

HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA
PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES
ODONTOPEDIÁTRICOS CON TRAUMA DENTO-ALVEOLAR

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVOS
8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
9. DEFINICIÓN
10. EPIDEMIOLOGÍA
11. ETIOLOGÍA
12. CRITERIO DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO
13. PREVENCIÓN
14. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
15. CRITERIOS DE REFERENCIA
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 2 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

1. AUTOR

Dra. María Victoria Tejada García, endodoncia

2. REVISORES

Dra. Gilda Chanis, Jefa de Servicio de Odontopediatría, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto el autor como los revisores declaran que no existe conflicto de intereses.

4. JUSTIFICACIÓN

Las lesiones dentales traumáticas son en su mayor parte eventos imprevistos que, si no se manejan adecuadamente pueden ocasionar serias consecuencias para el paciente.

5. ALCANCE

La población de este protocolo son todos los pacientes que acuden a la Consulta Externa del Servicio de Odontología procedentes de Urgencias, pacientes de salas y pacientes referidos por las Especialidades de Odontopediatría y Cirugía Maxilofacial.

Este protocolo de atención puede ser usado por todos los Odontopediatras, Cirujanos Maxilofaciales y Endodoncista que laboran en el Servicio de Odontología del Hospital del Niño.

6. PROPÓSITO

Implementar una guía de manejo de pacientes con trauma dental y establecer el diagnóstico de entidades traumáticas específicas para determinar el tratamiento recomendado para estas lesiones y brindar una atención de manera rápida y adecuada a los niños que acuden para atención de esta urgencia en el Hospital del Niño.

7. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer un Protocolo de manejo de las lesiones traumáticas dentales en los niños que acuden al Servicio de Odontología

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 3 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Objetivos Específicos

- Definir las lesiones traumáticas dentales
- Mencionar los medios diagnósticos para determinar los diferentes tipos de lesiones dentales
- Implementar las guías de manejo en pacientes con trauma dental

8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

K 08.4 pérdida parcial de dientes.

9. DEFINICIÓN

Los traumatismos dentoalveolares son **lesiones** que afectan a los **dientes** y los tejidos de sostén, incluyendo desde la pérdida de la integridad del diente hasta el desplazamiento total o parcial de su posición anatómica. Actualmente constituyen la segunda causa de atención en Odontopediatría después de la caries. Estas lesiones producen alteraciones médicas, estéticas y, en algunos casos, emocionales-psicológicas, siendo estas últimas más importantes en los padres, cuanto más pequeño es el niño. En la adolescencia, sufrir un traumatismo dentario con una alteración estética, incluye amplia repercusión emocional por el efecto de verse con el diente fracturado en su vida de relación, ya que en la mayoría de las ocasiones, se afectan los dientes incisivos superiores. Es frecuente asistir a una urgencia por traumatismo dental en sector anterior, y encontrarse tanto al niño como a los padres muy asustados tanto por el traumatismo en sí, como por el problema estético que comporta.

No es lo mismo un traumatismo en dentición temporal, donde la fractura de un incisivo va a producir una alteración transitoria del diente afecto hasta que sea recambiado por el diente permanente, que la afectación de un incisivo permanente que comprometerá a dicha pieza de por vida, aunque los tratamientos estéticos que tenemos a nuestro alcance en la actualidad, pueden minimizar en parte o totalmente el aspecto estético del traumatismo.

Es importante conocer y tratar de forma adecuada cada caso según la complejidad del traumatismo, ya que la mayoría de secuelas post-traumáticas son consecuencia de tratamientos inadecuados o de no haber actuado dentro del plazo de tiempo necesario. Algunos pacientes, dependiendo del traumatismo, no acuden a la consulta odontológica hasta el cabo de semanas o meses. El diagnóstico y tratamiento temprano de estos traumatismos va a condicionar, en la mayoría de los casos, el pronóstico a medio y largo plazo y la viabilidad de la pieza o piezas dentales afectas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 4 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Las piezas dentales afectadas más frecuentemente son: los incisivos centrales superiores (80%), los incisivos laterales superiores y, con menos frecuencia, los incisivos centrales inferiores.

