionado, la realidad es que el ligamento periodontal tras la avulsión puede contaminarse con bacterias de la cavidad bucal, del medio de almacenamiento de la pieza dentaria durante el transporte o del entorno en el que se produjo la avulsión, por lo que muchos autores recomiendan su uso. El antibiótico de primera elección será la amoxicilina, 40-50 mg/kg/día (máx. 500 mg/dosis), por su espectro adecuado a los gérmenes más frecuentes y su baja tasa de efectos secundarios. En pacientes alérgicos a la penicilina, tenemos como elección azitromicina 10 mg/kg/día a dosis única (máx. 500 mg) o metronidazol 30 mg/kg/día (máx. 500 mg/dosis), en 3 dosis. La doxiciclina es también un antibiótico apropiado, por su efecto antimicrobiano, antiinflamatorio y antirreortivo, pero no está indicado en pacientes menores de 12 años por el riesgo asociado de generar tinciones en los dientes permanentes.

### Antibioterapia tópica

Su aplicación en la raíz previo a la reimplantación y su efecto en la vascularización siguen siendo comprometidos, por lo que no se puede recomendar su uso.

### Tétanos

Estaría indicado en heridas sucias, dientes avulsionados, laceraciones profundas o lesiones por luxación marcadas (Tabla 3)<sup>8</sup>.

En la Tabla 4 intentaremos resumir el manejo de las lesiones dentales tanto en piezas dentales primarias como en piezas dentales permanentes.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN PARA VALORACIÓN DENTAL URGENTE<sup>10</sup>

- Diente permanente avulsionado, después de la reimplantación siempre que sea posible.



Tabla 3. Profilaxis antitetánica

Profilaxis antitetánica. Actuación según tipo de herida y estado vacunal			
Tipo de herida	No vacunado, <3 dosis o situación desconocida	3-4 dosis	≥5 dosis
Heridas limpias	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 dosis de vacuna</li> <li>Completar vacunación</li> </ul>	1 dosis de vacuna si han pasado >10 años desde última dosis	Nada
Heridas tetanígenas	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 dosis de vacuna</li> <li>1 dosis de IGT en lugar anatómico diferente</li> <li>Completar vacunación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 dosis de vacuna si han pasado &gt;5 años última dosis</li> <li>IGT en herida tetanígena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacuna no necesaria (valorar una dosis si &gt;10 años última dosis y herida tetanígena)</li> <li>IGT en herida tetanígena</li> </ul>

Fuente: Guía ABE<sup>8</sup>.

Tabla 4. Manejo de las lesiones dentales

Descripción	Dentición Primaria	Dentición permanente
Concusión/subluxación	Observar, alimentos blandos durante 1 semana, radiografía dental para descartar fractura radicular. Control durante un año para detectar posible afectación pulpar.	Observar, alimentos blandos durante 1 semana, radiografía dental para descartar fractura radicular. Control durante un año para detectar posible afectación pulpar.
Luxación lateral	Reposicionar el diente o extraerlo, no entablillar.	Radiografía dental, reposición de diente, férula durante 4 semanas.
Extrusión	La exodoncia es el tratamiento de elección por riesgo de lesión pulpar.	Radiografía dental, reposición de diente, férula durante 2 semanas.
Intrusión	Radiografía dental, observar y dejar reerupcionar, extraer si la placa alveolar está comprometida.	Radiografía dental, observar y dejar reerupcionar, reposicionamiento quirúrgico u ortodóncico, tratamiento de conducto.
Fractura de corona sin complicaciones	Restaurar diente, suavizar bordes afilados, radiografía dental para descartar fractura radicular.	Restaurar el diente, suavizar los bordes afilados, radiografiar para descartar fractura radicular.
Fractura coronal complicada	Radiografía dental, tratamiento pulpar, restauración o extracción de diente, observación de infección.	Radiografía dental, tratamiento pulpar, restauración del diente, observación de infecciones, puede requerir tratamiento de conducto
Fractura radicular	Radiografía dental, extraer fragmento coronal.	Radiografía dental, férula, puede requerir tratamiento de conducto; si está en el tercio cervical, es posible que sea necesario extraer
Avulsión	No reimplantar, radiografía dental para descartar intrusión si el diente no está localizado.	No manipular la raíz, reimplantar dentro de los 30 min o colocar en el medio de transporte recomendado (solución salina balanceada, leche fría); radiografía dental, replantación y ferulización lo antes posible; antibióticos sistémicos, dieta blanda, clorhexidina, seguimiento estrecho.

