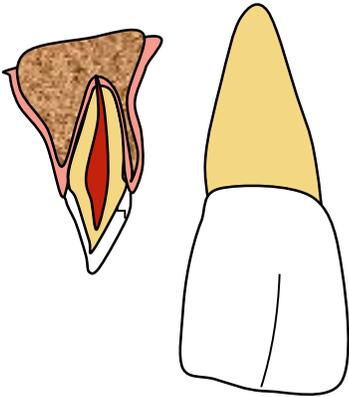


MANEJO DE FRACTURA CORONARIA EN DENTICIÓN PERMANENTE

Dra. Camila Corral Núñez, Dpto. Odontología Restauradora

INFRACCIÓN



Clínica: Fractura incompleta (crack) del esmalte, sin pérdida de estructura.

Sin sensibilidad a la percusión o palpación.

Se recomienda evaluar el diente para descartar injurias asociadas (luxación o fractura radicular por ejemplo), especialmente si se detectan molestias en el diente.

Movilidad normal.

Respuesta positiva por lo general a test de sensibilidad.

Imágenes: Sin anomalías en la radiografía.

Radiografía recomendada: 1 radiografía paralelismo.

*En caso de signos o síntomas de potencial lesión combinada se podrían indicar radiografías adicionales.

Tratamiento: En caso de infracciones severas, grabado y sellado con resina, para prevenir tinción del crack y contaminación bacteriana por esta vía.

En caso contrario, no es necesario un tratamiento específico.

Seguimiento: No es necesario en caso de ser solo una infracción.

En caso de injurias asociadas, prevalece el régimen de seguimiento de la otra lesión.

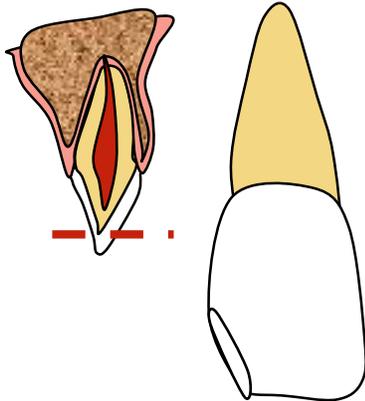
Resultados favorables esperados:

Diente asintomático.

Respuesta positiva a test de sensibilidad pulpar.

En dientes inmaduros, continuación de desarrollo radicular.

FRACTURA DE ESMALTE



Clínica: Fractura del esmalte (sólo), con pérdida de estructura.

Sin signos de dentina expuesta.

Se recomienda evaluar el diente para descartar injurias asociadas (luxación o fractura radicular, por ejemplo), especialmente si se detectan molestias en el diente.

Movilidad normal.

Respuesta positiva por lo general a test de sensibilidad.

Imágenes: Pérdida de esmalte se podría ver en la radiografía.

Radiografía recomendada: 1 radiografía paralelismo

*Si el trozo de diente fracturado no es encontrado y hay lesión en labio o mejilla se recomienda solicitar también radiografía de tejidos blando (para descartar presencia de trozo de diente u objetos extraños).

*Si el trozo se encuentra dejar en suero para posterior adhesión.

*En caso de signos o síntomas de potencial lesión combinada se podrían indicar radiografías adicionales

Tratamiento: *Si está disponible el fragmento de esmalte perdido, puede ser adherido con resina compuesta (procedimiento adhesivo en ambas superficies, adherir con cemento de resina compuesta, resina fluida o convencional).

En caso contrario, dependiendo de la extensión y ubicación se podrían pulir bordes cortantes o realizar restauración con resina compuesta.

Seguimiento: Control clínico y radiográfico luego de 6-8 semanas y 1 año.

*En caso de injurias asociadas, prevalece el régimen de seguimiento de la otra lesión (más extensos y seguidos).

Resultados favorables esperados:

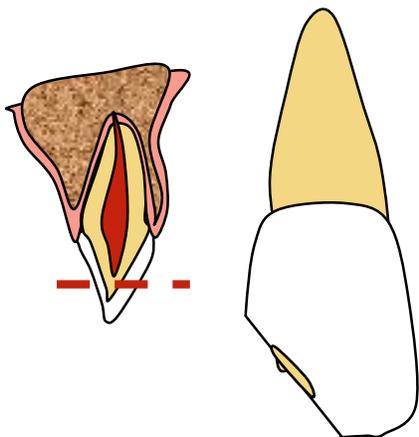
Diente asintomático.

Respuesta positiva a test de sensibilidad pulpar.

Restauración en óptimas condiciones.

En dientes inmaduros, continuación de desarrollo radicular.

