

*Características de los traumatismos dentarios en pacientes pediátricos*  
*Characteristics of dental traumatism in pediatric patients*

Beatriz Soria Hernández <sup>1</sup>, Elsi Elisa Vila Toledo <sup>2</sup>, Isabel de la Caridad Medina Hernández <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Estomatología. Villa Clara. Cuba.  
<sup>2</sup> Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Medicina. Villa Clara. Cuba.

**Recibido:** 10/08/2023  
**Aceptado:** 06/12/2023  
**Publicado:** 22/12/2023

**Palabras clave:**  
Odontopediatría; Pacientes infantiles; Traumatismo dentario.

**Keywords:** Pediatric dentistry; Pediatric patients; Dental trauma.

**Citar como:** Soria Hernández B, Vila Toledo EE, Medina Hernández IC. Características de los traumatismos dentarios en pacientes pediátricos. UNIMED [Internet]. 2023. [citado fecha de acceso]; 5(3). Disponible en: ...

## RESUMEN

**Introducción:** el trauma dentoalveolar se define como un impacto agresivo sobre las estructuras biológicas dentales y/o estructuras adyacentes de las cuales se deriva algún tipo de lesión. Es una enfermedad de diferente grado e intensidad, causada por fuerzas que actúan sobre los órganos dentarios y los tejidos circundantes, que puede observarse y diagnosticarse a simple vista o mediante radiografía.

**Objetivo:** describir los traumatismos dentarios en pacientes infantiles.

**Método:** se realizó una búsqueda en Medline, Pubmed y Google académico que fue delimitada por un límite de tiempo de artículos de 5 años. No obstante, por su interés, fueron incluidos varios artículos anteriores al límite temporal establecido. Se incluyeron en la revisión 17 artículos.

**Desarrollo:** las lesiones dentales traumáticas se clasifican según una variedad de factores, tales como: etiología, patología y tratamiento, por lo que han aparecido varias clasificaciones en la literatura. Los traumatismos dentales fueron considerados una situación de urgencia a diagnosticar y tratar de forma rápida y certera por el odontólogo. Se presentan casi siempre en algún momento de la infancia, debido a que los niños, sin suficiente madurez psicológica, pasan por situaciones perjudiciales que podrían generar algún trauma bucodental.

**Conclusiones:** entre sus causas más frecuentes de los traumatismos dentarios en la infancia se encuentran las caídas, los accidentes escolares, y la práctica de deportes. Su prevalencia se consideran la segunda causa de atención dental y pediátrica, y son dos veces más frecuentes en varones. Entre los factores de riesgo asociados se encuentran la incompetencia labial y el resalte aumentado.

## ABSTRACT

**Introduction:** dentoalveolar trauma is defined as an aggressive impact on dental biological structures and/or adjacent structures from which some type of injury is derived. It is a

disease of varying degree and intensity, caused by forces acting on the dental organs and surrounding tissues, which can be observed and diagnosed with the naked eye or by radiography.

**Objective:** to describe dental trauma in pediatric patients.

**Method:** a search was carried out in Medline, Pubmed and Google Scholar that was delimited by a time limit of 5 years of articles. However, due to their interest, several articles prior to the established time limit were included. Nineteen articles were included in the review.

**Development:** traumatic dental injuries are classified according to a variety of factors, such as etiology, pathology and treatment, therefore, several classifications have appeared in the literature. Dental trauma was considered an emergency situation to be diagnosed and treated quickly and accurately by the dentist. They occur, almost always, at some point in childhood, due to the fact that children, without sufficient psychological maturity go through harmful situations that could generate some oral and dental trauma.

**Conclusions:** among the most frequent causes of dental trauma in childhood are falls, school accidents and the practice of sports. Their prevalence is considered to be the second most frequent cause of dental and pediatric care, and they are twice as frequent in boys. Among the associated Risk Factors are: Labial Incompetence and Increased Highlighting.

## INTRODUCCIÓN

Batista, Tamayo, Soto, y Paz definieron el traumatismo dental como una enfermedad de diferente grado e intensidad, causada por fuerzas que actúan sobre los órganos dentarios y los tejidos circundantes.<sup>1</sup> Así también, un trauma dental es un impacto fuerte sobre las estructuras biológicas dentales o estructuras adyacentes de las cuales se deriva algún tipo de lesión.<sup>2</sup>

Cerca del año 400 A.C Hipócrates describía a los problemas dentales como una situación que debía ser identificada y corregida adecuadamente,<sup>3</sup> por tanto, desde épocas remotas los traumas dentarios vienen aquejando a la raza humana<sup>4</sup> y forman parte de los problemas del entorno estomatológico.

