

Luxación palatinizada. Reporte de un caso

Dres. S. Cohen, L. Blanco, C. Prigione y C. Anaise
Consultorios Particulares. San Francisco, Estados Unidos;
Buenos Aires, Argentina y Mendoza, Argentina.

Resumen

Los traumatismos bucales pueden producir lesiones en los tejidos duros, órganos dentarios, huesos de los maxilares y tejidos blandos circundantes. (Internos y externos). Cuando la energía del trauma supera las posibilidades del organismo de poder frenar el impacto, se producen lesiones graves en estos tejidos. Los autores denominan a éstos: "Traumatismos de alto impacto". Dentro de los cuales se encuentran las luxaciones de los órganos dentarios. El objetivo de este trabajo es mostrar a través de un caso clínico, los procedimientos operatorios a seguir en una luxación palatinizada.

Palabras claves: Trauma bucal - Luxaciones - Luxación palatinizada

Summary

Buccal trauma can produce lesions in the hard tissues, teeth, bones of the jaws and surrounding soft tissues. (Internal and external). When the energy of the trauma exceeds the organism's possibilities of being able to stop the impact, serious injuries occur in these tissues. The authors called these: "High Impact Trauma". Within which are the luxation of the dental organs. The purpose of this paper is to show, through a clinical case, the operative procedures to follow in a palatal luxation.

Index words: Buccal trauma - Luxation - Palatal luxation

Resumo

O trauma bucal pode produzir lesões nos tecidos duros, nos dentes, nos ossos das mandíbulas e nos tecidos moles adjacentes. (Interno e externo). Quando a energia do trauma excede as possibilidades do organismo de deter o impacto, lesões graves ocorrem nesses tecidos. Os autores chamam estes: "trauma de alto impacto". Em que estão as luxações dos órgãos dentais. O objetivo deste trabalho é mostrar, através de um caso clínico, os procedimentos operatórios a serem seguidos em uma luxação palatinizada.

Palavras-chave: Traumatismo oral - luxações - luxação palatalizada

Introducción

Las luxaciones dentarias constituyen las lesiones traumáticas más severas que afectan a los órganos dentarios y tejidos circundantes. Las mismas son el resultado de impactos de diferen-

te intensidad y dirección que desplazan al o los dientes en mayor o menor grado de su posición normal¹. Acorde a la intensidad del impacto los autores hacen la siguiente clasificación de las luxaciones: a. Luxación palatinizada sin desplazamiento del órgano dentario del alvéolo, con

fractura de la tabla ósea externa; b. Luxación palatinizada con desplazamiento del órgano dentario del alvéolo y fractura de la tabla ósea externa y apófisis alveolar.

Con respecto a las fracturas alveolares, dependiendo de la intensidad del impacto pueden ir desde la fractura de la tabla ósea alveolar, la cual afecta al alveolo en su cara vestibular; fractura del alveolo cuando por lo menos quedan afectadas dos caras del proceso alveolar; y fractura de la apófisis alveolar, hueso que forma y sostiene a los alveolos, en estos casos, se ve hueso basal de la mandíbula o maxilar, con destrucción del proceso y apófisis alveolar.

La gravedad de estas lesiones se genera cuando el desplazamiento del o de los dientes es muy grande y el aporte vascular de los mismos queda afectado. La pulpa tiene una cierta capacidad de estiramiento para sobrevivir, pero es limitado. En las luxaciones severas la misma se desgarr a nivel apical, esto interrumpe el aporte circulatorio, y como consecuencia la pulpa se necrosa^{1,2}.

El objetivo de este trabajo es mostrar un caso de luxación palatinizada con desplazamiento del órgano dentario del alveolo y fractura de la apófisis alveolar y; cómo realizar el tratamiento inmediato y mediato del mismo¹⁻⁴.

Presentación del caso

Paciente sexo masculino de 14 años, concurre a la consulta 2 horas posteriores al traumatismo. Manifiesta que jugando recibió un codazo. Se le realiza un exhaustivo examen clínico de los tejidos duros y blandos circundantes.

A nivel de tejidos duros, se observa el grado de desplazamiento del incisivo superior derecho (Figuras 1 y 2). La ortodoncia impidió que el diente sufriera una avulsión (expulsión traumática de un diente fuera de la cavidad oral).

