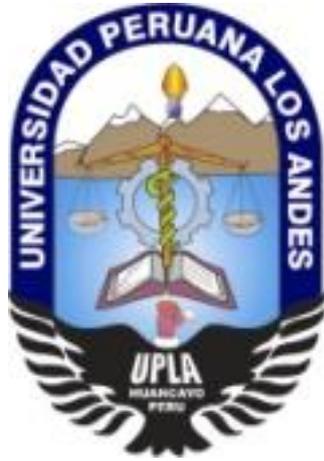


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**Título: TRATAMIENTO DE UNA LUXACIÓN LATERAL EN
DENTICIÓN DECIDUA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Para optar el Título profesional de Cirujano Dentista

Autor : BACH. TORRES VILLANUEVA, DAVID ERNESTO

Área de Investigación..... Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación..... Investigación Clínica y Patológica

Huancayo – Perú

2020

AGRADECIMIENTO

A mis asesores y docentes por guiarme en el camino del saber y aportar
en esta hermosa carrera los conocimientos dados.

DEDICATORIA

A Dios y mi familia, y a quienes me han dado el ánimo de continuar en esta carrera en la que tengo compromiso con la salud ya que juega un papel muy importante en el ámbito de la salud de la comunidad dentro de la sociedad.

Tabla de contenido

RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVO GENERAL:	7
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	7
MARCO TEÓRICO	8
DEFINICIÓN TRAUMATISMOS DENTALES	8
ETIOLOGÍA:.....	8
Caídas:.....	8
Niños maltratados.....	8
Uso inapropiado de los dientes	9
Actividades deportivas:.....	9
Accidentes de tráfico:	9
Pelears – violencia:.....	9
Otras causas:.....	10
LOCALICACION	10
TIPOS DE LESION	11
CLASIFICACIÓN DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES.....	12
LUXACIÓN LATERAL.....	13
ENFOQUE INICIAL DEL PACIENTE TRAUMATIZADO	16
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA INICIAL	16
EXAMEN SUBJETIVO.....	17
III. CONTENIDO.....	18
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	18
IV CONCLUSIONES.....	23
V. RECOMENDACIONES.....	24
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

RESUMEN

Los traumatismos dentales en niños son causa que generalmente se presentan en la consulta el cual debemos tener protocolos de atención según sea el caso, existen varios protocolos en trauma dental según sean las clasificaciones, en este caso detallaremos la luxación por su naturalidad como el plan de tratamiento.

La luxación en dentición temporal abarca un porcentaje considerable especialmente en el sector anterior de los niños, estos casos son muy comunes en el área de odontopediatría que según sea el caso se tomará un plan de tratamiento adecuado, las luxaciones que se presentan no solamente pueden afectar al diente sino también a todo ese tejido de sostén del diente ya sea hueso, encía, ligamento periodontal etc.

El objetivo del presente caso clínico es dar a conocer la técnica de tratamiento de una luxación lateral en una niña de 5 años de edad que se presenta de urgencia a la consulta dental en la ciudad de Huancayo con un pronóstico bueno el cual se hace un plan de tratamiento con férula de alambre ortodoncico con una evolución buena, se retira la férula al mes y medio con sus placas radiográficas de control para derivarlo al odontopediatría para que pueda realizar el tratamiento pulpar requerido.

La conclusión que podemos considerar en estos casos es que el tratamiento inmediato es vital para un resultado óptimo y las evaluaciones radiográficas van hacer el sustento y el seguimiento de cómo evoluciona el tratamiento en estos casos.

Palabras clave: traumatismos dentales, luxación, férula.

II. INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas en la dentición temporal son muy comunes. Es importante que los dentistas y pediatras conozcan su tratamiento, ya que estos niños acudirán a ellos en situaciones de emergencia y la prontitud con la que se atiendan influirá directamente en el pronóstico. Esto nos lleva a efectuar una revisión de la literatura y determinar las recomendaciones necesarias para su tratamiento. Así, con el manejo adecuado de la ansiedad del paciente, un diagnóstico acertado, higiene cuidadosa y un buen monitoreo, es posible salvar dientes primarios traumatizados que de otra manera se perderían.

Actualmente, existen varios tipos de tratamientos para el manejo de traumatismos. El dolor va ser tratado principalmente como urgencia, para así aliviar la molestia en el paciente.

El término traumatismo define aquellas lesiones externas e internas provocadas por una violencia exterior¹.

