

Localización intra-labial de fragmentos coronales de incisivos superiores fracturados: a propósito de dos casos

Suárez Quintanilla, D.; Facal García, M.; Facal García, M.J.

Resumen

Los traumatismos dentarios son una de las urgencias más comunes en la clínica odontopediátrica, en el diagnóstico de las lesiones asociadas reviste gran importancia una minuciosa exploración visual, manual y radiográfica de los labios. En este artículo se presentan dos casos donde los fragmentos coronales fracturados se localizaron en el interior de labio inferior, meses después del traumatismo, con ayuda de la telerradiografía lateral utilizada en el diagnóstico ortodóncico.

Palabras Clave: Traumatismo dental; Fracturas dentarias; Tejidos blandos.

Introducción

Una de las urgencias odontológicas más comunes requiere una rápida y precisa actuación clínica es la de los traumatismos que afectan a los tejidos duros del diente, así como las lesiones pulpares, periodontales y de tejidos blandos asociadas. Cuando el traumatismo es importante y se acompaña de fracturas dentarias y hemorragia bucal, la asistencia del paciente infantil se carga de un dramatismo que nos puede dificultar, aun dentro de la urgencia del caso, la correcta anamnesis y exploración. Es por ello que en todas nuestras consultas debemos de protocolizar nuestra acción diagnóstica y terapéutica ante este tipo de urgencias^(1, 2).

La frecuencia de este problema nos da una idea exacta de su importancia: en Dinamarca el 30% de los niños habían sufrido lesiones en los dientes de leche y un 22% las habían padecido en los permanentes; un tercio de todos los niños y una cuarta parte de todas las niñas sufrirán un traumatismo en la región oral antes de dejar la escuela primaria⁽³⁾.

Ante toda fractura dentaria es fundamental la exploración visual y manual de los tejidos blandos buscando laceraciones, abrasiones, contusiones y retención de cuerpos extraños. Sin una correcta palpación y exploración radiográfica del labio puede ocurrir que fragmentos del diente fracturado queden alojados en su interior.

En este sentido Snawder aconseja⁽⁴⁾:

- 1.- Examinar cuidadosamente las heridas y contusiones de la cara, labios y encías.
- 2.- Retirar todos los fragmentos de diente o restos incrustados en los tejidos.
- 3.- Limpiar la zona para ayudar al examen visual.
- 4.- Instaurar un plan de tratamiento.

Una de las preguntas claves ante toda fractura coronaria es: ¿Dónde está el resto del diente?. Siempre que el niño, o sus padres, no puedan responder con exactitud a esta cuestión o, en el mejor de los casos traernos el fragmento fracturado, tenemos que extremar nuestras medidas diagnósticas para evitar que una parte de la corona, incluida en el labio u otros tejidos blandos orales, se convierta en un cuerpo extraño capaz de producir, a corto plazo, cicatrices deformantes y, a largo plazo, lesiones más serias^(5, 6).

Cuando uno o varios fragmentos han quedado incluidos en el labio y el profesional ha realizado la correspondiente restauración del diente remanente, sin valorar la posibilidad de que parte de la corona fracturada pudiera estar alojado en los tejidos blandos, el diagnóstico sólo se produce si el fragmento es palpado por el profesional o el paciente, si aparece una fístula en la superficie labial o se realiza algún tipo de estudio radiográfico, como una telerradiografía lateral, con fines ortodóncicos. Es de interés para el odontopediatra y el ortodoncista conocer esta posibilidad y la adecuada interpretación de la imagen teleradiográfica de un fragmento dentario incluido como consecuencia de un traumatismo.

El objetivo de este artículo es describir dos casos de fracturas coronales en incisivos superiores permanentes con inclusión de los fragmentos dentarios fracturados en el labio inferior.

Presentación de casos

- Caso n° 1

Se trata de un niño de 9 años que acude a la consulta de

Odontopediatría 2 meses después de sufrir un grave accidente de tráfico, a consecuencia del cual permaneció hospitalizado por presentar traumatismo craneoencefálico.

Recuperado de sus problemas sistémicos los padres acuden a consulta para reconstruir el incisivo central superior derecho fracturado.

En la primera exploración observamos un incisivo con una fractura coronal horizontal (Clase IV de Ellis o Tipo c de la O.M.S.). Llama la atención una cicatriz globulosa y queiloidea en el labio inferior, de consistencia firme a la palpación. Ante la sospecha de un cuerpo extraño se procedió a realizar una teleradiografía lateral. Esta nos mostró claramente la existencia del fragmento fracturado, incluido en el espesor del labio inferior (Fig. 1).

