

### Director de sección

*Dr. Juan Ramón Boj Quesada*

### Colaboran

*M<sup>a</sup> T. Briones Luján*

*A. Xalabardé i Guàrdia*

*O. Cortés Lillo*

*E. Espasa*

### INDICADORES DE CONDUCTA EN EL MALTRATO INFANTIL

#### **Behavioral indicators of child maltreatment.**

*J. Dent. Child. 1999; 66: 17-22.*

Se han descrito numerosos artículos médicos y odontológicos sobre los signos físicos y síntomas que se asocian a las diferentes formas de maltrato infantil y aunque resulta imprescindible el conocimiento de los mismos por parte de los profesionales de la salud, también lo es el conocimiento de los indicadores de conducta, pues estos serán de gran valor a la hora de tomar decisiones. Los odontólogos. Particularmente los odontopediatras, que están informados de las manifestaciones tanto físicas como conductuales de los maltratados, estarán en situación inmejorable para asistir a las víctimas de este mal.

Este artículo revisa los efectos que tiene el maltrato sobre el desarrollo del niño, los indicadores de actitud y conducta que muestran los niños que lo sufren y expone de manera breve la conducta de los padres que maltratan a sus hijos.

Efectos del maltrato en el desarrollo del niño: Los niños que han sufrido abusos o abandono, presentan normalmente retraso o detención del proceso normal del desarrollo. Las consecuencias en la actitud y conducta de los niños dependerán del momento en que se interrumpe dicho proceso.

Indicadores de conducta generales en el maltrato infantil: Los desórdenes de la conducta se clasifican atendiendo a su exteriorización o interiorización. Entre las conductas que se exteriorizan se incluyen el desafío, la agresión y la delincuencia. Los niños que exteriorizan sus sentimientos tienden a expresarse de manera violenta, exhiben un escaso control de sus impulsos y su conducta es impredecible e incontrolable. Los desórdenes que se interiorizan están representados por la depresión, distimia, miedo a la separación,

huida de los problemas y trastornos de ansiedad. Los niños que sufren abuso o abandono e interiorizan sus sentimientos se caracterizan por ser indiferentes, sumisos y retraídos. Como recurso para mantenerse distanciados y así “protegerse” de los demás, a veces crean situaciones hostiles e incómodas. Los niños con conductas negativas, tanto si las exteriorizan como si no, son menos competentes socialmente y tienden a ser ignorados o rechazados por sus iguales.

Indicadores de conducta en función de los tipos específicos de maltrato: Aunque una conducta particular puede ser común a más de un tipo de maltrato, cada tipo presenta una serie de patrones conductuales exclusivos que lo diferencian de los demás.

Rasgos de los niños que sufren abuso o abandono físico: Los que sufren abusos físicos son más agresivos que los que sufren abandono, quienes por el contrario son más introvertidos. Ambos son poco sociables si se les compara con los niños no maltratados y asumen menos responsabilidades en sus acciones. Los déficits cognitivos aparecen más frecuentemente en los que sufren abusos físicos. Los niños que sufren abandono muestran a menudo conductas clasificadas como de “alto riesgo”. Si el abandono se produce en los primeros años de vida puede afectarse su desarrollo normal, no sólo el psicológico sino también el emocional.

Los niños que son víctimas de abusos sexuales muestran, lógicamente, más disfunciones sexuales que otros niños maltratados. Las situaciones por las que atraviesan les hacen sentirse enfadados, frustrados, humillados e impotentes, son incapaces de expresar sus sentimientos y no suelen relacionarse con sus iguales.

Los que sufren abusos emocionales suelen mostrarse indiferentes y no responden a los estímulos ambientales. Pueden parecer pasivos y obedientes, procurando no llamar la atención. Reaccionan de manera inapropiada ante experiencias

propias de la niñez (por ejemplo, pueden no llorar cuando se les aplica una inyección o cuando se les quita un juguete). Como otros niños víctimas de maltrato, tienen pocas habilidades para comunicarse, reaccionan mal ante el rechazo de otros niños y se sienten incómodos ante los retos sociales. El niño, a menudo, sufre retraso en el lenguaje y las habilidades motoras, siendo frecuente el fracaso escolar.