Hoy en día, los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries. En un futuro muy cercano la incidencia de las lesiones traumáticas constituirá la principal demanda de atención².

La prevalencia de lesiones dentales traumáticas ha sido examinada en muchos países, que por lo general informan cifras muy diferentes. Esto es debido a que la mayoría de estos estudios representan la frecuencia en diversos grupos de edad, y por lo tanto, estos porcentajes no se pueden comparar. Cuando las prevalencias están espaciadas entre 5 y 12 años³.

En niños de 5 años, con dentición temporal completa, aproximadamente un tercio ha sufrido una lesión dental traumática que involucra dientes primarios, con mayor frecuencia luxación dental; los niños tienen una frecuencia ligeramente mayor que las niñas³.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dentición decidua o mixta tiene un rol importante en el crecimiento y desarrollo de los niños, en la masticación, fonación, apariencia del niño, malos hábitos y guía de erupción. Así como también, la pérdida de dientes temporales en la parte anterior, en algunos casos por traumatismos, afecta el crecimiento y confianza de la personalidad normal.

La prevalencia en la dentición temporal, en la edad de 0 a 6 años de vida, cambia del 11% al 30%, sin embargo, desde que el niño comienza a marchar sólo, entre 18 y 30 meses, el riesgo de traumatismo se potencializa con una ocurrencia elevada de dos veces más de lo normal.

El cómo actuar en los casos de luxaciones en la zona del sector anterior en dentición decidua en el momento nos conlleva a este trabajo y su protocolo como elección.

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la técnica de tratamiento de una luxación lateral en una niña de 5 años de edad que se presenta de urgencia a la consulta dental en la ciudad de Huancayo.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación presentada nos proporcionara conocimiento sobre el tratamiento de una luxación lateral en dentición temporal y el plan de tratamiento a realizar ya que si no se trata a tiempo pues el paciente niño puede perder el diente, el tratamiento inmediato en estos casos de traumatismos dentales es importante para un buen pronostico, además la presente investigación es de mucha importancia porque aumentará los conocimientos básicos para muchos de estudiantes preuniversitarios de odontología, egresados de la carrera e incluso para otros profesionales de ciencias de la salud.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN TRAUMATISMOS DENTALES

Los traumatismos dentales son lesiones que afectan no sólo el diente, sino también el hueso, tejido de sostén y encía. Éstos se producen como resultado de un golpe o choque físico contra el diente. Hoy en día los traumatismos dentales constituyen la segunda causa de atención en Odontopediatría, después de la caries⁴.

El trauma dentoalveolar se define como un impacto agresivo sobre las estructuras biológicas dentales y estructuras adyacentes de las cuales se deriva algún tipo de lesión⁵.

ETIOLOGÍA:

Caídas:

Cuando el niño comienza a andar le falta coordinación, esto les impide protegerse de los golpes. Acontecen entre el primer y segundo año de vida. La causa más frecuente es el choque contra las mesas bajas; por lo que es aconsejable que los padres las retiren hasta que el niño camine con más seguridad. Entre los tres y cuatro años la causa más frecuente es por jugar en la guardería o parques⁶.

Niños maltratados

El maltrato infantil es un tema frecuente en España. En el año 2011 se evidenció que 1 de cada 1.000 niños sufren maltrato físico⁶.

El maltrato suele ser producido por los padres, los tutores o cuidadores de los niños. Los índices más altos se dan cerca de los tres años. Con relación al género, los niños sufren más maltrato a los tres años y entre los ocho y los once; mientras que en el género femenino es más frecuente a los tres y a los nueve años. El odontólogo, junto con los demás profesionales sanitarios, debe detectar los posibles signos de maltrato en el niño. Entre las lesiones más características se encuentran⁷.

- **Lesiones cutáneas:** son una de las manifestaciones más concretas y frecuentes. Se observan contusiones, hematomas, arañazos, equimosis en zonas no

prominentes, o en la parte más proximal de las extremidades (tobillo o muñeca)⁸.

- **Quemaduras:** con cigarrillos, por la toma forzada de alimentos demasiado calientes. Suelen localizarse en la cara, frente y mentón. Suponen hasta un 10% de las lesiones físicas por maltrato⁶.
- **Mordeduras:** con patrón elíptico u ovoide realizada por un humano⁷.
- **Lesiones intrabucales:** la prevalencia varía entre el 3 y 6%. Se pueden ver laceraciones, abrasiones o contusiones en la mucosa labial, luxaciones dentales, rotura de frenillo superior, entre otras^{6,7,8}.

