

Avulsión en que no es posible el reimplante. Conservación del espacio utilizando la corona natural

García Ballesta, C.; Cortés Lillo, O.; López Nicolás, M.

Resumen

La pérdida traumática de un diente lleva consigo, junto con los problemas psicológicos, los del mantenimiento de la longitud de la arcada. Los mantenedores de espacio son una solución provisional mientras se decide la terapéutica definitiva. En este artículo se propone una alternativa a los dientes artificiales en la confección de la aparatología provisional.

Palabras clave: Avulsión; mantenedor de espacio; corona dental.

Avulsion in which replantation is not possible. Conservation of the space using natural crown

Summary

The traumatic loss of a tooth means both psychological problems and the maintenance of the arch length space. The space maintainers are a temporary solution until the final treatment is decided on. In this article, an alternative to artificial teeth is proposed in the making of a temporary aparatology.

Key words: Avulsion; space maintenance; dental crown

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del traumatismo dental en los incisivos permanentes es alta llegando a afectar en la población escolar (6-15 años) entre el 13,6%⁽¹⁾ y el 21%⁽²⁾. La avulsión llega a suponer hasta un 7,4%⁽³⁾.

Una avulsión en las piezas dentales superiores puede ser tan intensa que sea imposible el reimplante. En estos casos, cuando ortodóncicamente así se aconseje, es necesaria la colocación provisional de un mantenedor de espacio. Múltiples son las aparatologías que se pueden diseñar, pero todas tienen un denominador común: o no se coloca diente en el sitio edéntulo o si se aplica pieza intermedia ésta es de cerámica o resina.

Para un niño o adolescente que ha sufrido la pérdida traumática de un diente, las repercusiones psicológicas pueden llegar a ser intensas. La sustitución

de la pieza perdida por otra artificial puede agravar aún más su estado de ansiedad.

El objetivo del presente trabajo es el de mostrar unas soluciones –si se colocan mantenedores de espacio convencionales– en los que en vez de usar como sustitutivo un diente de acrílico o de porcelana, se ha utilizado el fragmento natural del diente perdido. Para ello presentamos tres casos diferentes en donde hemos aplicado esta técnica, y en los que junto con una buena aceptación de los niños y padres, hemos obtenido una estética similar.

CASOS CLÍNICOS

Paciente número 1

Se trata de un chico de 8,9 años que tras una caída en bicicleta sufrió la avulsión del incisivo central y del lateral izquierdo doce días antes. Junto a la avulsión

existía una rotura de la tabla externa pero sin pérdida ósea. La zona aparecía en un periodo medio de cicatrización. Los dientes se encontraban en un ambiente seco por lo que perdieron todo el ligamento periodontal. Se planteó a los padres la posibilidad del reimplante pero fue rechazada por lo que se optó por la colocación inmediata de un mantenedor de espacio. Debido a que eran dos las piezas avulsionadas y el canino temporal derecho estaba a punto de exfoliarse decidimos la colocación de una prótesis parcial removible *dams* utilizando las coronas. Para ello se recortaron siguiendo el cuello anatómico y se colocaron en la plancha base como si fueran dientes artificiales. En la radiografía previa a la puesta en boca se observan los dientes recortados (Fig. 2). El resultado estético fue muy bueno (Fig. 3).

Paciente número 2

Un adolescente (11 años) en una caída en monopatín se avulsionó el incisivo central superior derecho. En el momento del accidente acudió a un centro de salud donde le desaconsejaron el reimplante. Fue visto por nosotros 45 días después del accidente (Fig. 4). Ante esta situación decidimos –el chico no quería aparatología removible y el tramo edéntulo era corto– la aplicación de un puente tipo Maryland para posteriormente realizar un implante osteointegrado. El diente aún lo conservaba por lo que decidimos utilizarlo como mantenedor en vez de uno de acrílico. La pieza se recortó -tuvimos también que contornearla por mesial y distal ya que se había perdido algo de espacio-, se vació de dentina y, una vez cementada la estructura metálica, se adhirió a la misma (Fig. 5). En las Figuras 6 y 7 lo vemos una vez colocado en la boca y la radiografía de control. El resultado estético fue bastante bueno.