Conducta de los padres que maltratan: Es importante a la hora de valorar los indicadores de conducta de los niños maltratados, tener también información sobre la conducta de sus padres. Estos padres suelen tener expectativas poco realistas de los hijos, exigiéndoles conductas no apropiadas para su edad o habilidad. No conocen o rechazan los principios básicos del desarrollo de un niño. Son extremadamente críticos con sus hijos reaccionando con hostilidad y agresividad. En un 40% de los casos de maltrato infantil, los padres tienen problemas con el alcohol o las drogas: suelen comportarse de modo sospechoso con respecto a las lesiones de sus hijos, pudiendo parecer reservados o desconcertados. Cuando se les pregunta cómo se lesionaron éstos, dan una explicación poco creíble, describiendo un accidente sin trascendencia cuando las lesiones son graves e incluso acusan al niño de autolesionarse.

Evaluación del diagnóstico y manejo del paciente que sufre maltrato: En los casos en que se sospeche que existe maltrato infantil, antes de empezar el tratamiento, el odontólogo y su personal auxiliar deberían evaluar las conductas de los niños, estando los padres presentes y sin ellos. En este artículo se presenta una tabla con los indicadores de conducta para todos los tipos de maltrato, lo que puede ser de gran ayuda al odontólogo para confrontar las lesiones que presentan los niños y las explicaciones dadas por los padres.

Los niños que sufren maltrato pueden mostrar una amplia variedad de conductas y/o emociones durante el curso de las visitas. Para cualquier tipo de conducta es imperativo un ambiente acogedor y alentador. En muchos casos esto es necesario para reconducir la conducta del niño. Los odontólogos deben respetar sus sentimientos y esforzarse en comunicarse con ellos para ganar su confianza. Habrá que emplear un tiempo adicional con estos niños, tratando de ser comprensivos con sus conductas negativas, preguntándoles por asuntos que puedan ser de su interés y permitirles compartir o expresar sus problemas o miedos.

La restricción física debe evitarse cuando existan sospechas de maltrato. Si un niño no responde a nuestras peticiones para que coopere, o a la sedación consciente, puede que sea necesario realizar el tratamiento dental bajo anestesia general. Si el abuso o abandono es severo, habrá que remitir al niño a las autoridades competentes o al servicio de urgen-

cias de un hospital para que reciban atención médica. El tratamiento dental requerido por estos niños es generalmente secundario a sus necesidades médicas o emocionales.

Como conclusión de este artículo señalaremos que los odontólogos tiene la oportunidad y la obligación de asistir a estos niños, identificando, diagnosticando e investigando los casos de sospecha de maltrato infantil. Sólo una intervención precoz lograría romper el ciclo de abusos y abandono de los niños.

*Briones Luján, M<sup>a</sup> T.  
Profesora Colaboradora del Máster  
de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*

### **ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA DURANTE LOS TRATAMIENTOS DENTALES.**

#### **Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment.**

*Peretz, B.; Zadik, D.*

*Pediatr Dent. 1999; 21:201-204.*

El tratamiento dental en los pacientes odontopediátricos necesita de las técnicas de manejo de la conducta para lograr buenos resultados. De entre ellas, las más frecuentemente utilizadas son la técnica de la triple E, el refuerzo positivo, la imitación, el control de voz y la restricción física. No todas estas técnicas son igualmente aprobadas por los padres, e incluso algunas han llegado a definirse como inaceptables.

El objetivo de este artículo fue evaluar la actitud de los padres o acompañantes hacia algunas técnicas de manejo de la conducta utilizadas durante los tratamientos dentales de sus hijos.