Los traumatismos dentarios son acontecimientos que con frecuencia son acompañados por daños psicológicos, estéticos y sociales.<sup>5</sup> Vertiz consideró que las lesiones dentales son eventos frecuentes y, debido a su enorme impacto social y psicológico, deben considerarse como cuestiones de trascendente importancia.<sup>1</sup>

Los traumatismos dentarios son accidentes muy frecuentes entre la población infantil y juvenil, con una prevalencia que varía entre un 10.7 y un 43.8%.<sup>6</sup> Entre las enfermedades bucodentales de gran prevalencia a escala mundial los traumatismos oscilan entre el 4 y 30 %.<sup>7</sup>

Las estadísticas de los traumas dentales revelan una frecuencia de 2 a 4 años en la dentición temporaria y de 8 a 10 años en los permanentes, la dentición mixta comienza a los 6 años y termina a los 12 años de edad, siendo más frecuente en los niños que en la niña.<sup>8</sup> Son más frecuentes en niños que en niñas en una proporción 2:1.<sup>6</sup> Con una frecuencia en los incisivos centrales de ambas denticiones.<sup>8</sup>

A nivel mundial los traumatismos dentales han tenido un aumento progresivo en los últimos años. En el Reino Unido en 1999 había 58,6% de los examinados en población con trauma dental: en Italia, 21% en 1996; en Suecia en 1997, 35%; en Brasil, a la edad de 12 años en el 2000 de 476 pacientes, 15,3% estaba afectado y en el 2001 de 652 el 58,6%, por mencionar algunos.<sup>9</sup>

Algunas investigaciones efectuadas en Cuba muestran que aproximadamente 24 % de los niños menores de 14 años sufren algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores.<sup>6</sup> Mientras que Yero Mier y otros reportan alrededor de 29% de prevalencia de traumatismos entre 15 y 18 años.<sup>9</sup>

Una investigación realizada en el Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián” Santa Clara, Villa Clara concluyó que la prevalencia de las lesiones traumáticas resultó elevada en la población menor de 15 años; la estética se vio comprometida en un porcentaje alto.<sup>10</sup>

Las principales consideraciones a tener en cuenta sobre la salud oral de los niños, están dirigidas a sentar las bases para conseguir una dentición permanente intacta, un estado periodontal correcto y el mantenimiento de la salud del resto de las estructuras orales.<sup>2</sup> La descripción de los traumatismos dentarios en edades infantiles, en cuanto a sus causas, prevalencia, tipos y tratamientos, facilitará la comprensión de este tema y servirán de referencia para la realización de futuras investigaciones y establecer medidas para actuar en su prevención y/o tratamientos adecuados dentro del campo estomatológico y otros entes públicos como escuelas, círculos infantiles y hasta en el propio hogar del niño, de ahí que nuestro objetivo sea describir el comportamiento de los traumatismos dentarios en pacientes infantiles.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en libros de textos y publicaciones periódicas acerca de los traumatismos dentarios en pacientes infantes, en el período comprendido de enero-febrero 2023. Para su realización se estableció un tiempo máximo retrospectivo de diez años para la inclusión de libros de texto y cinco años para las revistas. Sin embargo, por su interés, fueron incluidos artículos anteriores al límite temporal establecido.

En la búsqueda electrónica se accedió a los sitios: Medline, Pubmed y Google académico. Se utilizaron como palabras clave: traumatismo dentario, pacientes infantiles, odontopediatría.

Se obtuvieron 50 referencias en español e inglés que respondían a las palabras clave establecidas, de ellas se seleccionaron 32 después del análisis preliminar según los títulos. Con posterioridad quedaron seleccionados para formular el cuerpo de la revisión bibliográfica 17 artículos científicos.

Los documentos seleccionados para la revisión fueron organizados cronológicamente y analizados de forma independiente. De cada uno de ellos se elaboró una ficha resumen, las cuales fueron utilizadas como marco teórico.

## DESARROLLO

Los traumatismos bucodentales se presentan casi siempre en algún momento de la infancia, debido a que los niños, sin suficiente madurez psicológica, pasan por situaciones perjudiciales que podrían generar algún trauma bucodental.<sup>11</sup>

Ullauri <sup>1</sup> expuso que el trauma dental es muy común en la infancia, especialmente en niños que aprenden a caminar, tienen movimientos imprecisos, falta de estabilidad, balanceo y niños que no forman reflejos para colocar sus manos cuando caen, por lo que no pueden evitar el trauma dental. Dentro del ámbito de su etiología, los factores predisponentes pueden considerarse factores desencadenantes.

Batista, Tamayo, Soto, y Paz <sup>1</sup> consideraron que, en la actualidad, el trauma dental es la segunda causa principal de atención dental y pediátrica después de la caries. Sin embargo, debido a los cambios en la vida moderna, estas enfermedades van en aumento, se cree que en un futuro cercano las lesiones traumáticas serán el principal motivo de consulta y la primera causa de pérdida de tejido pulpar.