En el examen de los tejidos blandos se observa la presencia de un hematoma, signo clínico de fractura de tabla ósea vestibular, con compromiso de la apófisis alveolar (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Se observa el desplazamiento del órgano dentario, sangrado gingival y hematoma en la cara interna del labio superior.

Figura 2. Otra vista de la luxación palatinizada del órgano dentario afectado por el trauma.



También, se observa sangrado a nivel del surco gingival, producto del daño del ligamento periodontal, tejido conectivo que une al órgano dentario palatinizado (ODP) con el alveolo dentario, característica patognomónica de una luxación¹.

Tratamiento inmediato

Reducción del ODP

Antes de comenzar la maniobra de la reducción, se realizaron lavajes con solución fisiológica estéril, comprimiendo el sangrado con gasas frías (recomendación personal Dr. Stephen Cohen). De esta forma, se obtiene un campo operatorio más limpio para comenzar el procedimiento. El mismo se realizó bajo anestesia. En este caso fue necesario inactivar la ortodoncia cortando el arco para liberal al ODP y poder proceder a reubicarlo en su alvéolo.

La maniobra de reducción es simple y consiste en realizar presión digital por vestibular a nivel apical y tracción digital por palatino a la altura de la corona. De esta forma se destraba el ápice de la línea de fractura para llevar a la pieza luxada a su correcta posición (Figuras 3, 4 y 5)^{1, 4, 5}.



Figura 3. Comienzo de la maniobra para reubicar el ODP en su alvéolo.



Figura 4. Finalizando el procedimiento operatorio, reubicación del ODP.

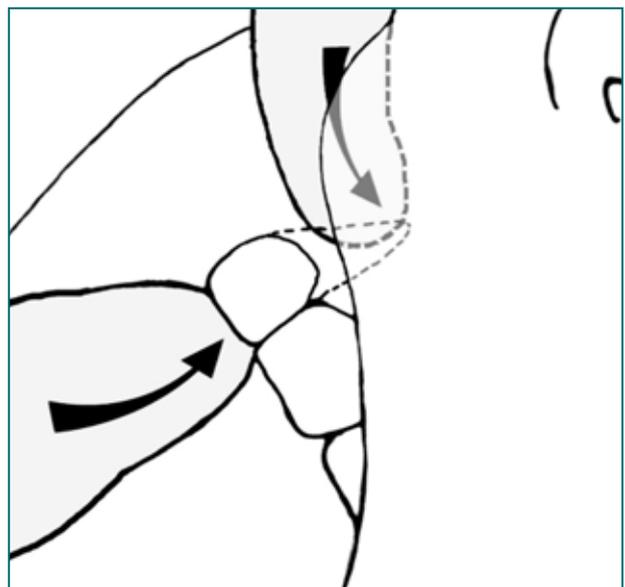


Figura 5. Esquema que muestra la simplicidad con que se puede realizar la reducción.

Se muestra en forma esquemática la reducción⁶.

Una vez que el ODP ha sido reposicionado en su lugar, se debe realizar la ferulización del mismo, cuyo tiempo estimado es entre 15 a 30 días acorde al compromiso de los tejidos óseos circundantes. La férula debe ser semi-rígida. En este caso clínico la férula se confeccionó con alambre para ligadura estético redondo 0,25 mm 0.010 con anclaje en los brackets y se terminó

para su fijación, con resina compuesta de fotopolimerización (Figura 6G)¹.

Es importante destacar que en este tipo de traumatismos es necesario acompañarlo con medicación sistémica, vacuna antitetánica, si el paciente no está cubierto por la misma y antibiótico-terapia de amplio espectro durante 8 días^{1,7}.

Otro punto importante para las luxaciones es la higiene oral, se puede indicar en un principio para cepillar la zona afectada, un cepillo dental

post-quirúrgico. También, se indican colutorios a base de clorhexidina para mantener la zona afectada libre de placa bacteriana, ya que la misma puede contaminar e interferir los procesos de cicatrización^{1,7,8}.

En los niños pequeños los padres deben limpiar la zona con gasas embebidas en solución de digluconato de clorhexidina al 0,12%⁸.

Alimentación: Blanda en los primeros días.

En esta secuencia fotográfica se muestran los diferentes pasos a seguir (Figuras 6A a 6G)¹.