FRACTURA DE ESMALTE Y DENTINA



Clínica: Fractura del esmalte y dentina, con pérdida de estructura.

Sin signos de tejido pulpar expuesto.

Se recomienda evaluar el diente para descartar injurias asociadas (luxación o fractura radicular, por ejemplo) especialmente si se detectan molestias en el diente.

Movilidad normal.

Respuesta positiva por lo general a test de sensibilidad.

Sin sensibilidad a la percusión o palpación.

Imágenes: Pérdida de esmalte y dentina visible en la radiografía.

Radiografía recomendada: 1 radiografía paralelismo

*Si el trozo de diente perdido no es encontrado y hay lesión en labio o mejilla se recomienda solicitar también radiografía de tejidos blando (para descartar presencia de trozo de diente u objetos extraños).

*Si el trozo se encuentra dejar en suero para posterior adhesión.

*En caso de signos o síntomas de potencial lesión combinada se podrían indicar radiografías adicionales

Tratamiento: *Si está disponible el fragmento de esmalte perdido, puede ser adherido con resina compuesta (procedimiento adhesivo en ambas superficies, adherir con cemento de resina compuesta, resina fluida o convencional). Si el fragmento está seco mantener en agua o suero por 20 minutos previo a la adhesión.

*Si el fragmento no está disponible, cubrir dentina expuesta con cemento de vidrio ionómero o con restauración adhesiva de resina compuesta.

*Si se observa tejido pulpar próximo (a 0.5 mm, se observa rosado, pero no sangra), aplique liner de cemento de hidróxido de calcio (esta recomendación la entrega la IADT, pero existe bastante evidencia que aplicar hidróxido de calcio no es necesario y en caso de serlo preferir cementos de silicato de calcio), cubrir este liner con cemento de vidrio ionómero.

*En caso de que realizar restauración temporal con vidrio ionómero, realizar su reemplazo lo antes posible.

Seguimiento: Control clínico y radiográfico luego de 6-8 semanas y 1 año.

*En caso de injurias asociadas, prevalece el régimen de seguimiento de la otra lesión (más extensos y seguidos).

Resultados favorables esperados:

Diente asintomático.

Respuesta positiva a test de sensibilidad pulpar.

Restauración en óptimas condiciones.

En dientes inmaduros, continuación de desarrollo radicular.

Resultados desfavorables:

Diente sintomático.

Diente con cambio de coloración.

Necrosis pulpar o infección

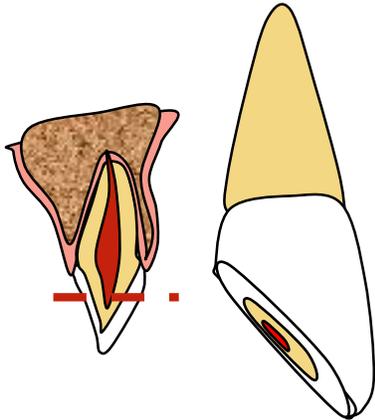
Periodontitis apical.

Sin continuación de desarrollo radicular

Pérdida de la restauración.

Reabsorción ósea marginal e inflamación periodontal.

FRACTURA DE ESMALTE, DENTINA Y PULPA (FRACTURA COMPLICADA)



Clínica: Fractura del esmalte, dentina, con tejido pulpar expuesto.

Se recomienda evaluar el diente para descartar injurias asociadas (luxación o fractura radicular, por ejemplo) especialmente si se detectan molestias en el diente.

Movilidad normal.

Tejido pulpar sensible a los estímulos (ej. Aire, frío, dulce)

Sin sensibilidad a la percusión o palpación (excepto en exposición pulpar).

Imágenes: Pérdida de esmalte y dentina visible en la radiografía.

Radiografía recomendada: 1 radiografía paralelismo.

*Si el trozo de diente perdido no es encontrado y hay lesión en labio o mejilla se recomienda solicitar también radiografía de tejidos blando (para descartar presencia de trozo de diente u objetos extraños).

*Si el trozo se encuentra dejar en suero para posterior adhesión.

*En caso de signos o síntomas de potencial lesión combinada se podrían indicar radiografías adicionales

Tratamiento: En pacientes con desarrollo radicular incompleto y ápices abiertos es de suma importancia preservar la vitalidad del tejido pulpar. Pulpotomía parcial (ver video, pulpotomía de Cvek) o recubrimiento pulpar directo se recomienda.

En pacientes con desarrollo radicular completo también se recomiendan tratamiento pulpar conservador (ej. Pulpotomía de Cvek).

