

PROTOCOLO CLÍNICO EN LOS TRAUMATISMOS DENTALES

Definición del problema a tratar

Traumatismo dental

Definición

Reimplante dentario

Introducción

Se conoce como reimplante, a la re inserción de un diente, con pulpa viva o no, en su alveolo natural después de haber sido extraído de éste de forma accidental o intencionada.

El motivo más frecuente de los reimplantes son los traumatismos, siendo fundamental para su pronóstico la actuación terapéutica inmediata.

Tipos de reimplante

- R. Accidentales: cuando la causa de la avulsión dental es de origen traumático. Existe alta prevalencia en las primeras décadas de la vida.
- R. Intencionales: cuando se realiza la exodoncia de forma deliberada para realizar tratamiento de conductos de forma extraoral y se vuelve a colocar en el alveolo. Esta técnica está actualmente en desuso.

Contraindicaciones

Las situaciones en las que este tratamiento no va a ser viable y estará contraindicado son:

- Apiñamiento dentario.
- Enfermedad periodontal.
- Caries avanzada.
- Fracturas alveolares severas.

- Dientes temporales.
- Cuando existe riesgo elevado de anquilosis dentaria.
- Problemas médicos sistémicos.
- Pérdida o compromiso importante de los tejidos de soporte dentario.

Pronóstico

En los casos de reimplantes postraumatismo, el futuro comportamiento del diente está en relación con:

- El desarrollo radicular del diente: los dientes más inmaduros tienen mayor posibilidad de revascularización pulpar.

Un 50% de los dientes inmaduros reimplantados en los 20 primeros minutos, presentan revascularización. Los dientes con ápice cerrado y los de vitalidad pulpar perdida, deben ser tratados endodónticamente entre el 8º-10º día a partir de la reimplantación.

- El tiempo de permanencia del diente fuera de su alveolo hasta su reimplantación: si no es posible reimplantar en el mismo lugar de la avulsión, lo mejor es hacerlo antes de los 15-20 minutos. Más de 30 minutos ensombrecen el pronóstico.
- Del sistema de transporte o de conservación extraoral hasta su reimplantación, que de mejor a peor conservación siempre húmeda incluye: Viaspan®, leche (a 4°C, que tiene un pH y una osmolaridad compatibles para las células periodontales), suero salino, saliva del propio paciente (si está consciente trasladar el diente en el vestíbulo bucal) y agua. La curación periodontal es similar en dientes almacenados 6 horas en leche, que en aquellos almacenados durante dos horas en saliva.

La saliva posee baja osmolaridad, no posee el pH ideal y es un medio contaminado, por eso no es aconsejable el mantenimiento sublingual del diente en el mismo más de 30 minutos.

Protocolo de actuación terapéutica

- Anestesia locorregional.
- Irrigación cuidadosa con suero fisiológico tanto del diente como del alveolo. Si el tiempo extraoral del diente ha superado las 2 h, y ha estado en un medio seco, Andreasen recomienda la inmersión en una solución fluorhídrica tópica durante 5-20 minutos y aclarado posterior con suero fisiológico.
- Reimplantación mediante presión digital suave.
- Control radiográfico inmediato post-reimplantación.
- Sutura.
- Ferulización semirrígida (con resina compuesta y arco suave, preferiblemente alambre de ortodoncia de 0,18 mm) durante 7-10 días incluyendo dos dientes adyacentes a cada lado del diente afecto dejando éste en infraoclusión. Si existe fractura alveolar asociada, el período de ferulización deberá prolongarse hasta 1 mes.
- Dieta semisólida durante 2 semanas.
- Administración de antibióticos y antiinflamatorios durante los 7 primeros días, que disminuirá la inflamación inicial de la membrana periodontal, la colonización de bacterias en la pulpa necrótica y la reabsorción radicular inflamatoria consiguiente.
- Cepillado de los dientes después de cada comida con un cepillo suave o quirúrgico.
- Enjuagues con digluconato de clorhexidina al 0.12-0.2% tres veces al día durante 30 segundos a lo largo de dos semanas.
- Controles de seguimiento clínico y radiológico que en los casos más complejos se pueden prolongar durante 5 años.
- En los casos donde haya duda de una adecuada vacunación antitetánica, hay que iniciar una profilaxis antitetánica durante las primeras 48 horas postraumatismo.