Uso inapropiado de los dientes

Pocos estudios han incluido esta categoría. Los más comunes son morder un bolígrafo, abrir ganchos de pelo y cortar o sostener objetos⁷.

Actividades deportivas:

Este tipo de lesiones traumáticas son muy frecuentes, hasta de un 45%, sobre todo en la práctica de contacto y en los niños. Entre las lesiones más frecuentes se encuentran luxaciones y fracturas dentoalveolares⁶.

Accidentes de tráfico:

Se observan sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, que circulan en motocicleta o bicicleta sin casco. Suponen el 21% de los traumas incisales. Las lesiones más frecuentes son la abrasión facial, las contusiones bucales y las fracturas dentoalveolares.

Peñas – violencia:

En niños de 9 a 12 años es la causa más frecuente de lesiones dentales. Se caracterizan por afectar fundamentalmente al ligamento periodontal (luxaciones laterales, avulsión). También son frecuentes las fracturas de la raíz o del proceso alveolar^{6,7,8}.

Otras causas:

Traumatismos de origen patológico: incluyen situaciones que debilitan el diente y las estructuras de soporte, como morder objetos duros y situaciones iatrogénicas, como maniobras de intubación en anestesia general.

Epilepsia: los pacientes epilépticos suelen presentar riesgos especiales en relación a las lesiones dentales, al caerse durante una crisis convulsiva.

Dentinogénesis imperfecta: es una alteración de la dentina. La lesión típica es la fractura espontánea de la raíz, atribuible a la disminución de la dureza de la dentina, que, ante el más pequeño trauma, accidental u oclusal, hace que la raíz se fracture⁶.

LOCALICACION

En un total de estudios, el diente más afectado en estos traumatismos es el incisivo central superior, seguido del incisivo lateral superior y del incisivo central inferior. El ángulo mesioincisal es el que se fractura con más frecuencia³.

Edad	Género	Localización	Dentición	Lugar
0-4	Masculino Femenino 37%	Incisivos superior e inferior	Decidua	Hogar 26%
5-8	Masculino 63% Femenino 37%	Incisivos superior e inferior	Mixta	Calle o zona de juegos 24%
9-10	Ambos géneros		Mixta	Escuela 39%

Tabla 1. Porcentaje correspondiente a cada género. (Andersson & Andersson, 2013).

TIPOS DE LESION

DENTICIÓN DECIDUA	DENTICION MIXTA
<p>Luxaciones 71.3%</p> <p>Subluxación 38.8</p> <p>Avulsión 23.6</p> <p>Concusión 11.3%</p> <p>Fractura de corona, de esmalte y dentina 6.6%</p> <p>Fractura complicada de corona 5.5%</p> <p>Fractura de esmalte con 1.1%.</p> <p>Fractura radicular y corono radicular 8.8% y 2.0%.</p> <p>Fractura del proceso alveolar 1.1%.</p> <p>Abrasión y contusión 1.1%.</p>	<p>Fractura no complicada 41.1%</p> <p>Fracturas coronarias 4 a 38%.</p> <p>Fracturas de esmalte y dentina 51.4</p> <p>Fracturas radiculares 2 a 4%</p> <p>Avulsiones 7 a 15%</p> <p>Concusión y subluxación 59%</p> <p>Luxaciones 22%</p> <p>Fractura Coronaria y Fractura Radicular 13%</p> <p>Ausencia de signos vitales en los dientes 6%</p> <p>Lesiones de mucosa o encías</p> <p>Oscila entre el 1 a 15% en ambos casos.</p>

Tabla 2. Porcentaje de traumatismos según el género. Tomado de Mendoza Mendoza y García Ballesta.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES

1. Lesiones de los tejidos duros y de la pulpa

- 1.1. Fractura Incompleta (infracción)
- 1.2. Fractura no complicada de la corona
- 1.3. Fractura complicada de la corona
- 1.4. Fractura no complicada de la corona y la raíz
- 1.5. Fractura complicada de la corona y la raíz
- 1.6. Fractura de la raíz

2. Lesiones Del ligamento periodontal

- 2.1. Concusión
- 2.2. Subluxación (aflojamiento)
- 2.3. Luxación intrusiva (dislocación central)
- 2.4. Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial)
- 2.5. Luxación lateral
- 2.6. Exarticulación (avulsión Completa)