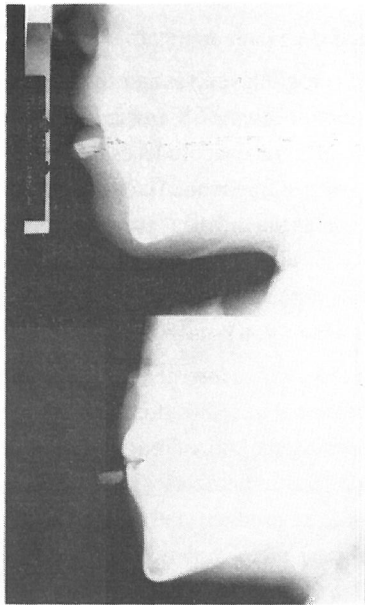


Fig. 1: Caso nº 1: Detalle de la teleradiografía lateral donde se puede observar el fragmento coronal fracturado en el interior del labio inferior.

Confirmado el diagnóstico remitimos al paciente a un cirujano plástico para la extracción del fragmento y la corrección estética de la cicatriz queiloidea. El cirujano nos remitió la parte de la corona extraída del labio, y el diente fue reconstruido con ella, según la técnica convencional utilizada en este tipo de fracturas (Figs. 2 y 3).

- Caso nº 2

La paciente de 13.2 años acude a la consulta de Ortodoncia por presentar una Clase II-1 bilateral y completa en dentición

permanente. Nos refiere que hace un año sufrió un traumatismo facial, a consecuencia del cual se fracturó la corona del incisivo central superior izquierdo. Su dentista le realizó la reconstrucción del diente fracturado con resina compuesta.

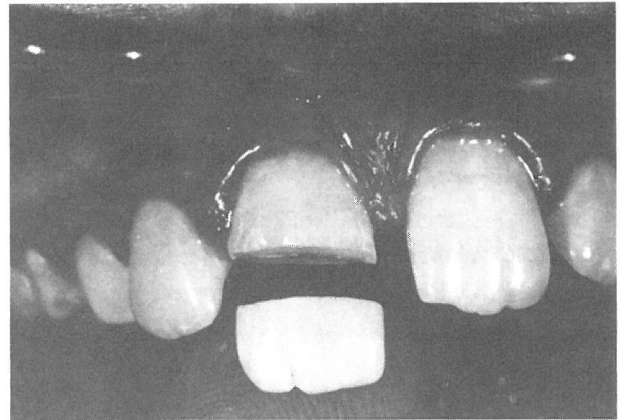


Fig. 2: Una vez extirpado el fragmento dentario del labio inferior, por un cirujano plástico, se comprueba su integridad y se procede a la reconstrucción del incisivo.

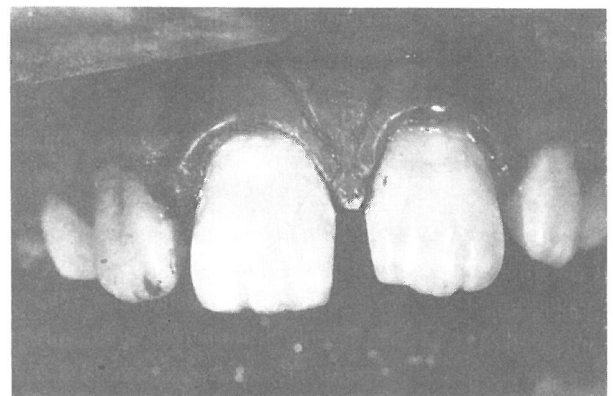


Fig. 3: El incisivo central derecho después de su reconstrucción con el fragmento incluido en el labio.

La exploración manual denota la presencia de una masa indurada de bordes agudos en el interior del labio inferior (Fig. 5). La telerradiografía lateral y las radiografías intraorales (técnica especial para tejidos blandos) nos muestran una imagen compacta muy radiodensa a nivel del labio inferior (Figs. 6 y 7). Confirmada la presencia de un fragmento dentario en el interior del labio, se procedió a su extirpación quirúrgica (Fig. 8).



Fig. 4: Caso nº 2: Vista intraoral del incisivo central superior, reconstruido con resina compuesta, y de la protuberancia labial que produce el fragmento coronal incluido.



Fig. 7: La telerariografía nos muestra el fragmento coronal incluido en el espesor del labio inferior.



Fig. 5: A la exploración manual se puede apreciar la prominencia que producen las aristas del fragmento dentario sobre la superficie labial.



Fig. 8: Una incisión superficial en el labio permite visualizar el fragmento fracturado y su sencilla extirpación.



Fig. 6: En la radiografía intraoral de tejidos blandos se observa el fragmento fracturado.

El fragmento extraído presentaba una coloración rosada, resultado de la reabsorción interna, y estando limitada su estructura a la capa más superficial del esmalte (Fig. 9).

Discusión

Si bien es un hecho poco frecuente que una parte de un diente fracturado quede incluido de forma asintomática en el labio u otros tejidos blandos orales, es necesario conocer esta posibilidad para, si fuese el caso, llegar a un diagnóstico.

