

Revisiones Bibliográficas:

LESIONES TRAUMÁTICAS. CONDUCTA ODONTOLÓGICA

Recibido para arbitraje: 03/07/2006

Aceptado Para publicación: 13/06/2007

- **Yuni J. Salinas M* Ronald E. Millán I* Juan C. León M****

*Od. Esp. en Periodoncia, Egresado de Universidad del Zulia Venezuela, Miembro de la Sociedad Venezolana de Periodoncia Capitulo Zuliano.

**Od. Mag. Sct. en Administración del Sector Salud, Egresado de Universidad del Zulia Venezuela.

Queremos mostrar nuestra gratitud a la Dra. Ligia Pérez Castro, partícipe y responsable de todos los conocimientos y por todo su apoyo.

Resumen

En la cavidad bucal se pueden producir una variedad de lesiones de diferente etiología, por ello es muy importante que el odontólogo las identifique y conozca las consecuencias que ocasiona si no se previenen o tratan a tiempo. Se funda como premisa que el cuidado periodontal es, en esencia, labor del odontólogo general y que éste no puede pasar por alto la responsabilidad de proveer atención a todos los pacientes. La incidencia excesivamente elevada de los problemas periodontales entre la población, dificulta que un número reducido de especialistas los pueda enfrentar. Asimismo, el estrecho vínculo entre los tratamientos dentales restaurativos y los regimenes periodontales hace muy importante que el odontólogo general disponga de conocimientos a fondo sobre periodoncia. En la cavidad bucal se producen variedades de lesiones de origen traumático ya sea por injurias químicas, físicas y térmicas éstas representan una urgencia en Odontología. El propósito de este reporte es describir las diferentes presentaciones clínicas de dicha patología, su etiología, diagnósticos diferenciales y diferentes métodos de tratamiento, para valorar sus complicaciones y cuidados postoperatorios. Para ello se realizó basado en los lineamientos de la investigación descriptiva documental, una revisión de la literatura nacional e internacional.

Palabras Claves: trauma bucal, lesiones traumáticas, injurias físicas, injurias químicas, injurias térmicas

Abstract

A variety of different etiologies pathologies can affect the oral cavity, due to this reason, dentists must be able to identify them and their consequences if they are not treated on time. It is primordial for the general practitioner dentists the periodontal care of their patients. Among the population the periodontal diseases are very common and only a reduced number of specialists can treat them. The close relation between restorative dental treatments and periodontal treatment procedures lead to the tendency that de general practitioner has enough knowledge in the periodontal field. Among the variety of pathologic entities that affect the oral mucosa, that presents as ulcer and are really Traumatic lesions in its different types chemical injury, physical injury, thermal injury It is considered one of the emergencies in dentistry. Dentist must be able to recognize and treat them. The purpose of this research is to describe the possible etiologic agents, clinical features and treatment of this disease and also to recommend the multidisciplinary attention to these patient. For this paper was made a study based on the lineaments of the descriptive documental research, mainly with scientific bibliographic references literature national and international.

Keywords: Traumatic lesions, factious, iatrogenic, accidental, chemical injury, physical injury, thermal injury.

Introducción

Esta entidad se encuentra, en las enfermedades gingivales de la Classification of Periodontal Diseases and Conditions. En lesiones gingivales inflamatorias no inducidas por placa. (1) Se clasifican en daños o injurias químicas, físicas y térmicas.

- a. **Injurias Químicas:** Las reacciones gingivales por tóxicos son debidas a la aplicación local externa de sustancias en los tejidos, como la descamación de las mucosas inducida por clorhexidina, (2) quemadura por ácido acetilsalicílico, (3) quemaduras por cocaína, (4) y pirofosfato, detergentes, (sulfato de laurilsódico), fumadores de tabaco, betel y agentes blanqueadores o cáusticos. (5)

Otras lesiones químicas de los tejidos gingivales pueden ser causadas por el uso incorrecto de cáusticos por el odontólogo como el paraformaldehído, utilizado en la momificación del complejo dentinopulpar, puede extenderse la inflamación y necrosis de los tejidos gingivales, si la cavidad es sellada limitadamente, así como nitrato de plata, fenol o monómero procedente de resinas mal polimerizadas. (6,7) Habitualmente, el diagnóstico es obvio desde los hallazgos clínicos y la historia del paciente. A medida que aumenta la concentración de la sustancia y el tiempo de contacto con la mucosa, es más probable que ocurra necrosis por coagulación de la superficie. Esto determina la formación de un esfrascelo o membrana de color blanco. (5)