3 . Lesiones del hueso del soporte

- 3.1. Conminución de la cavidad alveolar
- 3.2. Fractura De la pared alveolar
- 3.3. Fractura del proceso alveolar
- 3.4. Fractura de la mandíbula o del maxilar superior

4 . Lesiones de la mucosa oral o de la encía

- 4.1. Laceración de la encía o mucosa bucal
- 4.2. Contusión de la encía o mucosa bucal
- 4.3. Abrasión de la encía o mucosa bucal

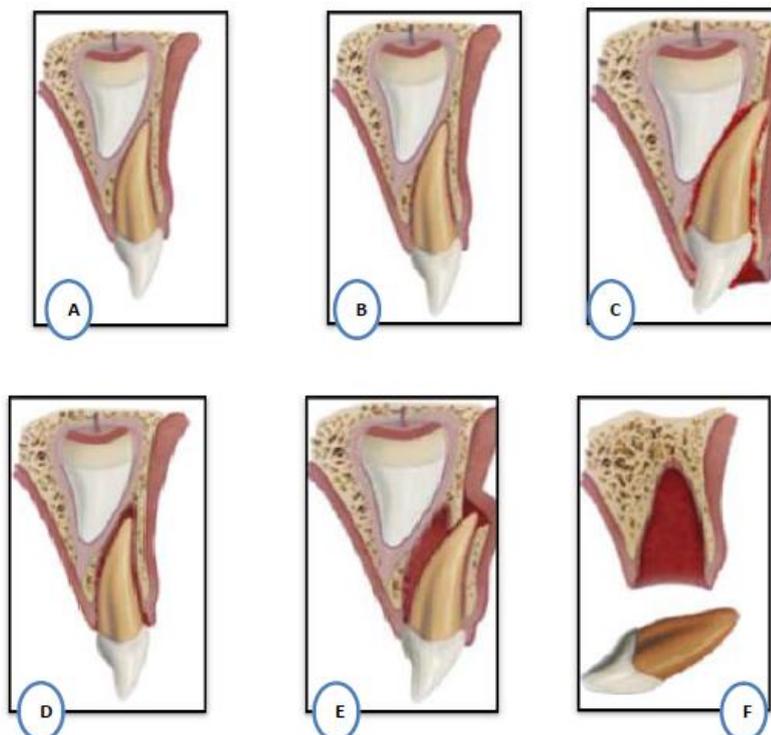
Clasificación de la OMS modificada tomado por Andreasen y Andreasen

En este presente caso clínico abordaremos la luxación lateral que es el tema a tratar en sí, entonces nos centraremos a este tipo de luxación.

LUXACIÓN LATERAL

Este tipo de fracturas tiene un desplazamiento del diente en diferente plano axial. Esta división se acompaña de rotura de la unidad vestibular o de la unidad palatina o lingual del hueso alveolar. Las luxaciones laterales al igual que las extrusiones, se caracterizan por una separación parcial o total del ligamento periodontal. Se complican por la fractura ósea alveolar y por la presencia de una zona de compresión a nivel cervical y algunos casos del área apical⁹.

En muchos casos suele presentarse inmovilidad dental y a la percusión normalmente produce un sonido metálico. Radiológicamente, presenta aumento del espacio apical del ligamento, el cual se ve mejor en una toma oclusal en donde se muestra la posición del diente desplazado y su relación con el sucesor permanente¹⁰.



Lesiones de los tejidos periodontales. A) Concusión. B) Subluxación. C) Luxación extrusiva. D) Luxación intrusiva. E) Luxación lateral. F) Avulsión⁷.

Los traumas dentales se caracterizan porque no se rigen por un solo mecanismo etiopatogénico, ni siguen un patrón predecible en cuanto a la intensidad o extensión, Los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries, por ellos es de vital importancia saber tratarlos, conocer sus secuelas y saber cómo responder antes ellas⁸.

También podemos decir ue las luxaciones laterales son lesiones complejas que implica la ruptura y laceración de las fibras del ligamento periodontal, lesiones de extensas áreas de la superficie radicular y del hueso alveolar. En dientes permanentes, a la altura del foramen apical ocurre un estrechamiento y ruptura del paquete neurovascular¹¹.