El seguimiento debe realizarse cada tres meses durante el primer año y anualmente hasta el tercer año postintervención. Si es preciso realizar tratamiento de conductos, el momento más favorable es el octavo día postreimplante, pero es preciso tener en cuenta que en la avulsión de dientes permanentes con ápices inmaduros y en buenas condiciones, se puede producir la revascularización de la pulpa tras el reimplante, lo que implica que no deben recibir tratamiento endodóntico hasta que no den signos clínicos evidentes de patología pulpar.

Protocolo de actuación desde un punto de vista endodóntico: opciones terapéuticas

- **Ápice inmaduro y tiempo extraoral menor de dos horas.**

El paciente debe ser sometido a un régimen estricto de revisiones mensuales, en las que se evaluará la vitalidad pulpar. El caso más favorable es aquél donde se produce una revascularización pulpar. Si apareciera patología pulpar, el conducto debe ser obturado con hidróxido de calcio, recambiándolo cada tres meses durante un período de seis a veinticuatro meses.

- **Ápice inmaduro y tiempo extraoral mayor de dos horas.**

Tratamiento de conductos con hidróxido de calcio, durante 1 ó 2 semanas. Revisión a las 6-8 semanas hasta cierre definitivo del/los conducto/s.

- **Ápice parcial o totalmente cerrado y tiempo extraoral inferior a dos horas.**

Tratamiento de conductos con hidróxido de calcio durante 7-14 días y posterior obturación con gutapercha convencional.

- **Ápice parcial o totalmente cerrado y tiempo extraoral superior a dos horas.**

Tratamiento endodóntico inmediato. Los fracasos suelen aparecer durante el primer año, tanto en reimplantes como en trasplantes. Si tras los dos primeros años no hay signos patológicos, el resultado es muy bueno y si a los cinco años no hay presencia de patología, se puede considerar de forma indefinida su viabilidad.

Factores determinantes de la evolución y pronóstico

La revascularización comienza cuatro días después del implante del diente y avanza aproximadamente a un ritmo de 0.1 mm/día.

Los dientes inmaduros probablemente no necesiten tratamiento intraconducto de modo inmediato e incluso desarrollen completamente su raíz si consiguen una buena revascularización.

Los dientes con conductos cortos tienen más probabilidad de revascularizarse.

Los principales factores para evaluar el pronóstico son: el tiempo que el diente se encuentra fuera del alveolo y el medio de transporte del mismo durante dicho tiempo.

Las reinsertaciones dentarias con posibilidad de recuperación de periodonto se realizan de manera inmediata o al menos antes de 15-30 minutos.

Bibliografía

- Shipper G, Thomadakis G. Bone regeneration after surgical repositioning of impacted mandibular second molars: a case report. Dent Traumatol. 2003 Apr;19(2):109-14.
- Resch D. Clinical management of unilaterally impacted mandibular first and second molars. J Clin Orthod. 2003 Mar;37(3):162-4.
- McAboy CP, Grumet JT, Siegel EB, Iacopino AM. Surgical uprighting and repositioning of severely impacted mandibular second molars. J Am Dent Assoc. 2003 Nov;134(11):1459-62.
- Nethander G. Autogenous free tooth transplantation with a two-stage operation technique. Sweed Dent J Suppl. 2003;(161):1-51.
- Haralabakis NB, Tsianou A, Nicolopoulos C. Surgical corrections of mesially impacted mandibular second molars. J Clin Orthod. 2003 Apr;37(4):209-12.
- Collet AR. Conservative management of lower second premolar impaction. Aust Dent J, 2000;45:279-81.
- Interrelación entre cirugía y ortodoncia Equipo Docente de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad Sevilla. Cap 8, pags: 85-100. Ed. Smithkline Beecham, 1999.

- Donado D. Cirugía Bucal “Patología y técnica”. Cap 18,
pags: 289-300.
- Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Tomo IV.
Cap 20, pags: 3819 – 3828. Ed. Smithkline Beecham