---

### **Clasificación:**

González, et al<sup>1</sup>, llegaron al consenso de que las lesiones dentales traumáticas se clasifican según una variedad de factores como la etiología, anatomía, patología y tratamiento. Por lo tanto, han aparecido varias clasificaciones en la literatura. Para lograr un correcto diagnóstico y mejores opciones de tratamiento, la clasificación de mayor relevancia en el campo de la odontología y las ciencias maxilofaciales, se define como:

- **Infractura o infracción del esmalte.** La línea de fractura no alcanza el límite gingival-periodontal o se detiene allí sin causar pérdida de tejido dental.
- **Fractura no complicada de la corona.** Las fracturas solo involucran el esmalte dental o el esmalte dental y la dentina.
- **Fractura complicada de la corona.** Esta lesión es una fractura de la arteria coronaria que da como resultado la exposición de la pulpa dental.
- **Fractura mixta o de corona y raíz.** Una fractura afecta tanto a la corona como a la raíz. Puede quedar expuesta o no a la pulpa. Los tejidos afectados son el esmalte, la dentina y el cemento radicular.
- **Fractura radicular.** Es una fractura radicular en cualquier dirección y posición, los fragmentos de la arteria coronaria pueden estar desplazados o no, puede ser el ápice, la parte media o la tercera parte cervical.
- **Concusión.** Este es un daño en el ligamento periodontal, en el que los dientes parecen estar inactivos y desplazados.
- **Sub-luxación.** Este es un daño al ligamento periodontal, en el que los dientes son móviles, pero no desplazados.
- **Luxación.** Es un daño del ligamento periodontal, en este daño los dientes son móviles y hay desplazamiento.
- **Exarticulación.** Estas lesiones también se denominan avulsiones e incluyen situaciones en las que todos los dientes se han desprendido por completo de su alveolar.<sup>1</sup>

La siguiente clasificación de traumatismo dentoalveolar es según la Organización Mundial de la Salud de enfermedades aplicadas a la odontología y estomatología, ampliada por J. O. Andreasen y F. M. Andrease.<sup>2</sup>

### **Lesiones de los tejidos duros y la pulpa**

- **Infracción:** Es una fractura incompleta, corresponde a una fisura del esmalte. Por ende, no hay pérdida de sustancia dentaria.
- **Fractura de corona:** En este caso puede ser no complicada cuando afecta solo al esmalte o a la dentina, pero sin afectar a la pulpa, pero terminaría siendo complicada cuando afecta a la pulpa dentaria.
- **Fractura corono-radicular:** No complicada cuando afecta al esmalte, dentina o cemento de la raíz, pero sin afectar la pulpa, pero resultaría complicada cuando afecta a esmalte, dentina o cemento, pero con afección pulpar.
- **Fractura radicular:** En este caso afecta al cemento, dentina y pulpa. <sup>2</sup>

### **Lesiones de los tejidos periodontales**

- **Concusión:** Lesión de las estructuras de soporte, sin movilidad tampoco presenta desplazamiento del diente, pero el ligamento periodontal está inflamado, presentara dolor a la percusión del diente.
- **Subluxación:** Presenta aflojamiento del diente, lesión de las estructuras de sostén en las que el diente está flojo, pero no se mueve en el alveolo.
- **Luxación intrusiva:** Desplazamiento axial dentro del alveolo, con posibilidad de penetrar en fosas nasales.
- **Luxación extrusiva:** Desplazamiento axial fuera del alveolo.
- **Luxación lateral:** Ruptura de fibras del ligamento periodontal
- **Luxación hacia palatino, mesial, distal o vestibular.**
- **Avulsión:** Expulsión del diente fuera del alveolo. <sup>2</sup>

### **Lesiones del hueso de sostén**

- **Conminución de la cavidad alveolar:** comúnmente se presenta junto a una luxación lateral o una luxación intrusiva.
- **Fractura de la pared alveolar:** se localiza en las paredes vestibular o lingual.
- **Fractura de maxilar o mandíbula.** <sup>2</sup>

### **Lesiones de la encía o mucosa oral**

- **Laceración:** Herida causada por desgarramiento.
- **Contusión:** Producido por una hemorragia submucosa sin desgarramiento.

- Abrasión: Presenta una herida superficial por desgarramiento de la mucosa que deja la superficie sangrante y áspera.<sup>2</sup>

### **Etiología**

Lins, et al<sup>1</sup> definieron como factores predisponentes del trauma dental la presencia de rasgos y hábitos orales y faciales, incluyendo:

- Las características orales incluyen problemas de mordida. La distancia entre la superficie de medición y el borde cortante del incisivo central superior y la distancia entre la superficie vestibular y el borde cortante del incisivo central inferior se mide por el resalte superior a 2 mm, situación que aumenta la posibilidad de traumatismo dental.
- La incompetencia de los labios se manifiesta como rasgos faciales. Cuando los labios en posición de reposo no están en contacto, la distancia entre los labios puede ser de 4 mm, por lo que no pueden proteger los dientes frontales y por lo tanto pueden aumentar el riesgo de traumatismo dental.
- Los hábitos son los que deforman, son factores externos que transforman la oclusión normal o compensatoria en maloclusión. Los factores desencadenantes son las caídas, accidentes escolares y la práctica de deportes, idea en la que coincidía con González, Crespo, García, y Porras.<sup>1</sup>

