

Traumatismos Dentoradiculares 2

Tomas, L. Merlo D.A; Belloni F; Lazo S; Lazo G; Hoffer F; Ivanov M.
Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los traumatismos dento- radiculares se presentan como una causa cada vez mas frecuente en la práctica odontológica diaria, en este sentido será de suma importancia antes de efectuar cualquier tratamiento arribar a un buen diagnostico lo que se logra a través de los síntomas y signos basados en una correcta actividad clínica y con el respaldo de los elementos complementarios de diagnostico. Debemos poder todos los medios que estén a nuestro alcance para lograr una correcta intervención y un tratamiento exitoso.

Será primordial realizar una lectura minuciosa de los estudios radiográficos. La prevención debe ser aplicada siempre con la finalidad de elegir las mejores y mas simples técnicas suprimiendo de la práctica endodóntica los superfluo y lo necesario para que su realización sea mas rápida, menos complicada y mas accesible al profesional y al propio paciente;

Este trabajo pretende mostrar una de las tantas facetas de la resolución en un paciente traumatizado. El paciente de 20 años de edad concurre en carácter de urgencia al consultorio con un traumatismo en la pieza 21 producto de una pelea callejera. El impacto de un codo fue frontalmente a la zona anterosuperior. Se observa una fractura radicular con luxación extrusiva de dicha pieza dentaria, tal es así que la posición es invertida a la habitual vale decir, inclinada desde el borde incisal hacia palatino, y al querer morder se produce una mayor exarticulación de la pieza dentaria. Luego de verificar la lesión mediante radiografías periapicales se procede al posicionamiento dentario. Se procede a reposicionar levemente el fragmento para que no se produzcan trabas ni mas lesiones en el momento de la intrusión, luego de una leve presión se reubica en el alvéolo dentario. Una vez posicionado en su lugar se corrobora mediante rx la ubicación y condición del lecho de fractura. Se puede observar una línea radio lúcida oblicua ascendente a nivel del tercio apical. La continuidad del espacio periodontal marca un buen posicionamiento de ambos fragmentos.

El siguiente paso es la inmovilización de la pieza dentaria mediante una férula con alambre 0,7 o 0,9 destemplado de canino a canino, se realiza un dobles en alguno de los extremos para que al reponerlo resulte con mayor facilidad la ubicación y mediante una técnica adhesiva se fija el alambre. Cabe aclarar la importancia de la forma en la cuál se realiza ya que una vez fijadas las piezas no afectadas se deberá realizar una firme presión digital en la pieza fracturada para poder afrontar lo mas posible los fragmentos involucrados, es importante mantener dicha presión por algunos instantes, esto permite que la presión interna seda y de lugar a un correcto posicionamiento. El tipo de fractura lleva a diagnosticar un corte del paquete vasculonervioso dentario, esto implica la preparación del conducto para ser

obturada por condensación lateral. No es la intención explicar como se realiza un tratamiento arduamente conocido como lo es una endodoncia, pero si es necesario tener en cuenta algunas cosas como por ejemplo el cuidado al instrumentar: Es aconsejable no realizar movimientos de cuarto de vuelta y retiro, esto puede ocasionar una falsa vía a través de la fractura lo que dificultaría de mucho la instrumentación. Los movimientos deberán ser circulares, en forma de tirabuzón procurando no retirar la lima mas de 3 milímetros salvo al cambiarlas.

El siguiente punto indica el numero de limas ya que es importante tratar de no llegar a un numero elevado en las limas `preferentemente 50/55 para que el fragmento menor no reciba demasiada presión y así evitar un desplazamiento en los fragmentos. Una vez finalizado el trabajo se le indica una terapia antibiótica por 5 días, se controla periódicamente mediante radiografías periapicales cada 2 semanas procurando retirar la férula a los 90 días posterior al tratamiento. Como en toda fractura es aconsejable aclarar al paciente las posibles complicaciones y o fracasos, recordar que la evolución de una fractura inicialmente es muy favorable pero las reacciones en el tiempo son variables a muchos factores post tratamiento.

La intención de mantener la biología natural de una pieza dentaria permite incorporar a la práctica diaria y al conocimiento integral esta alternativa muy viable y de fácil acceso para cualquier profesional mínimamente adiestrado en el cuál, aunque en un traumatismo nada esta totalmente dicho, este tipo de técnicas permiten una rápida solución para el paciente psico-físico afectado. Como se puede observar a lo largo de todo el trabajo el objetivo principal de todo tratamiento odontológico cualquiera fuera, es dar una solución inmediata y tratar de conservar por sobre todas las cosas la integridad de las piezas dentarias, esto no quiere decir que sea un tratamiento definitivo ya que en los traumatismos de cualquier forma en la que se den requiere un control a distancia que muchas veces no se puede conseguir, pero este tipo de tratamientos creemos que salva en muchos de los casos la posible perdida de la pieza dentaria y en lo cual en el sector anterior es de mucha dificultad devolver una armonía tal como la naturalidad de la propia pieza dentaria. Como resultado sobre 6 casos realizados encontramos que la curación radicular alcanza un 80% del total, observándose una formación de dentina osteo-cementaria en el interior de la fractura. En el 20 % restante se observó una reabsorción y ensanche del ligamento periodontal a nivel de la fractura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Andreasen J.O, Andreasen F.M. Farbatlas Ter Traumatologie Ter Zahne Deutscher Arzteverlog. Koln 1992.
- 2) Andreasen, J.O. Traumatismos Dentarios. Ed Panamericana .1980 -1992
- 3) Grossman, L I 1981 Práctica endodóntica, Editorial: Mundi Pág.184.
- 4) Ingle J I; Traitor J F 1987 Endodoncia 3° Edición, editorial interamericana Pág. 208