Hidróxido de calcio no fraguable (polvo) o cemento de silicato de calcio que no provoquen cambio de coloración (ej. Biodentine) son adecuados para aplicar en contacto al tejido pulpar.

Si se requiere de una restauración con poste en diente con desarrollo radicular completo, la endodoncia sería el tratamiento adecuado en este caso.

*Si está disponible el fragmento de esmalte perdido, puede ser adherido con resina compuesta, luego de su rehidratación y tratamiento del tejido pulpar expuesto.

*Si el fragmento no está disponible cubrir dentina expuesta con cemento de vidrio ionómero o con restauración adhesiva de resina compuesta, luego de realizado tratamiento a tejido pulpar expuesto.

*En caso de que realizar restauración temporal con vidrio ionómero, realizar su reemplazo lo antes posible.

Seguimiento: Control clínico y radiográfico luego de 6-8 semanas, 3 meses, 6 meses y 1 año.

*En caso de injurias asociadas, prevalece el régimen de seguimiento de la otra lesión (más extensos y seguidos).

Resultados favorables esperados:

Diente asintomático.

Respuesta positiva a test de sensibilidad pulpar.

Restauración en óptimas condiciones.

En dientes inmaduros, continuación de desarrollo radicular.

Resultados desfavorables:

Diente sintomático.

Diente con cambio de coloración.

Necrosis pulpar o infección.

Periodontitis apical.

Sin continuación de desarrollo radicular

Pérdida de la restauración.

Reabsorción ósea marginal e inflamación periodontal.

RESUMEN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS GUÍAS IADT 2012 Y 2020

FRACTURAS CORONARIAS

1. Indicación de radiografías:

-se establece para todos los tipos de fracturas coronarias la indicación de solo una radiografía retroalveolar con técnica de paralelismo. Radiografías adicionales se indican sólo en caso de signos o síntomas de otras lesiones (la guía del 2012 para las fracturas coronarias con pérdida de tejido, recomendaba radiografía periapical, oclusal y radiografías excéntricas)

2. Tratamiento:

-en el caso de fractura de esmalte y dentina se indica que, si el fragmento se encuentra, se debe rehidratar en agua o en suero por 20 minutos antes de adherirlo (la guía del 2012 no daba detalles sobre la necesidad de rehidratar).

-Se hace énfasis que en los casos que se dejó una restauración temporal se reemplace por una restauración definitiva lo antes posible (la guía 2012 no lo menciona).

-en el tratamiento de fractura coronaria para diente con formación radicular completa se establece que las terapias de elección son las terapias pulpares conservadoras (ej. pulpotomía parcial o de Cvek, la guía 2012, decía que la endodoncia es usualmente el tratamiento de elección en estos casos). Además, incluye a los cementos de silicato de calcio que no cambian de coloración o tiñen el diente (ej. Biodentine) junto al tradicional hidróxido de calcio como posibles materiales para utilizar sobre la pulpa expuesta (la guía del 2012 solo mencionaba al hidróxido de calcio).

3. Seguimiento:

-pone énfasis en que si existe una injuria combinada (ej. fractura coronaria + luxación o fractura radicular) o existe sospecha de ello, prevalece el régimen de seguimiento de la luxación, el que probablemente será por más tiempo (guía del 2012 solo lo menciona en el caso de infracción, que no necesita seguimiento a menos que este asociado a otro tipo de lesión, en los otros diagnósticos no se menciona).

-En el caso de fractura coronario complicada se suman dos momentos más al seguimiento, a los 3 meses y a los 6 meses (aparte del seguimiento de 6-8 semanas y al año que ya existía en la guía 2012).

4. Resultados favorables:

-Se agrega como resultado favorable el tener una restauración de buena calidad para todas las fracturas con pérdida de estructura (la guía 2012 no hace mención).

-Se elimina el resultado favorable que tenía la guía 2012 “continuar en la próxima evaluación”, el cual no tenía mucho sentido y aparecía en todos los tipos de fracturas coronarias.

5. Resultado desfavorable:

- Se elimina el resultado desfavorable que tenía la guía del 2012: “Terapia endodóntica apropiada para el estado de desarrollo radicular”, el cual aparecía en todos los tipos de fracturas coronarias.
- Se agregan resultados desfavorables con respecto a la restauración: pérdida o deterioro de la restauración en los casos de fracturas coronarias que requieren restauración, esto no estaba mencionado en la guía del 2012.
- Se incluye como resultado desfavorable en el caso de fractura coronaria complicada el cambio de coloración, que tampoco se mencionaba en la guía del 2012.