Las lesiones más frecuentes son: las fracturas de corona no complicadas de esmalte o de esmalte-dentina, seguido de las subluxaciones, y la avulsión dentaria. Se considera que aproximadamente el 10% de las alteraciones del esmalte que aparecen en los dientes permanentes en el sector anterior, están en relación con traumatismos sufridos en los dientes deciduos. La avulsión y la luxación intrusiva de los dientes temporales son las lesiones que provocan más frecuentemente alteraciones en el desarrollo de los permanentes, siendo más importantes cuando más pequeño sea el niño. La subluxación y la extrusión dentaria, tienen menos riesgo de afectar a los permanentes.

La clasificación de los traumatismos dentoalveolares más utilizada sigue siendo la de la OMS modificada por Andreasen, que diferencia la afectación de los tejidos dentarios y la de los periodontales o de soporte de las piezas dentales. Ver Tabla 1.

10. EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos indican que la incidencia anual de traumatismos dentales a nivel mundial es de un 4,5% aproximadamente.

La prevalencia varía desde el 10 al 47% o incluso al 59%, con dos picos de incidencia, en dentición temporal entre los 2 y 3 años, cuando la coordinación motora está en desarrollo, y en dentición permanente entre los 8 y 10 años. Existe una gran variación en la notificación de prevalencia de traumatismos dentales en el mundo. Son más frecuentes en el sexo masculino 2:1 para dientes permanentes, esta frecuencia aumenta más con la edad lo que podría deberse al tipo de juegos o a la práctica de deportes de más riesgo en el sexo masculino.

11. ETIOLOGÍA

Es habitual que la etiología sea multifactorial, con tres grupos de factores etiológicos: los determinantes del comportamiento humano con la toma de riesgos, falta de atención, hiperactividad, etc., los determinantes ambientales: lugar de residencia, un entorno inseguro y los determinantes orales o predisponentes orales. La mayoría de los traumatismos dentales producidos en niños están relacionados con la edad, así en menores de 3 años, se producen más frecuentemente en su propio hogar, entre los 7 y los 12, en relación con caídas por juegos y deporte, y de los 13 a 17 años, con deportes de más riesgo como.

Las causas más frecuentes de estos traumatismos corresponden a: caídas, actividades deportivas, accidentes de tráfico (tanto coche, como bicicleta o moto) y las peleas. No deberíamos de olvidar los casos de maltrato, que aunque normalmente existen otras lesiones corporales más evidentes, también acostumbran a existir traumatismos dentales y/o de partes blandas oro-faciales.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 5 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Entre los determinantes orales o factores predisponentes orales, destacan la existencia de unos dientes incisivos superiores protruidos, con un resalte u *overjet* de más de 3 mm como consecuencia de una maloclusión o el uso excesivo de chupete o hábito de succión de dedo, o la existencia de un labio corto o incompetente que no cubra en su totalidad a los dientes (Tabla 1).

Tabla 1. Predisposición a trauma dental

Factores orales predisponentes a los traumatismos dentoalveolares
<ul style="list-style-type: none"> • Deportes de contacto y deportes de riesgo • Maloclusión dental, especialmente la protrusión de dientes superiores (resalte>3mm) y la existencia de labio superior corto e incompetente • Pacientes con tratamiento de ortodoncia • Patologías sistémicas como epilepsia, autismo • Alcohol y drogas

12. CLASIFICACIÓN DE LOS TRAUMATISMOS DENTARIOS

La clasificación más utilizada es la de la OMS, modificada por Andreasen, que diferencia la afectación de los tejidos dentarios y la de los periodontales o de soporte de las piezas dentales. (Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación del trauma dento-alveolar

Clasificación de los Traumatismos Dentales OMS – Modificada por Andreasen
LESIONES DE LOS TEJIDOS DENTALES Fracturas no complicadas <ul style="list-style-type: none"> • Infracción del esmalte de la corona • Fractura coronal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esmalte ▪ Esmalte – dentina (amelo-dentinaria) Fracturas complicadas <ul style="list-style-type: none"> • Fractura coronal de esmalte-dentina-pulpa • Fractura radicular • Fractura alveolar
LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES <ul style="list-style-type: none"> • Concusión • Luxación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subluxación ▪ Luxación extrusiva ▪ Luxación intrusiva ▪ Luxación lateral • Avulsión

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 6 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

El diagnóstico es básicamente clínico, con la evidencia de la existencia de un traumatismo previo. Se debe realizar una inspección y palpación para descartar la presencia de heridas contusas e inciso contusas de los tejidos blandos tanto encía, mucosas, lengua y labios.