Paciente número 3

Una niña sufrió una exarticulación que fue reimplantada por nosotros a las cinco horas de haberse producido. La niña era hiperactiva con graves problemas de comportamiento. Volvió a sufrir otro traumatismo cuya consecuencia fue la avulsión del diente reimplantado. Acudió a la consulta pasados 28 días, no aceptando los padres una segunda maniobra de reubicación (Fig. 8). Debido al estado psicológico de la niña y su edad (8 años) se optó por la colocación de un botón de Nance con un gancho al que se adhirió con resina la corona contorneada (Fig. 9). El resultado estético fue bueno.

DISCUSIÓN

Los casos de avulsión donde no es posible recolocar el diente, si se dispone de él, estarían incluidos, según Andreassen⁽⁴⁾, en los siguientes casos: a) el diente avulsionado no debe tener un avanzado estado de caries ni la enfermedad periodontal avanzada; b) la cavidad alveolar no debe tener conminuciones ni fracturas; y c) no deben existir contraindicaciones ortodóncicas como, por ejemplo, gran apiñamiento. Nosotros a esto añadiríamos las situaciones, en las que un anterior reimplante fue inadecuado o si el periodo extraoral fue excesivo. No obstante en estas situaciones podría intentarse la reubicación del diente en la cavidad siguiendo el método propuesto por Andreassen⁽⁵⁾ y que consiste en un previo tratamiento de la superficie radicular (inclusión en una solución de FNa al 2,4% y endodoncia), limpieza del alvéolo con cucharilla y fresa quirúrgica y reimplante con un período de fijación de seis semanas.

A pesar de que con esta técnica existen posibilidades de mantener la estética y la función por un tiempo más o menos corto –la reabsorción radicular externa es la forma de curación–, existe un último motivo que lo contraindica, y es la negativa de los padres, una vez conocido el pronóstico al tratamiento. En esta situación se encuentran los casos que presentamos.

El tratamiento debe ser, por tanto, inmediato para así interceptar las modificaciones intraarco. Téngase en cuenta que los dientes adyacentes al espacio comenzarán a migrar y a menudo en unas pocas semanas se habrán perdido varios milímetros⁽⁶⁾.

Los objetivos de cualquier mantenedor en caso de avulsión deben incluir: a) evitar el colapso de la arcada; b) restaurar la función masticatoria y fonatoria; c) restaurar la estética dental y facial; y d) preservación de los dientes remanentes y sus tejidos de sostén.

Las soluciones que la literatura nos ofrece –y que a continuación analizaremos– son varias, pero todas tienen un denominador común: la utilización de dientes de acrílico o cerámica lo cual a veces supone un mayor o menor éxito estético. La opción que nosotros proponemos, que incluso desde el punto de vista psicológico es muy adecuada, es la de utilizar el fragmento natural del diente como pieza intermedia. Además la estética es muy superior a la de las otras opciones.

El diseño de un mantenedor de espacio en caso de avulsión se puede tratar de varias formas entre las que se incluyen: 1) prótesis parcial removible provisional; 2) un puente provisional tipo Maryland con estructura metálica o con cerámica inyectada; 3) mantenedor



Figura 1. Paciente de 8 años y 9 meses que asiste a la consulta 12 días después de haber sufrido una avulsión de los dientes 21 y 22. Obsérvese el grado de cicatrización en los alvéolos.



Figura 3. Parcial de resina y dientes naturales una vez colocado en la boca. Lógicamente la estética es muy buena.

de espacio fijo, tipo arco lingual o botón de Nance al que se añade un diente.

Las técnicas descritas tienen ventajas y desventajas. La prótesis parcial removible estaría indicada cuando: a) el tramo edéntulo sea largo; b) imposibilidad de lograr una retención adecuada para una prótesis fija; y c) que junto a la avulsión existieran fracturas óseas con pérdida del hueso alveolar. En el caso 1, nos decidimos por esta opción al haber perdido el incisivo central y el lateral teniendo como dientes contiguos el otro incisivo permanente y el canino temporal. No obstante la desventaja de una prótesis parcial removible, incluso cuando se reemplaza un solo diente, es que la base de