Para ello se contó con una muestra de 104 padres que acompañaron a sus hijos y estuvieron presentes durante el tratamiento dental. Todos los pacientes (de entre 2 y 13 años de edad) precisaron como mínimo de una sesión operatoria tras la primera visita inicial, y tanto los planes de tratamiento como los protocolos de manejo de la conducta fueron explicados a los padres con todo detalle. Al finalizar la segunda visita los padres accedieron a rellenar un cuestionario con petición de información demográfica, conductual y dental. Además se preguntó sobre su actitud hacia las técnicas de manejo de la conducta de acuerdo con las explicaciones iniciales y la experiencia posterior durante los tratamientos dentales efectuados en sus hijos.

Los datos se analizaron estadísticamente mediante el test Fisher's exact, con un nivel de significación en  $p < 0,05$ .

La mayoría de los padres del estudio (56%) prefirieron técnicas de relajación y explicaciones para manejar la conducta de sus hijos, y tan sólo un 4% estaba de acuerdo en dejar en manos únicamente del dentista la decisión de qué actitud tomar. Con respecto a las técnicas de manejo el control de voz fue aceptada por los padres en un 75% de los casos, el Papoose Board<sup>®</sup> por un tercio de los padres y la restricción física por casi un 25%. Esta permisividad en cuanto a técnicas consideradas algo "agresivas" pudiera estar explicada por una actitud firme de los padres en casa en los casos en que la conducta de sus hijos no era la correcta. Además, muchos de los pacientes visitados habían sido atendidos por otros profesionales con anterioridad sin que se les hubiera podido realizar tratamiento por presentar problemas de conducta.

Los resultados también indican que las actitudes de los padres pueden modificarse de acuerdo con la manera de exponer y explicar las técnicas de manejo de la conducta, y así cuánto mejor es la información mayor es la aceptación de técnicas más firmes.

En el estudio no se evidenciaron diferencias entre los individuos de la muestra en relación a la edad de los padres, el nivel de educación, la profesión, la edad del paciente o previas experiencias dentales, quizás por una gran voluntad en lograr el tratamiento exitoso del niño por encima de cualquier otra consideración.

No obstante, los autores remarcan que estos resultados han sido obtenidos por un grupo definido de pacientes y que éstos no pueden ser extrapolables a otro tipo de poblaciones sin la existencia de investigaciones sobre grupos mayores y más heterogéneos.

*Xalabardé i Guàrdia, A.  
Profesora Asociada de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*

#### **CUATRO TIPOS DE AGENTES PARA ANESTESIA TÓPICA: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD CLÍNICA**

##### **Four types of topical anaesthetic agents: evaluation of clinical effectiveness.**

*Tulga, F.; Mutlu, Z.*

*J clin Pediatr Dent. 1999; 23: 217-220.*

El miedo a la aguja y a los pinchazos es muy común en los niños e incluso en algunos adultos. Este temor compli-

ca el procedimiento de aplicación de la anestesia local previo a los tratamientos dentales, y para aliviar el problema se utilizan anestésicos tópicos con el objetivo de reducir las molestias al paciente durante la inyección de la anestesia local infiltrativa.

La lidocaina es, hoy por hoy, la referencia al comparar la efectividad de otros agentes anestésicos. El spray Xylocaine<sup>®</sup> (compuesto principalmente por lidocaina) es el anestésico tópico preferido por los dentistas, sin embargo, se ha probado que su bioadhesión, su potencial analgésico y su sabor no son óptimos.

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de efectividad de cuatro agentes anestésicos diferentes:

- Crema EMLA<sup>®</sup> (lidocaina 2,5%, prilocaina 2,5%),
- Vision-Gel<sup>®</sup> (benzocaina 20%),
- Anesthetic Tabs (tetracaina clorhidrato 0,68 mg., cin-cocaina clorhidrato 0,02 mg.), y
- Xylocaine 10% aerosol (lidocaina 10%).