Se debe valorar que los dientes tengan su posición y aspectos normales, con sus coronas alineadas y que no existan desplazamientos verticales o antero-posteriores de sus coronas para descartar luxaciones. La palpación se debe realizar con dos dedos para determinar si hay movilidad de las piezas dentales, lo que puede indicar afectación del tejido de soporte con luxación o fractura dental o alveolar. La percusión puede identificar en caso de duda, cuál es el diente que presenta dolor y mayor afectación.

Se deben tomar radiografías para descartar fracturas asociadas (óseas o alveolares) como lo son las radiografías panorámicas y las periapicales.

Fracturas no complicadas

La infracción del esmalte es un tipo de fractura incompleta, sin pérdida de estructura dental, en donde se observa una línea o fisura mínima en el esmalte. La percusión es negativa y no hay movilidad dental. No requiere tratamiento.

En la fractura coronal del esmalte si hay pérdida de estructura dental, la movilidad es negativa y no requiere radiografía en dentición temporal. En dentición permanente requiere radiografía para descartar fractura radicular o desplazamiento. Se deben pulir las aristas fracturadas que puedan existir y reconstruir la zona fracturada según sea la extensión de la misma.

La fractura coronal de esmalte-dentina incluye pérdida de estructura dental hasta la dentina pero no alcanza el tejido pulpar. Puede presentar dolor, se debe tomar radiografía. Es necesario la restauración de la fractura y control evolutivo por un mes, tanto en dientes temporales como permanentes.

Fracturas complicadas

La fractura coronal que incluye esmalte-dentina-pulpa, presenta exposición de tejido pulpar evidenciando un punto rojo o de sangre que corresponde a la pulpa. Hay dolor pero no existe movilidad. Se debe tomar radiografía periapical. La medicación analgésica y antibioticoterapia es necesaria. En dentición temporal se determinará si se realiza tratamiento conservador o exodoncia, dependiendo del grado y extensión de la fractura y edad del paciente. En dientes permanentes se debe evaluar la formación radicular y apical, para determinar si se realiza la endodoncia o recubrimiento pulpar con hidróxido de calcio o uso de MTA (mineral trióxido agredado)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 7 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Otro tipo de fractura complicada es la radicular, en donde se afecta la raíz y el paciente presenta dolor fuerte espontáneo y al mínimo contacto. Existe movilidad de la corona de la pieza fracturada y se deben tomar radiografías periapicales para ubicar el nivel de la fractura. Precisar de analgesia y cobertura antibiótica. En dentición temporal se debe determinar si se realiza tratamiento conservador, en caso de que no haya desplazamiento de la corona, de lo contrario se debe hacer exodoncia. Si se hace la exodoncia, se puede extraer sólo el fragmento coronal y hacer un seguimiento evolutivo del fragmento radicular hasta que se produzca reabsorción fisiológica del mismo. En dentición permanente se debe realizar ferulización. Cuanto más apical de la raíz sea la fractura, menos probable sea que pierda la vitalidad pulpar, y cuanto más coronal, peor será el pronóstico. Precisa colocación de férula por 4 semanas y seguimiento evolutivo clínico con radiografías.

Y por último está la fractura alveolar, en donde hay afectación del hueso alveolar, y además, la mayoría de las veces con afectación de más de una pieza dental. Presencia de movilidad en todo el conjunto fracturado y dolor. Es necesario tomar radiografías para un diagnóstico más detallado. Se debe reducir y recolocar la fractura alveolar bajo anestesia. Requerirá de inmovilización con férula semi rígida por 4 semanas. Realizar seguimiento evolutivo clínico y radiografías.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 8 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Manejo y tratamiento de las lesiones periodontales después de un trauma dental

Concusión: diente sensible al tacto, no ha sido desplazado, no hay movilidad, radiográficamente se ve normal. No requiere tratamiento, sólo monitoreo clínico por un año.