Por otra parte, otros autores precisan y definen otras causas:

Es “habitual que la etiología sea multifactorial, con tres grupos de factores etiológicos:”<sup>2</sup>

- Los “determinantes del comportamiento humano con la toma de riesgos, falta de atención, hiperactividad.”
- Los “determinantes ambientales, la casa donde vives con sus muebles en un entorno inseguro.”
- Los “determinantes orales o predisponentes orales.”<sup>2</sup>

La mayoría “de los traumatismos dentales producidos en niños están relacionados con la edad, así en menores de 3 años, se producen más frecuentemente en su propio hogar, entre los 7 y los 12, en relación con caídas por juegos y deporte, y de los 13 a 17 años, con deportes de más riesgo como: baloncesto, balonmano, waterpolo, o deportes con raqueta.” Las causas “más comunes para la presencia de traumatismos son las caídas, seguidas por lesiones deportivas y, por último, peleas/agresiones.”<sup>2</sup>

Otros consideran como causas:

-Accidentes de tránsito: Ciclísticos, automovilísticos y atropellamiento.

-Síndrome del niño maltratado: Hasta el 75% de los niños que sufren de abuso físico pueden presentar lesiones en la cabeza, cara, boca y cuello.

-La intubación traqueal en recién nacidos puede ocasionar problemas de desarrollo en los incisivos superiores deciduos.<sup>12</sup>

### **Factores predisponentes al traumatismo dentoalveolar**

Los factores predisponentes al trauma dentario pueden ser asociados a las características bucales, faciales y la presencia de hábitos.

- Discapacitados mentales: En este grupo se encuentran los pacientes que presentan convulsiones repetitivas de manera violenta, por lo que sufren de traumatismo dentoalveolares en alta proporción.

- Maloclusión: La Maloclusión de clase II división 1 con incisivos protruidos y falta de sellado labial indica que los dientes anteriores son los más propensos a sufrir un accidente en caso de una caída.

- Factores mecánicos: Un impacto de alta velocidad y gran masa produce fracturas coronales, mientras que un impacto de baja velocidad y poca masa generalmente produce fracturas radiculares y subluxaciones.<sup>12</sup>

Se pueden hallar semejanzas y diferencias entre las causas atribuidas por varios autores. Igualmente se debe trabajar en base para evitar que los infantes sufran un trauma dental, alejarlos en la medida de lo posible de todos los factores causantes de estos.

La mayoría de los investigadores demuestran que los varones sufren al menos dos veces más lesiones en la dentición permanente que las hembras, factor que está, sin dudas, relacionado con su participación más activa e intensa en juegos y deportes. Esta preponderancia masculina no es tan marcada en la dentición temporal, aunque algunos señalan, que inclusive en los prescolares, los varones accidentados son más que las niñas.<sup>6</sup>

Estudios realizados por diferentes autores, consideran que la incidencia de lesiones por traumas se incrementa con el propio desarrollo psicomotor del niño, de forma geométrica y en proporciones en ocasiones alarmantes, considerándose que existen edades donde el auge de la actividad humana de los pequeños propicia prácticamente el 50% de estas lesiones.<sup>6</sup>

### **Incidencia y prevalencia de traumatismos dentales**

Las lesiones dentarias traumáticas y de las estructuras maxilofaciales ocurren con gran frecuencia, la mayoría afectan las estructuras dentoalveolares. La incidencia varía considerablemente con la edad

y el tipo de injuria. Los estudios epidemiológicos indican que la incidencia anual de traumatismos dentales a nivel mundial es de un 4,5% aproximadamente.<sup>1</sup>

La prevalencia varía desde el 10 al 47% o incluso al 59% según autores, con dos picos de incidencia, en dentición temporal entre los 2 y 3 años, cuando la coordinación motora está en desarrollo, y en dentición permanente entre los 8 y 10 años. Una revisión de la literatura desde 1995 muestra que la prevalencia de las lesiones dentales traumáticas en la dentición temporal y permanente es alta en todo el mundo.<sup>1</sup>

En Latinoamérica entre un 0,5% y un 58,6% han presentado algún tipo de trauma dental. La edad más frecuente es entre los 8 y 12 años, existe mayor prevalencia en hombres en relación 2:1 con mujeres y el órgano dental mayormente traumatizado es el incisivo central superior.<sup>1</sup>

Peña Huamani<sup>12</sup> proyecta en su investigación que con mayor frecuencia de lesiones en dientes deciduos se presenta en edades entre 1 y 3 años, cuando el niño está en la etapa de aprendizaje de caminar. Con mayor incidencia los varones sufren lesiones, el doble de frecuencia que las niñas. Inclusive en preescolares, los varones accidentados son más que las niñas.