La muestra estuvo compuesta por 120 niños de entre 10 y 15 años de edad, sin antecedentes alérgicos ni patología o inflamación de la mucosa oral, cuyas necesidades de tratamiento dental incluían a dos molares superiores simétricos.

Tras la aplicación de los agentes anestésicos tópicos según las instrucciones de cada producto, y siempre habiendo obtenido previamente un campo seco, se inyectaron 0,5 ml. de solución anestésica mediante una aguja de diámetro 27, marcada a 2 mm del extremo con un tope de goma de endodoncia. La respuesta de los pacientes al dolor fue registrada mediante la escala visual analógica horizontal de 100 mm. (donde 0 mm. indica ausencia de dolor y 100 mm. indica dolor insoportable).

Tras examinar estadísticamente los datos obtenidos, el Vision-Gel (benzocaina 20%) resultó ser el producto más efectivo en reducir las molestias de la inyección intraoral. Además, esta sustancia tiene como ventajas el no provocar ninguna reacción a nivel sistémico y el ser capaz de permanecer en el lugar de aplicación durante un mayor período de tiempo.

Los autores concluyen que los 4 agentes anestésicos reducen, en distintos grados, el dolor durante la inyección oral, y que los preparados en forma de gel o crema resultan más efectivos que los aerosoles. El Vision-Gel, además, fue mejor aceptado por los pacientes por su sabor a chocolate.

*Xalabardé i Guàrdia, A.  
Profesora Asociada de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*

## **EFFECTO DE LA REABSORCIÓN RADICULAR FISIOLÓGICA SOBRE EL POTENCIAL REPARADOR DE LA PULPA EN LOS DIENTES PRIMARIOS**

### **The effect of physiological root resorption on repair potential of primary tooth pulp.**

*Saziye Sari, Saziye Aras, Omer Gunhan.*

*J. Clin. Pediatr. Dent. 1999; 23: 227-233.*

En el pronóstico de los tratamientos pulpares de la dentición permanente tiene una gran importancia la edad del paciente. Pues con la edad hay más calcificaciones distróficas en la pulpa, aumenta la formación de dentina secundaria, así como se incrementan las fibras de colágeno y disminuyen los elementos celulares entre ellos los odontoblastos. Es por este motivo por lo que el potencial reparador de los dientes permanentes disminuye con la edad. De igual forma se sugiere que también la edad podría influir en los tratamientos pulpares en la dentición primaria.

Teniendo en cuenta que no se han realizado estudios valorando el efecto de la reabsorción radicular fisiológica sobre la formación de dentina reparativa, los autores plantean este estudio donde el objetivo es determinar los cambios en el potencial reparador de los dientes primarios en relación con su reabsorción radicular fisiológica.

*Material y Método:* para ello utilizaron 20 caninos primarios que iban a ser extraídos por motivos ortodóncicos. En ellos se realizaron cavidades clase V en el 1/3 medio de la superficie bucal. Durante todo el tratamiento se tuvo especial cuidado en obtener un buen aislamiento. Se llevaron a cabo pequeñas exposiciones pulpares y la hemorragia se controló con bolitas de algodón humedecidas de solución salina. Sobre las exposiciones pulpares se aplicó una mezcla de Ca(OH)<sub>2</sub> con solución salina. A continuación una base de óxido de zinc-eugenol y posteriormente una reconstrucción de amalgama.

Tres meses después los dientes se extrajeron. Se midió la distancia entre la línea esmalte-cemento y el ápice. Tomando como referencia las medidas de Kramer & Ireland de longitud radicular del canino se establecieron dos grupos, rechazando aquellos dientes de longitud inferior a la establecida:

1° grupo; 7 dientes donde la reabsorción no excede 1/3 de la longitud radicular.

2° grupo; 7 dientes donde la reabsorción está entre 1/3 y 2/3 de la longitud radicular.