Fuente: Keels MA; The Section on Oral Health. Management of Dental Trauma in Primary. Pediatrics. 2014;133(2):e466-76.

- Extrusión >3 mm o que interfiere con la mordida.
- Dientes luxados lateralmente que interfieren con la mordida.
- Dientes primarios intruidos.
- Dientes fracturados, cuando la pulpa dental queda expuesta (sangrado del núcleo central del diente).
- Dientes permanentes fracturados (almacene los fragmentos de los dientes para evitar la desecación y así poder reinsertar).
- Sospecha de fractura radicular o alveolar dental.
- Sospecha de fractura de mandíbula.
- Si asocia lesiones de tejidos blandos, sería criterio de derivación por sospecha de restos dentales incrustados.

## COMPLICACIONES<sup>10</sup>

La principal complicación de una lesión en piezas dentales temporales es la lesión de los gérmenes de piezas dentales definitivas, pudiendo ser este daño permanente. Pueden provocar

alteraciones en la anatomía de los dientes definitivos, como hipoplasia del esmalte o alterar la trayectoria del diente que va a erupcionar.

Entre las complicaciones hay que destacar la lesión del ligamento periodontal, que se produce principalmente en luxaciones y que, si no son tratadas de manera adecuada, pueden acabar produciendo infección y necrosis del conducto radicular, lo que conllevaría la destrucción de la raíz dental por la inflamación subyacente. Por otro lado, hay que destacar la necrosis isquémica pulpar, la cual puede ocurrir incluso en traumatismos menores, por lo que es muy importante instruir a la familia en su reconocimiento.

Pueden producirse también sensibilidad al frío/calor y cambios en la masticación.

## CONCLUSIONES

Los traumatismos dentales ocurren con mucha frecuencia en la edad pediátrica, por lo que se hace imprescindible que los pediatras de Atención Primaria sepamos diagnosticar la posible gravedad a través de la exploración, así como asesorar a las familias en la necesidad del seguimiento por el odontólogo cuando sea necesario para evitar posibles complicaciones y daños de la dentición definitiva cuando se han producido en los primeros años de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dent Traumatol.* 2020;36(4):309-13.
2. Falgás Franco J. Traumatismo dental. *Pediatr Integral.* 2019;XXIII(7):322-9.
3. Naranjo HA. Traumatismos dentarios: un acercamiento imprescindible. 16 de Abril. 2017;56(265):113-8.
4. Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, Flores MT, O'Connell AC, Day PF, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dent Traumatol.* 2020;36:314-30.
5. Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2020;36:331-42.
6. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol.* 2020;36(4):343-59.
7. Escribano Ceruelo E, González Sánchez T, Corredor Andrés B. Infección bucodental. En: Guía\_ABE [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-bucodental>
8. Calle Miguel L, Lorca García C, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (II): heridas (tratamiento, profilaxis general y antitetánica). En: Guía ABE [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(ii\)-heridas-\(tratamiento-profilaxis-general-y-antitetanica\)](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(ii)-heridas-(tratamiento-profilaxis-general-y-antitetanica))
9. Keels MA; The Section on Oral Health. Management of dental trauma in a primary care setting. *Pediatrics.* 2014;133(2):e466-e467.
10. McTigue DJ, Azadani E. Evaluation and management of dental injuries in children. En: UpToDate [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-dental-injuries-in-children>