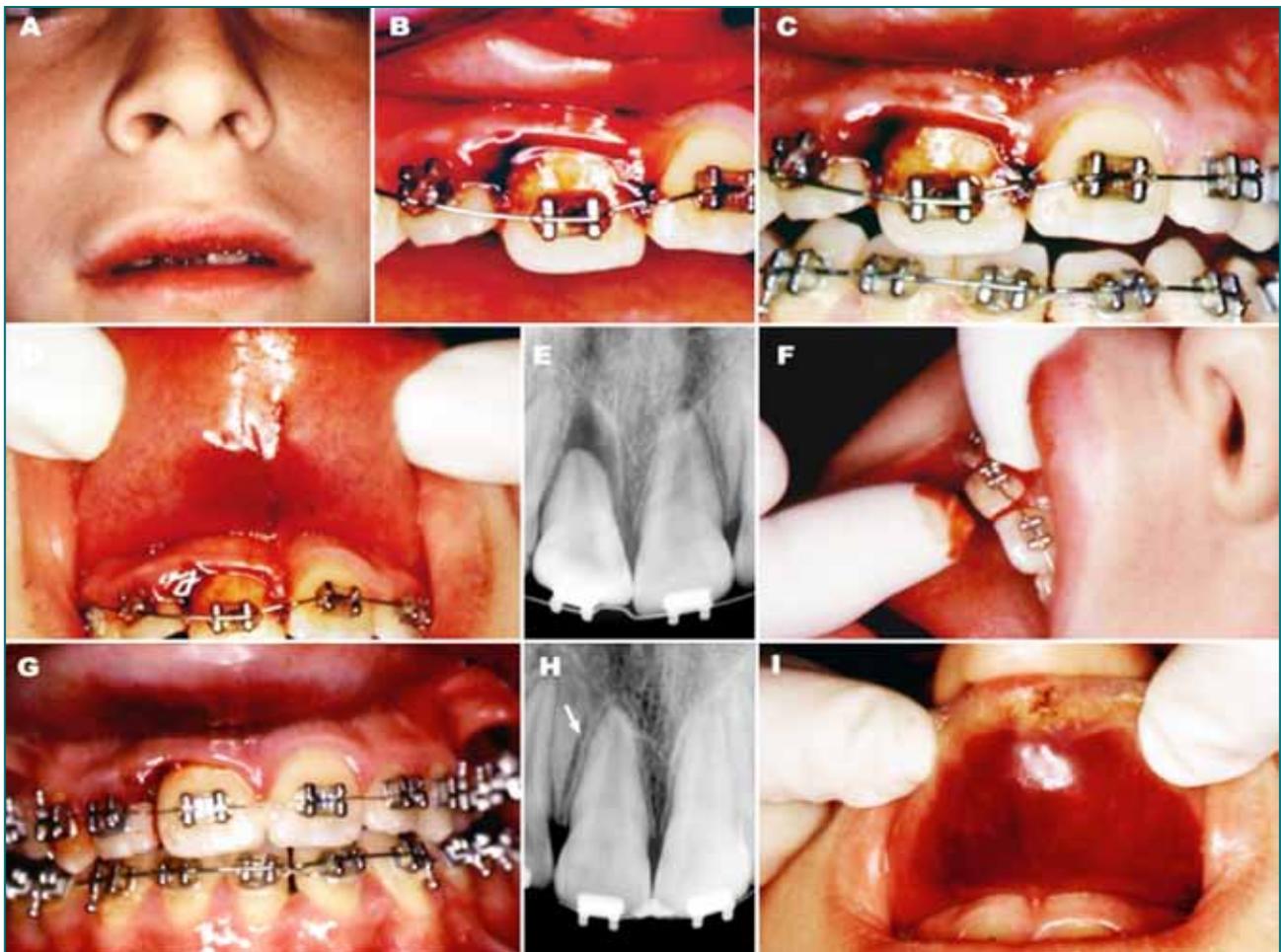


Figura 6 (A,I). **A:** Se observa edema del labio superior. **B:** Al examen clínico, se observa el incisivo superior derecho con desplazamiento hacia palatino y subluxación del lateral del mismo lado. **C:** La luxación palatinizada le produjo una grave traba de oclusión, el sangrado gingival oscuro es indicativo de un severo daño periodontal. **D:** En el examen de los tejidos circundantes, se observa el hematoma característico de fracturas alveolares. **E:** Radiografía preoperatoria donde se ve el desplazamiento del diente fuera de su alvéolo. **F:** Técnica de la reducción. **G:** Reducción fijada con la férula confeccionada. Se observa que el paciente ocluye en forma normal. **H:** Radiografía postoperatoria. La flecha indica la línea negra que acompaña a la raíz, indicativo de las fracturas óseas. **I:** Hematoma en cara interna del labio 2 días después.