Subluxación: el diente presenta movilidad pero no ha sido desplazado, hay sangrado a través del surco gingival. No hay cambios radiográficos. Tratamiento consiste en colocar férula por dos semanas.

Luxación extrusiva: el diente se ve alargado y con gran movilidad, en dientes inmaduros usualmente ocurre revascularización. En la radiografía se observa ensanchamiento del ligamento periodontal en apical. Se debe reposicionar el diente, colocar férula por 15 días.

Luxación lateral: el diente es desplazado en dirección labial o lingual-palatina, estará inmóvil y la percusión da un sonido metálico; en la radiografía se ve ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. El tratamiento consiste en reposición dental con ayuda de un fórceps para desengancharlo de su alveolo y ubicarlo correctamente; colocar férula por dos semanas. Antibioticoterapia.

Luxación intrusiva: el diente es desplazado dentro de su alveolo, está inmóvil, a la percusión da sonido alto y metálico. Radiográficamente no se verá espacio del ligamento periodontal. Se debe reposicionar el diente quirúrgicamente o con ortodoncia. Necesitará endodoncia.

Avulsión: el diente se ha salido por completo de su alveolo. Se debe reimplantar inmediatamente en el lugar del accidente y verificar que no sea un diente deciduo. Antibioticoterapia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 9 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Luego de un traumatismo dental se presentan lesiones periodontales tales como: concusión, subluxación, luxación extrusiva, luxación lateral, luxación intrusiva y avulsión.

Concusión

Es un traumatismo sobre las estructuras de soporte del diente pero sin desplazamiento ni fractura. Hay dolor por la contusión de las partes blandas, pero no hay movilidad, se debe realizar radiografía. No requiere tratamiento, sólo control clínico evolutivo.

Subluxación

Se produce una afectación de los tejidos de soporte del diente, pero no existe fractura ni desplazamiento de la pieza dental sólo una ligera movilidad. Se deben tomar radiografías.

Tratamiento sintomático del dolor y evitar contacto del diente afectado con los antagonistas. Colocar férula para estabilizar el diente por dos semanas.

Luxación extrusiva

El diente está más salido y con movilidad por una desinserción parcial o total del ligamento periodontal, clínicamente es muy evidente ya que se ve un diente más largo que los demás. Existe mucha movilidad y dolor, se deben tomar radiografías. En dentición temporal, si la extrusión es menor de 3mm dejar evolucionar y sacar de oclusión; si es mayor de 3mm, la exodoncia es el tratamiento de elección. En dentición permanente, la superficie radicular expuesta debe lavarse con solución salina antes de ser reposicionada y se deben ferulizar los dientes por 2 semanas. Requiere controles clínicos y radiográficos.

Luxación intrusiva

El diente se ha desplazado hacia adentro de su alveolo, pudiendo impactar sobre la tabla ósea y lesionar el germen dentario de la pieza permanente. El diente se ve más corto o no se ve la pieza si la intrusión es completa.

En dentición temporal, si la pieza se ha desplazado hacia la tabla ósea vestibular, se debe dejar evolucionar a la extrusión espontánea; si se ha desplazado hacia el germen del diente permanente, se debe realizar la exodoncia.

En la dentición permanente, al igual que en la temporal, se puede esperar a que se produzca una reposición espontánea, sobre todo en casos con intrusiones mínimas. Si la intrusión es considerable, requerirá de la recolocación de la pieza bajo anestesia; en algunos casos se precisará ortodoncia para reposicionar el

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 10 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

diente. Se deberá realizar en todos los casos tratamiento endodóntico de la pieza intruída.

Luxación lateral

El diente está desplazado lateralmente hacia afuera o hacia adentro de la boca, es más frecuente el desplazamiento hacia palatino. Se acompaña de una fractura alveolar de la región palatina o vestibular (si se desplaza hacia afuera de la boca). Presencia de dolor, en la mayoría de los casos no hay movilidad. Se debe realizar radiografía.

En dentición temporal, los casos de desplazamiento palatino producen interferencia al cerrar la boca y se puede mejorar con un retoque de la oclusión si el desplazamiento es mínimo; si es necesario se realiza la recolocación de la pieza afectada bajo anestesia. Si no existen interferencias se puede dejar que espontáneamente la pieza se reposicione. En luxaciones severas, el tratamiento es la exodoncia de la pieza temporal.