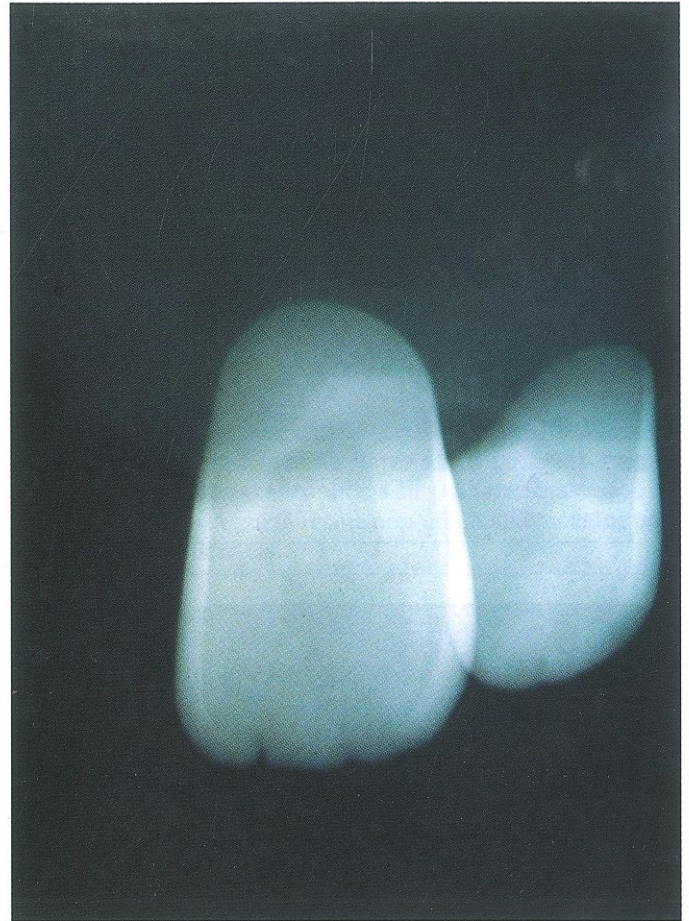


Figura 2. Radiografía del parcial de resina y dientes, en la que se aprecian las diferentes densidades de las estructuras dentales.

acrílico es voluminosa y debe cubrir el tejido blando. Además, como la estética es bastante buena —en nuestro caso eran sus propios dientes— el niño quizá no siga las recomendaciones higiénicas pudiendo aparecer estomatitis y lesiones periodontales en las piezas vecinas. La ventaja fundamental de este tipo de prótesis es que el laboratorio lo puede fabricar en poco tiempo (1-2 días) y de esta manera el niño cuenta con un reemplazo estético con sus propios dientes.

Otro método conservador es la realización de un puente tipo Maryland. Estaría indicado cuando la ausencia es de un solo diente, tal como el caso 2 que presentamos. El inconveniente que presenta es que hay que preparar las caras palatinas para que pueda adaptarse la estructura metálica. Actualmente y gracias a la cerámica inyectada se minimiza mucho el tallado⁽⁷⁾. El inconveniente es el alto coste que supone para el pacien-



Figura 4. Adolescente de 11 años que sufrió una avulsión de la pieza dental 21. El accidente traumático ocurrió 45 días antes.



Figura 5. Incisivo contorneado para adaptarlo a la estructura metálica. La dentina se vació y se rellenó de material de obturación.



Figura 6. Estructura adaptada en la boca con su propio diente.

te este tipo de mantenedor. Nosotros para este caso nos decidimos por el convencional puente de Maryland, utilizando su propia corona avulsionada ya que, aparte de tener buenos dientes pilares —el chico tenía 11 años— lo queríamos como mantenedor provisional a la espera de un implante.

Otra opción terapéutica, sobre todo si el niño es joven —nuestro tercer caso era una niña hiperactiva de 8 años a la que el diente reimplantado se le volvió a avulsionar— y para evitar una presión excesiva sobre la cresta alveolar, en vez de optar por la prótesis parcial removible nos decidimos por un botón de Nance al que acoplamos, una vez recortada, su corona natural.