Clínicamente se observa el desplazamiento excéntrico en dirección oclusal y palatina, por lo general

asociados a la fractura de la pared vestibular del alvéolo. En estos casos, la corona se presenta posicionada en dirección lingual, y la raíz desliza sobre la superficie vestibular de la pared alveolar en

la dirección apical, mientras se mantiene el diente firmemente fijado en su nueva posición. El dolor a la percusión vertical y horizontal no es un hallazgo frecuente, pero la palpación en el fondo de vestíbulo

suele ser dolorosa y permite dar cuenta de la fractura del proceso alveolar y la posición vestibularizada del ápice radicular. El hallazgo radiológico característico de este tipo de lesión es una imagen acortada

y de mayor radiopacidad del elemento involucrado cuando se compara con la de los dientes normales adyacentes. El cambio en la dirección del eje mayor del diente con el desplazamiento lateral significa

que hay un cambio en el ángulo de incidencia vertical del haz de radiación.

Además, se puede observar un aumento del espacio del ligamento periodontal observado en la radiografía oclusal.

Indicaciones iniciales para el reposicionamiento de los dientes también pueden ser entregadas en el primer contacto con el paciente, de la misma manera que la luxación extrusiva. Sin embargo, el reposicionamiento inmediato de las luxaciones laterales puede ser muy traumático debido a la fractura del proceso alveolar, requiriendo por lo general la actuación del profesional. Inicialmente se debe realizar una presión digital firme en el fondo de vestíbulo hacia incisal, con el fin de llevar el ápice radicular al alvéolo. En un segundo momento se presiona el diente en dirección apical hasta el fondo del alvéolo.

En situaciones extremas se puede usar un fórceps para extruir levemente el diente y luego posicionarlo de vuelta a su alvéolo.

Después del reposicionamiento se debe realizar una compresión vestibular y lingual para garantizar una acomodación completa del diente en el alvéolo y facilitar la cicatrización de los tejidos periodontales.

De inmediato, se debe verificar radiográficamente la posición correcta del diente e inmovilizarlo con ferulización rígida durante un período de 3 a 4 semanas.

En todos los casos se debe realizar un ajuste de las interferencias oclusales. Cuando la atención es tardía, el reposicionamiento correcto es prácticamente imposible.

En estos casos, la mejor opción es realizar el ajuste oclusal que permite que la cicatrización ocurra con el diente en su nueva posición para posteriormente realizar el reposicionamiento a través del tratamiento de ortodoncia¹¹.

a decisión terapéutica en el caso de luxación lateral de la dentición primaria se encuentra vinculada a factores tales como el grado de rizólisis del diente temporal, el tiempo entre el trauma y la atención, la magnitud del desplazamiento, la participación de la pared alveolar, la relación con el germen del permanente y la interferencia oclusal¹².

La observación radiográfica ayuda a determinar la relación del diente desplazado con el germen del diente permanente¹³.

La apreciación de estos factores debe establecer el tratamiento, que debe consistir en la mantención del diente o la realización de exodoncia. La opción por el reposicionamiento (mantenimiento) debe llevarse a cabo bajo anestesia infiltrativa y, si el profesional considere necesario, la instalación de contención. Es común que suceda una necrosis pulpar, por ello es muy recomendable el seguimiento clínico y radiográfico los elementos involucrados¹⁴.

ENFOQUE INICIAL DEL PACIENTE TRAUMATIZADO

a intervención inicial del paciente es decisiva en el éxito del tratamiento de lesiones traumáticas. El pronóstico de los dientes traumatizados a menudo depende de los cuidados iniciales que proceden a la intervención del dentista, principalmente en las lesiones que involucran desplazamiento. Factores como

el medio de almacenamiento, tiempo de permanencia extra bucal, manipulación de la superficie radicular son determinantes en el tipo de cicatrización periodontal de los dientes avulsionados¹⁵.

En las fracturas radiculares y las luxaciones extrusivas y laterales, la mantención de la vitalidad pulpar depende del reposicionamiento inmediato, Estas informaciones deben ser recolectadas en el momento del examen inicial y consideradas durante evaluaciones a medio y largo plazo.

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA INICIAL

El examen del paciente debe empezar desde el momento en que este entra a la consulta odontológica, con el objetivo de observar signos como dificultad de locomoción y equilibrio, que pueden significar compromiso neurológico. Además, otros signos y síntomas deben ser evaluados: confusión mental, reacción pupilar alterada, presencia de sangrado o fluido claro en el oído y nariz, historia de vómitos, náuseas y dolores de cabeza. La confirmación de compromiso neurológico debe ser considerada como prioridad a expensas de cualquier lesión

traumática, incluso si se trata de una avulsión dentaria o una fractura alveolo-dentaria e de otros huesos de la cara¹².