Las fracturas coronarias afectan el 64 % de la dentición permanente y el 19 % la dentición decidua. La avulsión lesiona el 2 % de la dentición permanente y el 7 % de la dentición decidua. La proporción de traumatismos en la relación niños: niñas es de 2:1 donde la incidencia es de los 2 - 4 años. Se puede afirmar que el 51 % de los niños menores de 6 años sufrirá un traumatismo, siendo más frecuente en el sexo masculino.<sup>12</sup>

### **Piezas Dentales más afectadas por traumatismos dentales**

Las piezas dentales afectadas más frecuentemente son: los incisivos centrales superiores (80%), los incisivos laterales superiores y, con menos frecuencia, los incisivos centrales inferiores.<sup>13</sup>

Casi todas las lesiones abarcan los dientes anteriores, principalmente los incisivos centrales superiores y por lo regular se afecta un diente.<sup>14</sup>

Consideramos que por su elevada prevalencia e incidencia y secuelas que pueden ser provocadas en la cavidad bucal del infante, es de gran importancia para los estomatólogos y población en general identificar los factores predisponentes de traumatismos dentarios, con la finalidad de realizar actividades preventivas que contribuyan a minorizar su aparición.

## **Factores de Riesgo Asociados a Traumatismos dentales**

Se destacan diversos factores asociados a traumas dentales, entre ellos: existencia de un resalte acentuado y el incompleto cierre labial. Una clase II de Angle con resalte superior a 4 mm, un labio superior corto incompetente, o la respiración bucal aumentan el riesgo de fractura.<sup>2,15</sup>

### **Incompetencia Labial**

La incompetencia labial es una condición que generalmente podemos encontrar en la población infantil, y que se manifiesta a partir de una serie de factores que pueden ser de carácter anatómico como funcional.<sup>2</sup> Ocurre cuando los labios en posición de reposo, no mantienen contacto, pudiendo ser el espacio entre los labios de 4mm.<sup>16</sup> Se presenta por contracción activa del músculo orbicular de los labios.<sup>17</sup>

Concordamos con que el labio superior es corto cuando cubre menos de un tercio de la corona de los dientes anterosuperiores, perdiendo estos dientes la protección que brinda el labio, por lo tanto, el riesgo de sufrir un trauma dental aumenta considerablemente.

Los pacientes con incompetencia labial, se presentan con las siguientes características: pacientes clase II, con perfil convexo, proquelia y protrusión dental, esto altera en gran medida el aspecto facial.<sup>2</sup>

### **Resalte Aumentado**

El resalte dentario es una condición en la que hay una distancia excesiva entre los incisivos superiores e inferiores, estando los incisivos superiores colocados muy por delante de los inferiores. Esta situación suele acompañar a ciertas mal oclusiones llamadas Clase II.<sup>15</sup>

Los incisivos se encuentran proclinalados en exceso en muchos casos y produce un resalte del maxilar superior. Esta clase puede ser resultado de una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognato o de una combinación de ambas.<sup>2</sup>

Es la situación en donde el overjet es mayor a 2mm (midiendo la distancia entre la cara palatina y borde incisal del incisivo central superior, a la cara vestibular y borde incisal del incisivo central inferior) y, por lo tanto, las piezas anteriores se encuentran protruidas en comparación a las inferiores aumentando la probabilidad de sufrir trauma dental.<sup>16</sup>

El resalte dental se puede producir por un lado por un problema de base en el tamaño de los maxilares. En el que el maxilar inferior es de menor tamaño con respecto al superior. Por otro lado,

puede estar producido o agravado por una alteración en la función, por ejemplo, una alteración en la deglución. El chupete y chuparse el dedo son otro de los hábitos que pueden agravar esta maloclusión.<sup>2</sup>

La mayoría de los estudios afirman que la prevalencia de las lesiones dentales aumenta de forma paralela a la protrusión de los incisivos.<sup>15</sup>

### **Tratamiento**

Hernández Hernández, Vargas Servin, Medina Solís, Varela Ibañez, y Anton Baños, consideraron que el tratamiento del dolor y la prevención de los gérmenes dentales debe ser nuestro principal objetivo en la estrategia de tratamiento de los dientes temporales traumatizados. Debido a problemas de manejo del comportamiento o un trauma severo con sangrado de tejidos blandos, el tratamiento puede pasarse por alto o limitarse a la extracción.<sup>8</sup>

Sin embargo, en el tratamiento general, se debe realizar un seguimiento clínico y radiográfico de los dientes temporales a largo plazo. A continuación se explicará el tratamiento de la dentición temporal según las pautas de tratamiento de la IADT.<sup>8</sup>