Discusión

Este gráfico muestra que las luxaciones son las lesiones traumáticas de más alto índice en la actualidad, este estudio lo realizaron los autores sobre 100 pacientes en el transcurso de 10 años (Figura 7). Son consideradas traumatismos de *alto impacto*⁹.

Las luxaciones dentarias necesitan de un tratamiento inmediato, que no sólo es la reducción. El ODP traba la oclusión e impide el correcto cierre bucal (Figura 6C), esto genera dudas ya que muchos buscan lesiones en el cóndilo que no existen, y es solo un problema de oclusión, que, si puede generar dolor en el cóndilo, pero sin que éste presente ningún tipo de lesión⁵.

Las fracturas alveolares acorde a la intensidad del impacto pueden ir desde la fractura de la tabla ósea alveolar, la cual afecta al alveolo en su cara vestibular; fractura del alveolo cuando ambas caras del mismo quedan afectadas (proceso alveolar); fractura de la apófisis alveolar, hueso que forma y sostiene a los alveolos, en estos casos se ve hueso basal de la mandíbula o maxilar, con destrucción del proceso y apófisis alveolar.

Las fracturas pueden ser: *parciales o incompletas* cuando afectan a una sola de las tablas (ósea vestibular o palatino-lingual) y *totales o completas* cuando afectan todas las tablas y el espacio alveolar.

Sharma A y Hegde AM¹⁰ utilizan un método distinto, en el cual le hacen morder al paciente bajo anestesia una especie de espátula, que hace el mismo movimiento que se hace con los dedos, es decir, la espátula se coloca en la cara palatina del diente luxado y el paciente va llevando lentamente al órgano dentario palatinizado a su posición⁴.

Los autores prefieren la técnica digital para hacer la reubicación del ODP en su alveolo.

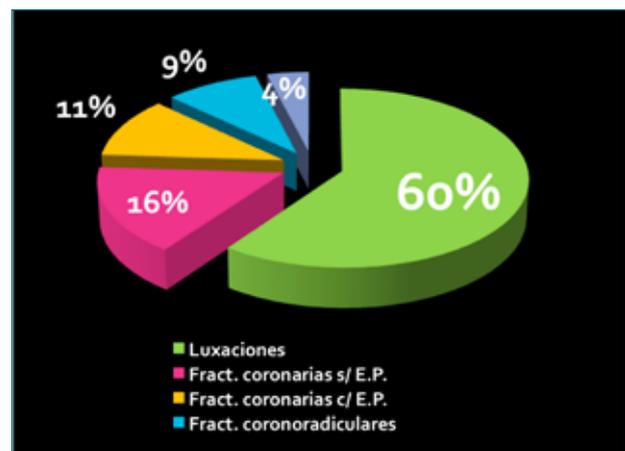


Figura 7. Incidencia de las lesiones traumáticas bucales. Luxaciones (60%); Fracturas coronarias sin exposición pulpar (16%); Fracturas coronarias con exposición pulpar (11%); Fracturas coronoradiculares (9%); Fracturas radiculares (4%).

Las luxaciones palatinizadas representan un verdadero desafío en la traumatología bucal, no sólo al reposicionar al órgano dentario luxado, sino también al realizar un seguimiento cercano, ya que el impacto que produce este tipo de traumatismos rompe el paquete vásculo-nervioso, el ligamento periodontal, tejido que sostiene al órgano dentario al hueso, y las estructuras óseas circundantes^{1,8-10}. Es indispensable el seguimiento tanto clínico como radiográfico del ODP por las posibles complicaciones que pueden ocasionar este tipo de traumatismos¹¹⁻¹⁵.

Dentro de los traumatismos de alto impacto, es importante la maniobra para reponer un ODP ya que no es una maniobra compleja. El procedimiento operatorio es manual y el paciente concurre a la consulta en forma rápida por el dolor y la traba de oclusión. La rapidez en la reposición y su posterior tratamiento hará posible que el ODP permanezca en boca sin complicaciones.