EXAMEN SUBJETIVO

La anamnesis durante la atención de urgencia de los traumatismos dentarios es directa y dirigida para obtener informaciones específicas relacionadas con el accidente, historia de traumatismos anteriores y una resumida historia médica. ¿Cuándo, dónde y cómo sucedió el accidente? El intervalo entre el momento del accidente (cuándo) y el tratamiento influencia significativamente el pronóstico de las avulsiones, luxaciones y fracturas radiculares con desplazamiento, así como exposiciones pulpares. La información sobre el lugar del accidente (dónde) puede ser importante en la indicación de profilaxis antitetánica, y también permite localizar dientes avulsionados o fragmentos.

Disponer de datos sobre la naturaleza del accidente (cómo) puede proporcionar rastros sobre el tipo y la localización anatómica de las lesiones. Un ejemplo clásico son los golpes en el mentón que pueden generar fracturas de premolares y molares, rama mandibular y región de cóndilo⁸.

III. CONTENIDO

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

- Historia clínica
Paciente de 05 años de edad de sexo femenino llega a la consulta con dolor en la pza 6.2 y sus padres manifiestan que la paciente se cayó en un angulo de la silla y que su diente se metió un poco, En la parte sistémica no presenta enfermedad alguna, ni antecedentes, al examen general sin alteración alguna al examen estomatognatico se encuentra apta para el tratamiento.
- Diagnóstico: LUXACIÓN LATERAL
- y pronóstico : BUENO

1. Lavado

Se lava la zona afectada con jabón quirúrgico, isodine y solución fisiológica 0.9%.

2. Reposición de órgano dentario

Se ejerce una ligera presión axial para alojar al diente, suavemente en el alveolo. Se corrobora la correcta reposición por vestibular y palatino.

3. Ferulización

Estabilización del diente durante un periodo de 30 días con férula flexible con resina compacta

4. Dieta

Blanda durante 4 semanas.

Picados finos 2 semanas posteriores al retiro de férula.

5. Medicamentos

amoxicilina

Paracetamol 250 mg 1 comp. c/ 6 hrs. por 3 días.

Clorhexidina spray 0.12%, Aplicar buches en área ferulizada, c/ 8 horas por 15 días, previa higiene dental.

6. Cuidados generales

Cepillo dental nuevo.

Vigilar cambio de coloración OD.

Evitar morder de frente.

Vigilar sangrado activo.

Vigilar aumento de volumen en periferia de órgano dentario.

Se da seguimiento una semana posterior al traumatismo, un mes después y posteriormente cada 3 meses.

Fig.1 Análisis de la placa radiográfica periapical pza6.2



Fig.2 Limpieza de la cavidad intra oral y se puede verificar la pieza dentaria hacia palatino

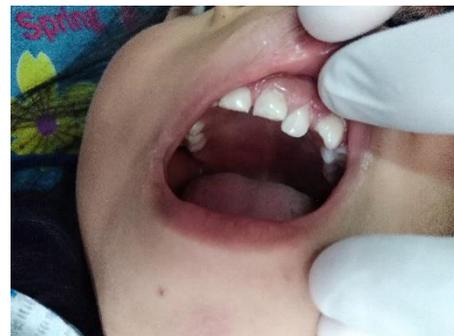


Fig.3 Anestesia



Fig.4 Reconponiendo la pieza dentaria



Fig.5 Se lleva la pza dentaria hacia su longitud axial y se coloca acido grabador alas 4 piezas dentarias 5.1, 6.1, 6.2, 6.3