A continuación se fijaron en formol, se descalcificaron y se efectuó la tinción con hematoxilina-eosina, posteriormente se realizaron los cortes histológicos para la evaluación de las muestras con el microscopio óptico.

*Resultados:* en el primer grupo (reabsorción no mayor que 1/3 de longitud radicular) se observó la formación de un puente dentinario completo, delgado y totalmente calcificado en dos de las muestras y más grueso en el resto que aún no había finalizado su maduración. No se observaron alteraciones en la regularidad de la capa de odontoblastos y el resto de la pulpa permanecía vital excepto con una ligera inflamación por debajo del puente dentinario.

En el segundo grupo (reabsorción entre 2/3 y 1/3 de longitud radicular) los resultados fueron muy similares. Aunque dos de las muestras presentaban un puente dentinario doble con tejido fibroso y de granulación en el interior. Se apreciaba ligera inflamación próxima a la zona de formación del puente dentinario pero el resto de estructuras pulpares parecía normal. En ninguno de los grupos se observaron reabsorciones radiculares internas.

*Discusión:* para los autores la formación de un puente dentinario en todas las muestras es un indicador del potencial reparador de los dientes primarios. Según su opinión la presencia de un doble puente dentinario en aquellas muestras del 2° grupo (reabsorción radicular entre 1/3 y 2/3 de la longitud radicular) se debe a un retraso en el proceso de reparación.

Este retraso podría explicarse, no por las alteraciones histológicas como sucede con la edad en los dientes permanentes sino, por los cambios bioquímicos asociados al proceso de reabsorción radicular y también, tal como sugiere Alacam, por los desordenes circulatorios durante este proceso.

Por otra parte, dado que el mismo material de recubrimiento se ha utilizado en todos los dientes, habría que pensar en factores como traumas previos o las condiciones del tratamiento que determinasen el distinto grosor de los puentes dentinarios. Además hay que considerar que la aplicación de materiales de alta alcalinidad como la mezcla de Ca(OH)<sub>2</sub> y suero salino crean una amplia zona de necrosis por debajo del lugar de amputación y por lo tanto un puente dentinario de mayor grosor. De igual forma la alta alcalinidad del material explicaría la escasa presencia de chips de dentina en el tejido pulpar pues quedan estos incluidos en la amplia capa de necrosis sobre la que se forma el puente dentinario.

Por último, puesto que no se han observado reabsorciones radiculares internas en ninguna de las muestras los autores concluyen que estas reabsorciones internas no se originarían por el material aplicado, ni por tratarse de dientes primarios; sino por el estado previo de inflamación del tejido pulpar.

*Cortés Lillo, O.*

*Profesora Colaboradora Máster Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.*

## SECUELAS Y PRONÓSTICO DE LOS INCISIVOS TEMPORALES INTRUIDOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

### Sequelae and prognosis of intruded primary incisors: a retrospective study.

Holan G., Ram D.

*Pediatric Dentistry*. 1999; 21: 242 – 247.

La intrusión de los incisivos tras un traumatismo es una lesión relativamente frecuente en dentición decidua. El ápice de la raíz del diente temporal se dirige hacia el germen del permanente, o bien, más frecuentemente hacia vestibular, con o sin fractura del periostio. Los incisivos temporales intruidos en la mayoría de casos vuelven a erupcionar entre 1 y 6 meses sin ninguna consecuencia patológica. Las complicaciones asociadas con la intrusión pueden afectar a los dientes lesionados o a sus sucesores permanentes. Como complicaciones de la intrusión se han mencionado: necrosis pulpar, inflamación periapical, reabsorción externa de la raíz, anquilosis, calcificación del canal pulpar y fusión con la corona del germen del diente permanente.