- Fractura de esmalte: Si no se observa ninguna anomalía radiográfica, se recomienda suavizar los bordes afilados. No hay necesidad de seguimiento.
- Fractura de la dentina del esmalte: En caso de que el manejo del comportamiento del paciente tenga éxito, la dentina afectada se puede sellar completamente con ionómero de vidrio para evitar microfiltraciones. Las restauraciones de resina compuesta son buenas opciones si la estructura dental perdida es grande. Se requiere un examen clínico después de 3 a 4 semanas.
- Fractura de la corona con pulpa expuesta: Los hallazgos radiográficos pueden revelar la etapa de desarrollo de las raíces. La preservación de la vitalidad pulpar se puede lograr mediante una pulpotomía parcial. A menos que exista una cooperación con el paciente, la extracción es un enfoque de tratamiento alternativo. Se requiere seguimiento clínico después de una semana, seis a ocho semanas y un año. Se requiere seguimiento radiográfico después de 6-8 semanas y también 1 año.
- Fractura de corona / raíz (sin exposición pulpar): En caso de que la fractura afecte solo una pequeña parte de la raíz, solo se extrae el fragmento fracturado y se puede realizar la restauración coronal si el fragmento estable es adecuado para la restauración. De lo contrario, se requiere extracción. Se requiere seguimiento clínico después de una semana, seis a ocho semanas y un año. Se requiere

seguimiento radiográfico después de 6-8 semanas y también 1 año. El seguimiento es vital hasta la aparición de los sucesores.

- Fractura de corona / raíz (con exposición pulpar): Rondon y Sogbe, consideraron al respecto que, la etapa de desarrollo de la raíz se puede determinar mediante la evaluación radiográfica. La preservación de la vitalidad de la pulpa se puede lograr mediante pulpotomía parcial utilizando pasta de hidróxido de calcio e ionómero de vidrio reforzado como revestimiento y restauraciones de composite / compómero. A menos que exista una cooperación con el paciente, la extracción es un enfoque de tratamiento alternativo. Se requiere seguimiento clínico después de una semana, seis a ocho semanas y un año. Se requiere seguimiento radiográfico después de 6-8 semanas y también 1 año.

- Fractura de la raíz: Se requiere una evaluación radiográfica para evaluar la posición de la línea de fractura. El tratamiento debe consistir en reposicionar el segmento desplazado y entablillar. La estabilización debe durar 4 semanas. El seguimiento de la línea de fractura es fundamental. Si no hay desplazamiento, se requiere un seguimiento clínico de una semana, seis a ocho semanas y un año. Después de 1 año, la evaluación radiográfica debe repetirse hasta la erupción de los sucesores. Si el diente / dientes traumatizados se extraen como opción de tratamiento después de 1 año, aún se requieren exámenes clínicos y radiográficos para monitorear los sucesores.

- Fractura alveolar: Si no hay interferencia oclusal, se permite que el diente se repositone espontáneamente. Si hay una interferencia oclusal menor, está indicado un ligero pulido. Cuando hay una interferencia oclusal más grave, el diente se puede reposicionar suavemente mediante una combinación de presión labial y palatina después del uso de anestesia local. En casos graves, cuando la corona se luxa en dirección labial, está indicada la extracción. Se requieren los siguientes controles: 1 semana y 2 a 3 semanas de examen clínico, y 6 a 8 semanas y 1 año de exámenes clínicos y radiográficos.

- Conmoción cerebral: clínicamente, el diente es sensible al tacto. No se observa movilidad ni sangrado sulcular. La evaluación radiográfica tampoco revela patología. La observación es la única opción de tratamiento. Solo se requiere seguimiento clínico después de una y seis a ocho semanas.

- Subluxación: se observa un aumento de la movilidad, aunque el diente no se desplaza. Puede haber sangrado cervical. No hay anomalía en la evaluación radiográfica. La radiografía oclusal puede

detectar posibles fracturas y desplazamientos radiculares. La observación es la única opción de tratamiento. Se recomienda un cepillado suave y el uso de agentes antibacterianos. Solo se requiere seguimiento clínico después de una y seis a ocho semanas. Se debe informar a los padres sobre la aparición de una posible decoloración de la corona. A menos que se forme una fístula, se requiere vigilancia.