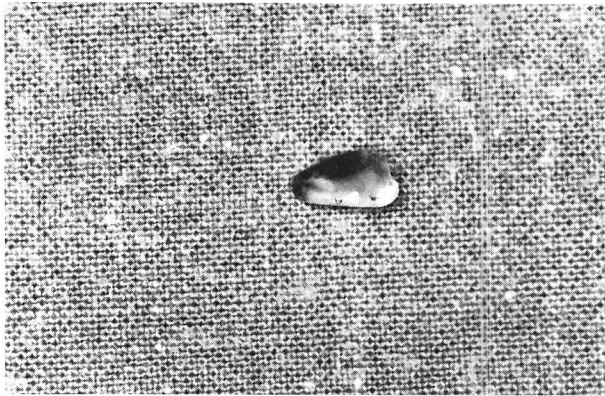


Fig. 9: La observación macroscópica del diente extraído revela la total reabsorción de la dentina quedando únicamente la capa más superficial del esmalte, lo que se traduce en un color rosado, similar al de los dientes temporales inmediatamente antes de su exfoliación.

Si la exploración visual y manual del labio nos hacen sospechar de la presencia de un fragmento coronal fracturado en su interior, recomendamos la técnica radiográfica de tejidos blandos propuesta por García Ballesta⁽⁷⁾. Nosotros creemos que otra exploración auxiliar de indudable valor es la telerradiografía lateral de cráneo - cara, con colimadores especiales para el perfil, y mandando al paciente, durante la exposición, hinchar ligeramente los labios, para separarlos del perfil óseo. Si el aparato no dispone de colimadores recomendamos usar una lámina metálica para el perfil y disminuir el kilovoltaje y el tiempo de exposición.

En la observación del fragmento extraído del caso nº 2, nos ha llamado la atención la total reabsorción de la dentina, quedando únicamente la capa más superficial del esmalte. Este dato creemos que puede tener una cierta significación clínica en el conocimiento del proceso de reabsorción dentinaria, ya que en el fragmento fracturado no existen odontoblastos ni células periodontales y en el labio es impensable la presencia de células odontoclasticas. Quiere esto decir, como ya apuntamos en nuestros trabajos sobre la reabsorción radicular ortodóncica⁽⁸⁾, que las células clásticas que destruyen el cemento y la dentina no son específicas del ligamento periodontal o del hueso alveolar, sino que son células multipotenciales que ante un estímulo determinado, por ejemplo

un cuerpo extraño, son capaces de destruir tejido mineralizado. No existe por tanto ninguna justificación ultraestructural para hablar de: odontoclastos, dentinoclastos y cementoclastos.

Este hallazgo también justifica las hipótesis más actuales sobre reabsorción dentaria -interna y externa- que creen que la destrucción del cemento y la dentina pudieran tener su origen en una reacción antígeno - anticuerpo, de manera que en los tejidos minerales de algunos dientes traumatizados o movidos ortodóncicamente se produciría un fracaso en el reconocimiento antigénico por parte del propio organismo.

Suárez Quintanilla, D.: Profesor Titular de Ortodoncia, Universidad de Santiago; Facal García, M.: Profesor Asociado de Odontopediatría, Universidad de Santiago; Facal García, M. J.: Tutor Clínico de Odontopediatría, Universidad de Santiago.

Correspondencia: David Suárez Quintanilla. C/. Concepción Arenal, nº 8 - 1º. 15702 - Santiago.

Bibliografía

- 1.- BASRANI, E.: Fracturas dentarias. Inter - Médica Ed. Buenos Aires, 1983.
- 2.- McDONALD, R.; AVERY, D.: Tratamiento de los traumatismos dentarios y de los tejidos de sostén. En: Odontología Pediátrica y del adolescente. Cap. 31. Ed. Panamericana. 5ª Ed. Buenos Aires, 1990.
- 3.- MAGNUSSON, B.O.: Odontopediatría. Enfoque sistemático. Salvat Ed., S?A. Barcelona, 1985.
- 4.- SNAWDER, K.D.: Manual de Odontopediatría clínica. Ed. Labor, S.A. Barcelona, 1982.
- 5.- ALLEN, F.J.: Incisor fragments in the lips. Dent. Pract. Dent. Rec., 11: 390 - 393. 1961.
- 6.- PERRINI, N.: ¿El diente dónde está?. Actualidad Dental, 1: 69 - 77. 1990.
- 7.- GARCÍA BALLESTA, C.; CABRERIZO MERINO, M.C.; LÓPEZ NICOLÁS, M.; FOMBELLA BALÁN, J.: La radiografía como ayuda al diagnóstico y pronóstico de las lesiones dentales. Odontología Pediátrica, 1: 159 - 162. 1992.
- 8.- SUÁREZ, D.; RODRÍGUEZ, M.A.; COBO, J.M.: Estudio experimental en el ser humano de la reabsorción radicular en Ortodoncia. Rev. Esp. Ortod., 21: 199 - 221. 1991.