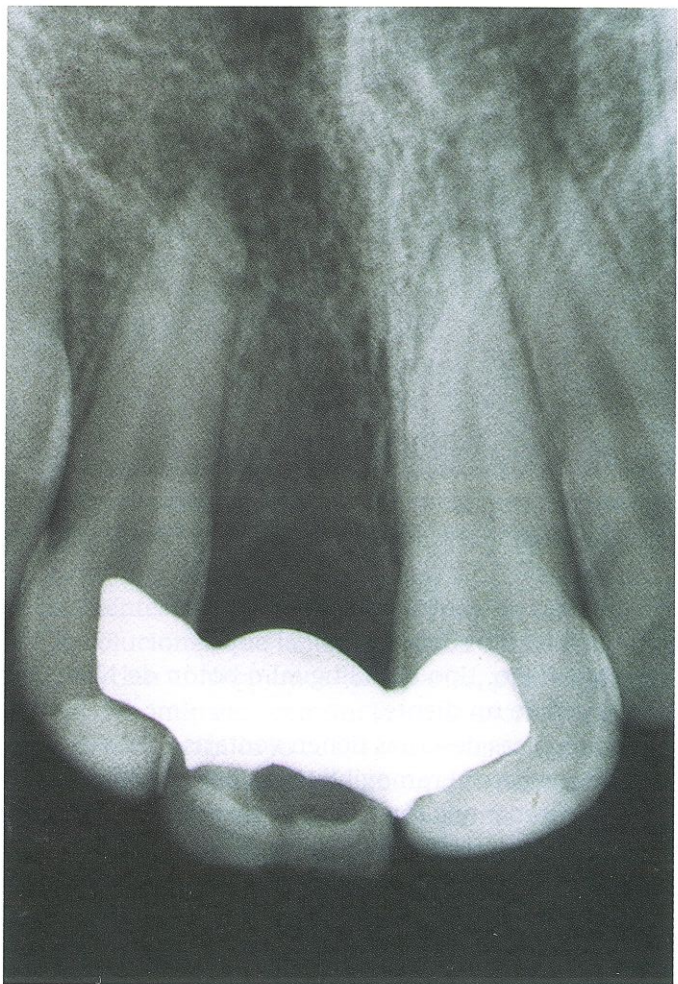


Figura 7. Imagen radiográfica en la que se aprecia la propia estructura dental.



Figura 8. Niña de 8 años que tuvo una avulsión de la pieza 21 con 28 días de antigüedad. El alvéolo está prácticamente cerrado.

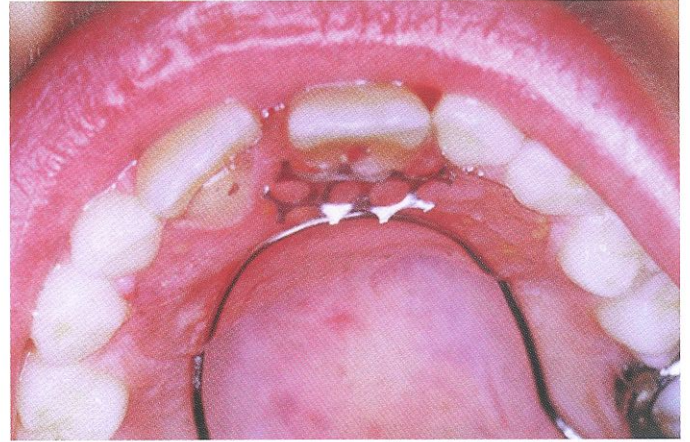


Figura 9. El diente, una vez eliminada la raíz y contorneada, se adhirió a un mantenedor de espacio tipo botón de Nance. Aquí se reforzó la resina con una malla metálica para aumentar la resistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. DELATTRE JP, RESMOND-RICHARD F. Dental injuries among schoolchildren age from 6 to 15 years, in Rennes (France). *End Dent Traumatol* 1994; 11:186-188.
2. PETTI S, TARSITANI G. Traumatic injuries to anterior teeth in Italian schoolchildren: prevalence and risk factors. *End Dent Traumatol* 1996; 12:294-297.
3. GASSNER R, BOSCH R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries. Implication for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1999; 1: 28-32.
4. ANDREASEN JO. Exarticulaciones. En: *Lesiones traumáticas de los dientes*. Barcelona: Labor; 1984.
5. ANDREASEN JO. Lesiones por avulsión. En: *Lesiones dentarias traumáticas*. Panamericana; 1990.
6. MC DONALD R, AVERY R. Tratamiento protésico del paciente adolescente. En: *Odontología pediátrica y del adolescente*. Panamericana; 1990.
7. LÓPEZ NICOLÁS M. Una solución al tratamiento de la agenesia. *Av Odont* 1999; 4:231-237.

García Ballesta, C.; Cortés Lillo, O.; López Nicolás, M.: Profesores de Odontopediatría. Facultad de Medicina y Odontología de Murcia.

Correspondencia: Carlos García Ballesta C/ Calderón de la Barca, 8 1ºB - 30001 Murcia.