Este estudio se diseñó para valorar las secuelas y pronóstico de los incisivos temporales intruidos. De los 196 niños que se atendieron por esta causa en urgencias de la clínica de la facultad de odontología de la universidad de Jerusalén entre mayo de 1991 y diciembre de 1996, se pudo realizar el seguimiento de un grupo de estudio de 110 niños (172 dientes), que fueron los que acudieron a las visitas posteriores de control. La proporción varón/hembra fue de 1,7/1. La edad de los niños en el momento de la lesión osciló entre 12-72 meses (media 28). El tiempo de seguimiento abarcó entre 0 y 59 meses (media 27).

Los datos recogidos incluyeron: tipo de diente intruido, grado de intrusión (completa o parcial), dirección del ápice (vestibular o palatina), fractura de la lámina ósea vestibular y prescripción antibiótica. Se realizó una radiografía lateral extraoral para determinar la fractura de lámina ósea vestibular. En el examen de seguimiento se valoraron los siguientes parámetros: lesión por traumatismo repetido desde que se produjo la intrusión, pulpectomía del diente lesionado, extracción, grado de reerupción (total o parcial), posición del diente después de la reerupción (normal o ectópica). Los dientes se examinaron clínicamente buscando signos de movilidad, sensibilidad a la percusión, tipo de sonido a la percusión (sordo, normal o metálico) y cambio de color. Se realizaron radiografías periapicales para evaluar: reabsorción radicular externa o interna, radiolucidez periapical, ensanchamiento del ligamento periodontal, detención de la aposición de dentina y calcificación del canal pulpar.

En caso de pérdida del diente también se registró la causa de la extracción. La lesión periodontal se definió como aquella situación en que el diente presentaba sensibilidad a la percusión, aumento de la movilidad y ensanchamiento del ligamento periodontal con o sin reabsorción radicular externa.

Para valorar la influencia de la edad sobre varios factores asociados a la intrusión, los niños se distribuyeron en tres grupos: 12-23 meses, 24-35 meses y 36 meses o más. Los datos se analizaron estadísticamente por el test de la  $\chi^2$  y cuando éste no fue posible se realizó el test exacto de Fisher.

Resultados: según los datos de las primeras visitas, el 58% (180/310) de todos los dientes estaban parcialmente intruidos y el 39% lo estaban completamente. Este porcentaje varió significativamente ( $p < 0,005$ ) en el grupo de estudio, donde el 69% de los dientes examinados estaban completamente intruidos.

En el análisis de las secuelas en el grupo de estudio se observó que todos los dientes reerupcionaron, el 88% lo hizo totalmente y un 10% parcialmente, hubo sólo 2 (2%) que no reerupcionaron debido a anquilosis que se diagnosticó por la estabilidad firme y el sonido metálico a la percusión. La fractura del hueso vestibular no fue un factor significativo en la influencia de la reerupción, ni en la posición después de la reerupción. El 63% de los dientes reerupcionaron en la posición previa y el 37% de estos dientes lo hicieron en una posición ectópica. La situación ectópica más frecuente fue la rotación del incisivo a lo largo de su eje axial. El grado de intrusión tampoco fue un factor significativo en la capacidad de reerupción de los dientes, ni en la posición de los dientes después de la reerupción, si bien los incisivos que estaban completamente intruidos reerupcionaron en una posición ectópica en un porcentaje más alto (45%) que los parcialmente intruidos (30%). Los dientes rotados no presentaron más signos patológicos clínicos o radiológicos que los dientes que habían vuelto a su posición normal.

El 52% de los dientes presentaron calcificación del canal pulpar (CCP). El 64% de los dientes totalmente intruidos presentaron CCP comparados con el 40% de los parcialmente intruidos esta diferencia fue significativa ( $p < 0,006$ ). También hubo una diferencia significativa en la aparición de CCP en función de la edad, siendo más frecuente en el grupo de niños más pequeños (66%) y el de mayores (82%) comparados con el grupo de edad media (31%). El 63% (76/121) de los dientes reerupcionados presentaron cambio de coloración de la corona, que pasó a amarillenta (55/76), seguida de gris (55/76), rosa (2/76) y marrono-

sa (2/76). Es de señalar que 40 de los 55 dientes con cambio de color a amarillo presentaron CCP. La detención en la aposición de dentina se encontró en el 15% de todos los dientes y no se vio una diferencia significativa según el grado de intrusión.