Fig.6 lavado y colocación de Adhesivo y resinas con alambre de ortodoncia N°8



Fig. 7 Colocado la ferula



Fig. 7 Control al mes y medio



Fig. 8 radiografía de control



IV CONCLUSIONES

- en la búsqueda bibliográfica que existen traumatismos en diferentes situaciones, a cualquier edad y por diferentes motivos, tanto a niñas como a niños en porcentajes diferentes, los dientes que más son afectados son los incisivos centrales por los juegos bruscos de los niños que es el factor más importante que se debe tomar en cuenta.
- Las lesiones dentales traumáticas son reconocidas como un problema de salud dental en todo el mundo. Una predisposición de aumento en la prevalencia de traumatismos dentales es debida al mayor interés en actividades deportivas que los niños pueden practicar. Por otra parte, el estilo de vida cambiante y los requisitos de la sociedad moderna conducen a una aparición de nuevos patrones de trauma dental, para este fin, una actualización regular de conocimiento en traumatología dental es obligatorio.
- Es importante tener en cuenta que toda lesión traumática que se da en los dientes temporales va generar diversas secuelas en los gérmenes dentarios en desarrollo. Estas secuelas pueden ser de mayor riesgo cuando el traumatismo se presenta en niños menores de tres años.
- Está descrito en la literatura, que los traumatismos alveolo-dentales en la dentición primaria presentan una alta prevalencia, pudiendo provocar alteraciones en los tejidos de sostén, duros y blandos.
- La literatura científica actual confirma que las férulas apropiadas en las lesiones traumáticas que requieren fijación son las semirrígidas o las flexibles colocadas adecuadamente.

V. RECOMENDACIONES

- Los traumatismos dentales son un problema en la salud bucal infantil y la prevalencia cada vez va en aumento, por lo que es importante educar a los padres de familia y profesores de educación inicial y primaria , como medida preventiva por si alguno de sus alumnos tuviera algún accidente y sepan que hacer frente a una urgencia traumatológica ocurrida en el centro educativo.
- Los padres deberían ocurrir al odontólogo inmediatamente despues de ocurrido el traumatismo, antes de las 48 horas.
- Se recomienda a los padres de familia,después que sus niños presenten traumatismo, que los alimentos sean blandos por una semana.
- Realizar el cepillado suave después de cada comida y adicionar también enjuague bucal, aplicar con algodón en el área afectada.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13a, [reimp ed. Barcelona etc.: Salvat; 1995:1342.
2. Andreasen JO, Andreasen FM. Dental traumatology: Quo vadis. *Dental Traumatology*. 1990;6(2):78-80.
3. Andreasen J, Andreasen F, Anderson L, Flores MT, Bakland LK. Traumatic Dental Injuries A Manual. 3ª ed. Oxford, Wiley-Blackwell; 2011: 8-9.
4. León Valle M, Arada Otero JA, López Blanco MN, Armas Cruz D. Traumatismos dentarios en el menor de 19 años. [Rev. Ciencias Médicas] 2012 septiembre – octubre [acceso 19 de junio del 2017]; 16(5): [4-13]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n5/rpr03512.pdf>
5. Clavijo López E. Guía de manejo de trauma dentoalveolar. Fundación HOMI [Internet] 2009. [acceso 17 de julio del 2017]. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/9.%20Guia%20de%20Manejo%20de%20Trauma%20Dentoalveolar.pdf.
6. Mendoza Mendoza A, García Ballesta C, eds. *Traumatología oral: Diagnóstico y tratamiento integral. soluciones estéticas*. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2012:19-37, 395-400.
7. García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. *RCOe*. 2003;8(2):131-141.
8. Andreasen J, Andreasen F, Anderson L. Texto y atlas a color de lesiones traumáticas a las estructuras dentales. 4ª ed. Oxford, Amolca; 2010: 225-234, 533-537, 542-564.
9. Guedes F. Effects of traumatic dental injuries to primary teeth on permanent teeth a clinical follow up study. 2011. Department of Prevention and Oral Rehabilitation Dental Traumatology; 27: 117–121; doi: 10.1111/j.1600-9657.2010.00959.x.
10. Colak I, Markovic D, Petrovic B, Peric T, Milenkovic A. (2009). A retrospective study of intrusive injuries in primary dentition. *Dent Traumatol*.

11. Andreasen JO. Injuries to the supporting bone. In. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, (eds) Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth (4th ed). Oxford: Blackwell/Munksgaard, 2007. p.489-515.
12. Soporowski NJ, Allred EN, Needleman HL. Luxation injuries of primary anterior teeth – prognosis and related correlates. *Pediat Dent* 1994;16:96-100.
13. Fazzi R, Fenyó-Pereira M, Arita ES. Intrusões de decíduos – técnica radiográfica. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1989;43:72-4.
14. Amorim LF, da Costa LR, Estrela C. Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. *Dent Traumatol* 2011;27:368-73.
15. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors: 1. Diagnosis of healing complications. *Endod Dent Traumatol* 1995;11:51-58.