- **Luxación extrusiva:** El aumento del espacio del ligamento periodontal apical se describe en la evaluación radiográfica. Para una extrusión menor (<3 mm) en un diente inmaduro en desarrollo, las opciones de tratamiento pueden ser un reposicionamiento cuidadoso o dejar el diente para una alineación espontánea. La extracción está indicada para extrusión severa en un diente primario completamente formado. Se requiere seguimiento clínico después de una semana, seis a ocho semanas y un año. Se requiere seguimiento radiográfico después de 6-8 semanas y también 1 año. Se debe informar a los padres sobre la posible aparición de decoloración.
- **Luxación lateral:** Si no hay interferencia oclusal, se permite que el diente se repositone espontáneamente. Para interferencias oclusales menores, está indicado un ligero pulido. Si hay una interferencia oclusal más severa, el diente puede repositonarse suavemente después del uso de anestesia local. Si la corona está muy dislocada en dirección labial, está indicada la extracción. Se requiere seguimiento clínico después de una semana, seis a ocho semanas y un año. Se requiere seguimiento radiográfico después de 6-8 semanas y también 1 año.
- **Luxación intrusiva:** Cuando el ápice se desplaza hacia el germen del diente permanente, el diente aparece alargado y debe extraerse. Se requieren seguimientos clínicos durante una semana, tres a cuatro semanas, seis a ocho semanas, seis meses y un año después, mientras que el seguimiento radiográfico es de seis a ocho semanas y un año después. La monitorización clínica y radiográfica es fundamental hasta la aparición del sucesor permanente.
- **Avulsión:** los hallazgos clínicos revelan que el diente no está en el alvéolo; sin embargo, se requiere un examen radiográfico para confirmar y no pasar por alto la intrusión. No se recomienda la reimplantación de los dientes avulsionados. Se requieren seguimientos clínicos durante 1 semana, 6 meses y 1 año después, mientras que el seguimiento radiográfico es de 6 meses y 1 año después para monitorizar la erupción de los sucesores.<sup>8</sup>

## **Traumatismos dentales en Bebés**

Según Baldini y Cols, las características de la boca de un bebé son únicas y particulares a este período de la vida. La boca, así como todo el resto del cuerpo, está en constante desarrollo.<sup>11</sup>

La Odontología en bebés enfatiza la atención precoz y crea un escenario muy favorable a esta detección de situaciones anormales en la cavidad oral del niño. Sin embargo, es necesario que se ofrezca cada vez más este servicio a la población, ya que muchos niños con lesiones dentales no son tratados inmediatamente, lo que puede ocurrir por la falta de acceso a la atención dental.

Las caídas son los factores etiológicos de mayor prevalencia. El lugar preferencial para la ocurrencia traumática dental en los niños de edad temprana, es el propio hogar.

### **Principales causas de los traumatismos dentales en los bebés:**

Por la propia condición de dependencia, desconocer el peligro, no tener los movimientos locomotores bien desarrollados y las reacciones de defensa aún lentas según su razonamiento, los niños de hasta 2 o 3 años necesitan atención frecuente de sus responsables o acompañantes.<sup>11</sup>

La etiología de los traumatismos en los bebés es variada en los procesos iniciales de vida, como ya hemos descrito y como si no bastara ese aprendizaje, a veces doloroso para caminar, el bebé estará predispuesto a caer del andador, del coche de bebé, del cambiador e incluso del cuello de sus responsables.<sup>11</sup>

En todas estas situaciones, la cabeza funcionará como un órgano prominente en el trauma y así, la presencia de dientes, aunque sean pocos, o incluso únicos, también puede agravar el caso y, a menudo nos deja sin alternativas terapéuticas, aunque momentáneamente, debido a la inmadurez del niño o de su dentición.<sup>11</sup>

Los dientes intraóseos pueden ser alcanzados, bastando que el trauma incida directamente en la región de alvéolos, pudiendo causar alteración de la posición dental o incluso fractura de los elementos dentales, considerándose la intensidad del trauma.<sup>11</sup>

Accidentes de tránsito, agresiones a los niños, convulsiones, overjet exagerado o situaciones quirúrgicas donde hay necesidad de intubación del niño, son también causas frecuentes de traumas dentales.<sup>11</sup>

Vale recordar que, las limitaciones en el bebé serán momentáneas, pero las secuelas podrán acompañarle por el resto de su vida. Mutilados o no, abatidos psicológicamente o no, esto dependerá

de la inmediatez de las consultas iniciales y acompañamientos sucesivos, hasta el momento en que se cree que es el final del problema instalado. <sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

Los traumatismos dentarios en la infancia se clasifican en: infractura o infracción del esmalte, fractura no complicada de la corona, fractura complicada de la corona, Fractura mixta o de corona y raíz, fractura radicular, concusión, sub-luxación, luxación y exarticulación. Son la segunda causa de atención estomatológica en pacientes infantiles, dos veces más frecuentes en niños que en niñas y entre los factores de riesgo asociados a los traumatismos dentales se encuentran: Incompetencia Labial y Resalte Aumentado. Se caracterizan por necesitar un tratamiento diferencial para cada uno de sus tipos.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflicto de interés en la confección de la investigación.

## DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de la presente investigación.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

**BSH:** Metodología, Investigación, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición final.

**EVT:** Conceptualización, Redacción – revisión y edición final.

**IMH:** Curación de los datos, Análisis formal, Supervisión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Galarza JL. Influencia de los cuidadores habituales en la salud bucal de niñas y niños [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil Wiener "Facultad de Odontología"; 2021. [citado 14/03/2023].105p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/re>

- [dug/51704](#)
2. Chanchari Gamboa YT. Prevalencia de lesiones traumáticas en dientes anteriores y factores de riesgo asociados en niños de 6 a 12 años en la Clínica Delgado en el año 2018 al 2020[Tesis]. Lima-Perú: Universidad Privada Norbert Wiener "Facultad de Ciencias de la Salud"; 2021. [citado 14/03/2023].120p. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4771/T06\\_1\\_44849612\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4771/T06_1_44849612_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  3. Cañenguez Linares EL, Cornejo Valse LM, Escamilla Rodríguez, GI. Prevalencia de Trauma Dentoalveolar en niños de 3 a 12 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador, Unidad de Salud de San Jacinto y Clínicas Asistenciales del Mercado Municipal de Soyapango. Alcaldía de Soyapango, en el período comprendido de el 1ero de marzo al 30 de junio 2004 [Tesis]. Universidad de el Salvador "Facultad de Odontología";2004.[citado 14/03/2023]. 98 p.Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1252952>
  4. Leyva Infante M, Reyes Espinosa D, Zaldivar Pupo O L, Naranjo Velásquez Y, Castillo Santiesteban YC. El traumatismo dental como urgencia estomatológica. CCM [Internet]. 2018 [citado 26/02/2023]; 22(1):66-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81382>
  5. López Garcés KN. Factores predisponentes de traumatismos dentales en niños [Tesis]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil "Facultad de Odontología"; 2021. [citado 14/03/2023].84 p.Disponible en: [http://repositorio.ug.edu.ec/handle/re\\_dug/56366](http://repositorio.ug.edu.ec/handle/re_dug/56366)
  6. Río JA, Alvarado-Solórzano AM, Guanotoa-Lincango BE. Características de traumatismo dental en niños de 5-13 años de edad. Polo del Conocimiento.[Internet] 2018 [citado 14/03/23];3(5):150-9 Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/494>
  7. Jimenez Castellanos MI, Díaz Sánchez LS, Páez Delgado D, Lobaina Lafita JL, Tartabull Silva FM. Factores de riesgo de afecciones bucodentales en niños de

- guarderías infantiles no estatales. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 14/03/23]; 23( 3 ): 403-411. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192019000300403&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192019000300403&script=sci_arttext&tlng=en)
8. Ochoa Martillo JI. Prevalencia y Factores de Riesgo de lesiones dentales traumáticas en niños con dentición mixta de 6 a 12 años [Tesis]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil "Facultad de Odontología"; 2021..104 p. [citado 14/03/2023].97 p. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/items/9cb4de18-def6-45c1-a0a5-25993fdaf2ea>
9. Atilano Soto L, Curbelo Mesa R, Torres Sarma L. Frecuencia de traumatismos dentales en los incisivos en niños de 6 a 12 años. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 [citado 14/03/23]; 15( 1 ):101-112. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100012&lng=es)
10. Hernández Gutiérrez D, Álvarez Román CI, Concepción Delgado A. LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS DIENTES ANTERIORES EN MENORES DE 15 AÑOS DEL MUNICIPIO SANTA CLARA. Medicentro [Internet]. 2010[2023];14(4): 2. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/186/216>
11. da Silva Nogueira AJ, Malcher Nogueir R da G, Barros Correa D, Xavier Sonza F. Traumatismo dental en bebés. Rev Odopediatr Latinoam. [Internet] 2018 [citado: 14/03/23]; 8(1):66-74. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/145>
12. Peña Huamani Y. Impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de tres a cinco años de instituciones educativas estatales del distrito de Pachacámac, 2017 [Tesis]. Lima- Perú: Universidad Privada Norbert Wiener "Facultad de Ciencias de la Salud"; 2018.[citado 14/03/23].105 p. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1904>
13. Franco FJ. Traumatismos dentales. Pediatr Integral [Internet]. 2019[citado 14/03/23]; 23(7): 322–329. Disponible

- en: [https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii07/01/n7-322-329\\_JosepFalgas.pdf](https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii07/01/n7-322-329_JosepFalgas.pdf)
14. Uzcátegui Quintero JV, Hernández Ayala A, González Plata R, Ríos Szalay E. Tratamiento restaurador de lesiones dentales traumáticas. Reporte de tres casos clínicos. Rev Odonto Mex [Internet]. 2017[citado 14/03/23]; 21(3): 185-197. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72755>
15. Naranjo Zaldivar HA. Traumatismos dentarios: un acercamiento imprescindible. 16 de abril [Internet]. 2017[citado 14/03/23]; 56(265): 113-118. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230161419.pdf>
16. Cevallos U. Nivel de conocimiento sobre el manejo de trauma dental en profesionales de atención primaria en la ciudad de Ambato-provincia de Tungurahua. [Tesis]. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2019.[citado 14/03/23].105 p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18401>
17. Mejía Cote AJ, Ustaris Romero DA, Jaimes Hernandez CA. Conocimientos y prácticas sobre traumas dentoalveolares de los estudiantes de odontología de séptimo a décimo semestre de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga [Tesis]. Bucaramanga-Bogotá: Universidad Santo Tomás.; 2020. [citado 14/03/23]. 51 p. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/1634/23487>