Se exodonciaron 23 dientes poco después del traumatismo, 19 de ellos debido a la sospecha de contactar con el permanente en desarrollo y 4 dientes por caries severa. El 68% de los dientes intruidos sobrevivieron más de 36 meses después de la lesión. Durante el seguimiento se exodonció un 23% de los dientes debido a lesión del ligamento periodontal y otro 5% debido a traumatismo repetido. El tratamiento antibiótico no tuvo ningún efecto en el porcentaje de supervivencia, ni en la pérdida del diente por lesión periodontal.

Al analizar los grupos de edad se observó una reducción en la tendencia a la intrusión completa conforme la edad del niño era mayor, sin embargo esta relación no fue significativa. No se detectó que la edad del niño influyera en el grado de reerupción. Se observó una mayor frecuencia de desplazamiento radicular hacia vestibular en el grupo de 24 a 35 meses en comparación con el grupo de niños más pequeños y el de niños mayores. Esto puede ser debido a que el ápice presenta una curvatura hacia vestibular cuando la raíz está completamente formada. En cambio, en los niños más pequeños algunos dientes pueden haberse lesionado antes de completar el desarrollo radicular, mientras que en los niños más mayores el ápice puede ya haberse reabsorbido en parte, cuando ocurre la intrusión. La reerupción incompleta por debajo del plano oclusal se asoció con frecuencia con el uso del chupete o el hábito de la succión de dedo.

Es interesante observar el estado de la pulpa después de la intrusión; mientras que la vitalidad pulpar se pierde en el 90% de los dientes permanentes después de la intrusión, ésta no es una consecuencia frecuente en los dientes temporales, siendo el hallazgo más común la CCP. Además hay una asociación significativa entre la intrusión com-

pleta y la presencia de CCP. Por otro lado la observación de una mayor frecuencia de CCP en los dos grupos extremos de edad se explicaría porque en estas edades los ápices suelen estar abiertos (todavía no cerrados o ya en fase de reabsorción).

Ante el hecho de que el tratamiento antibiótico no redujo el número de extracciones debidas a lesión periodontal, los autores señalan la falta de una pauta antibiótica a seguir en caso de traumatismo de los dientes temporales y el comienzo demasiado tardío si se espera a un test de sensibilidad antibiótica. También recomiendan que los padres reciban instrucciones para limpiar el surco gingival alrededor del diente afectado con un aplicador humedecido en una solución de clorhexidina cuando sea preciso reducir la contaminación bacteriana en boca. Los enjuagues en estos niños de 2 a 4 años no los consideran prácticos porque pueden tragarse parte de la solución al no tener bien desarrollado el reflejo de la deglución. La eliminación de la pulpa ante la sospecha de una necrosis puede mejorar el pronóstico de los incisivos temporales intruidos. Es difícil sin embargo averiguar en un estadio temprano si la pulpectomía es necesaria, teniendo en cuenta que más de la mitad de los incisivos intruidos preservan la vitalidad.

En ocasiones se ha de realizar la extracción ante la presencia en la fase de reerupción de estos dientes, de inflamación gingival y supuración en el surco gingival. Los autores consideran que se puede reducir el número de extracciones con las siguientes medidas: seguimiento exhaustivo de este tipo de traumatismos, la realización de una pulpectomía en el momento necesario, así como el comienzo de un tratamiento antibiótico en la visita inicial y la explicación de las instrucciones a los padres para el mantenimiento de una buena higiene bucal.

*Espasa, E.  
Profesor titular de odontopediatria.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*