Bibliografía

1. Blanco, L P de: Traumatismos Bucles, Manual Edit. Guía Pack, Argentina 2001 Cap. 10 p: 81, 85.
2. Rocha Lima TF, Nagata JY, de Souza-Filho FJ, de Jesus Soares A: Complicaciones postraumáticas de luxaciones severas y reimplante de dientes, Rehabilitación Oral J 4: 260-5. 2005.
3. Lin S, Zuckerman O, Fuss Z, Ashkenazi M: New emphasis in the treatment of dental trauma: avulsion and luxation, Dental Traumatol, 297-303, 2007.
4. Honório HM, de Alencar CR, Pereira Júnior Es, et al: Manejo del desplazamiento postraumático: luxación lateral y fractura de hueso alveolar en dientes jóvenes permanentes con 5 años de seguimiento. Case report, Dent 634237, 2015.Epub 2015.
5. Berman LH, Blanco L, Cohen S. Manual Clínico De Traumatología Dental, Edit. Elsevier España S.A. 2008, Cap. 5 pp: 73-98.

6. Iñón, Vázquez, Estevez: Colaboradora en Urgencias en Pediatría. Manual de Procedimientos: 2015 Editorial Médica Panamericana.
7. Cohen S, Blanco: Cianoacrilatos y su uso en Odontología. Reporte de un caso, Rev. Cirugía Infantil, Vol. 25: 5-16. 2016.
8. Soldador A, Kaufmann M, Hofer D, Wiedemeier D, et al.: Eficacia de los enjuagues de clorhexidina después de la cirugía periodontal o de implantes: una revisión sistemática. Clin Oral Investig. Vol. 23 (1): 21-32. 2019.
9. Cohen S, Blanco L, Prigione C, Anaise C: Traumatismos de alto impacto en pacientes con tratamiento ortodónico. Reporte de un caso, Rev. Cirugía Infantil, Vol 5: 24-33. 2018.
10. Sharma A, Hegde AM: Use of Tongue Blade to Reposition Palatally Luxated Tooth due to Trauma: A Novel Technique. Int J Clin Pediatr Dent. 3:207-8. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1167. 2012.
11. Hermann NVI, Lauridsen E, Ahrensburg SS, Gerds TA, Andreasen JO: Periodontal healing complications following concussion and subluxation injuries in the permanent dentition: a longitudinal cohort study. Dental Traumatol, 5: 386-93, 2012.
12. Strobl H, Moschen I, Emshoff I, Emshoff R: Effect of luxation type on pulpal blood flow measurements: a long-term follow-up of luxated permanent maxillary incisor. J Oral Rehabil, 4: 260-5.2012.
13. Cohen S., Blanco, L., Berman LH: Early diagnosis of inflammatory root resorption, General Dentistry, 51: 235-240, 2003.
14. Bakland LK: Root resorption. Dent Clin North Am. 2:491, 1992.
15. Oktem ZB, Cetinba T, Ozer L, Sönmez H: Treatment of aggressive external root resorption with calcium hydroxide medicaments: a case report. Dental Traumatol, 5: 527-31, 2009.

Trabajo enviado para evaluación en enero de 2019.
Aceptado para publicación en febrero de 2019.

Dr. S. Cohen
Diplomate American Board of Endodontics
Adjunct Professor of Endodontics in University of the Pacific
450 Sutter Street, Suite 1732
San Francisco, CA 94108415.391.8336:
Correo: scohen@cohenendodontics.com
www.cohenendodontics.com

Dra. L. Blanco
Especialista en Endodoncia
Ex Profesora Adjunta de la Cátedra de Odontología Clínica de la Universidad John F Kennedy
Consultora en Trauma en Bucal
Marcelo T. de Alvear 1277 Piso 2°. Dto. 32
(1058) Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: lucía32blanco@gmail.com

Dr. C. Prigione
Profesor Emérito de la Universidad de Uncuyo
Profesor Extraordinario de la Universidad Católica de Salta
Ex Profesor Titular Exclusivo de Odontopediatría I II y III de la Facultad de Odontología de Uncuyo
Correo electrónico: calosprigione@yahoo.com.ar

Dra. C. A. Anaise
Docente de la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires
Correo electrónico: carolina.anaise@hotmail.com