En dentición permanente, el tratamiento consiste en reposicionar el diente luxado a su posición anatómica bajo anestesia local, para tratar que se produzca la recuperación pulpar y del ligamento periodontal. Se debe realizar ferulización durante 4 semanas. Requiere control evolutivo del caso.

Avulsión

Es la expulsión traumática de la pieza dental fuera de su alveolo. En dentición temporal sólo precisa tratamiento sintomático, no se debe reimplantar dientes temporales.

En dentición permanente lo ideal es realizar la reimplantación en el mismo lugar que se dio el accidente, tomando la pieza dental por la corona y evitando tocar la raíz. Si el diente está sucio se debe lavar con agua durante 10 segundos, no usar agua caliente. Si no es posible reimplantarlo en el momento, se debe transportar el diente en leche, solución salina, no se debe transportar en agua.

El pronóstico y viabilidad de la pieza implantada mejora cuanto menor sea el tiempo que transcurra desde el traumatismo hasta su reimplantación, considerándose máximo 30 minutos el tiempo óptimo para obtener un resultado bueno a largo plazo, disminuyendo drásticamente esta posibilidad en los casos de tratamiento realizado después de 2 horas. Se debe realizar ferulización de la pieza reimplantada, durante 2 a 4 semanas. Prescribir antibiótico, amoxicilina de elección y clindamicina en casos de alergia a la penicilina.

A los 7-10 días dependiendo si la pieza tiene el ápice cerrado o no, se procederá a la realización de la endodoncia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 11 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

Se recomienda dieta blanda durante dos semanas y evitar deportes de contacto. Dependiendo del lugar donde se ha producido el traumatismo, valorar si es necesario colocar vacuna antitetánica.

14. PREVENCIÓN

Los traumatismos en general y los dentales en particular son difíciles de prevenir, pero el conocimiento de las causas que pueden provocarlos y de cómo actuar si se producen, tanto de los padres como del personal de la escuela, puede mejorar y evitar en parte la aparición de los mismos, así como mejorar el pronóstico.

En niños mayores es muy importante la identificación de factores de riesgo, con la utilización de protectores bucales para la realización de deportes donde pueda existir contacto.

La Asociación Dental Americana indica que más de 200.000 lesiones bucales al año se previenen con el uso de protectores bucales. El 84% de los niños no llevan protectores bucales, mientras practican deportes organizados, pero en cambio sí utilizan otro tipo de protectores de otras partes del cuerpo. La utilización e incorporación de los protectores bucales en las prácticas deportivas, reduciría al mínimo los traumatismos dentales y reduciría el grado de severidad de los mismos.

Hay estudios que han observado que después de un traumatismo con avulsión dentaria del incisivo permanente, los pacientes llegan muy tarde después del incidente, sin el diente o en un medio de conservación inadecuado, lo que indica la poca información y conocimiento que existe sobre este tipo de lesión, en las personas que están con los niños en su ámbito doméstico y escolar.

15. SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO

Es importante hacer un seguimiento evolutivo de los dientes que han sufrido traumatismos dentarios, tanto en dentición temporal como permanente, ya que en dentición temporal puede surgir necrosis pulpar y abscesos, y en la dentición permanente puede surgir la necesidad de realizar endodoncia en las piezas afectadas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Odontología	CÓDIGO: PR-18-03	Página 12 de 12
	Título rehabilitación protésica de defectos maxilares	Edición: enero 2020	
	Elaborado: Dra. María V. Tejada	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado:	

16. REFERENCIAS

1. International Association of dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: Avulsion of permanent teeth. Dental Traumatology 2012; 28: 88 – 96
2. Avulsed teeth. Other therapeutic resources. Electronic Journal of Endodontics Rosario, Year 11, Volume 01, April 2012
3. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dental Traumatology 2007; 23: 66-71
4. Treatment of endodontic emergencies. British Dental Journal, Volume 197 No. 6 , September 25, 2004
5. Traumatismos dentales. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Volumen XXIII, número 7 oct-nov 2019.