Como conducta a seguir se debe verificar que se haya eliminado la causa de la quemadura. Irrigar la quemadura con agua corriente en abundancia, durante 20 minutos o más, para asegurar el retiro de las sustancias químicas. Si el producto químico que originó la quemadura no es una sustancia en polvo, retírela de la zona con un cepillo suave, antes de irrigar el área. El intentar prevenir una complicación producida por agentes patógenos no debe ser premisa para administrar antimicrobianos orales ó sistémicos de entrada. Si hay sospecha de infección se realizarán cultivos y se pondrá el antimicrobiano específico para cada tipo de germen. Predominan los estafilococos, estreptococos y los gram negativos. Lo que se hace hoy en día es administrar penicilina, como profilaxis, a los pacientes con quemaduras al menos de 2° grado (en pacientes alérgicos a la penicilina se puede administrar eritromicina). En los pacientes que no están correctamente vacunados contra el tétanos se ha de aplicar profilaxis antitetánica. Otro tema importante y que preocupa al paciente es el dolor, por lo que se ha de administrar una correcta analgesia, e incluso si es preciso medicación ansiolítica. (8)

El objetivo perseguido con el tratamiento local es evitar la infección y conseguir la curación en las de espesor parcial y la supresión temprana de las escaras y la aplicación precoz de injertos en las de espesor completo. Dicho tratamiento comienza con el raspado y la limpieza de la superficie quemada lavándola con soluciones antisépticas (Clorhexidina) o detergente quirúrgico (povidona yodada), en condiciones lo más asépticas posibles. (8)

b. **Injurias Físicas:** Estas lesiones traumáticas pueden ser accidentales o resultar de procedimientos higiénicos y agentes bucales inapropiados, restauraciones dentales inadecuadas, instrucciones dentales mal asignadas, aparatos y bandas de ortodoncias, yatrogenias. Estas pueden producir una recesión gingival localizada, (9) abrasión por dentífricos, excesivas fuerzas durante el cepillado, y movimientos horizontales del cepillo contribuyen a la injuria gingival, denominándose lesión gingival ulcerativa traumática; mása común en niños incluso en paciente jóvenes y dos tercios de éstos parecen incluir las mujeres. (8) Estos pacientes presentan una exagerada higiene, con abrasión cervical del diente, y focos de infección, hasta pequeñas úlceras en las papilas interdentes, las cuales se deben diferenciar de la gingivitis necrosante, (10) en algunos casos debidas al inadecuado uso del hilo dental. (11) También pueden ser producidas por instrumentos. (12) Las lesiones pueden ser eritematosas, edematosas, o apariencia clara.

La inflamación gingival asociada a cuerpos extraños ha sido denominada como un tipo de gingivitis. Un estudio clínico de esta condición ha demostrado que ésta a menudo se presenta como una lesión dolorosa crónica con enrojecimiento o combinación con blanco frecuentemente diagnosticado como liquen plano. (13-14) Un microanálisis de rayos X de la gingivitis de cuerpos extraños demostró que la mayor parte de los cuerpos extraños identificados eran originados de material dental, constantemente abrasivos (13-14). Las quemaduras de primer grado sólo precisan de aplicación tópica de crema con corticoide y analgesia por vía oral; generalmente curan en 3-4 días. (8)

Otras vías para introducir sustancias externas dentro de los tejidos propiamente inflingidas por heridas como masticar madera o la propia inducción de un tatuaje. (15) Es a menudo, dificultoso establecer un diagnóstico correcto basado en hallazgos clínicos y la identificación del agente agresor. Otra causa serían quemaduras térmicas como la electricidad, que puede ser muy grave. Se produce en niños que muerden cables eléctricos, lo que produce una lesión inicial, con frecuencia simétrica, y daño tisular importante, que al cicatrizar reduce el tamaño de la apertura bucal. La conducta a seguir es tratar de disminuir la ansiedad, calmar al paciente, luego mediante agua fría, no helada, evitar la inflamación. (8)

c. **Injurias Térmicas:** Si bien, las quemaduras térmicas de la mucosa bucal son muy raras, las quemaduras menores particularmente por bebidas calientes son vistas frecuentemente. La predilección del área bucal es el paladar duro y mucosa labial, y algunas veces se involucra la encía. (16) Cuando es líquido, la zona predilecta es la lengua o el paladar blando, en estos casos las lesiones son eritematosas, a diferencia de las lesiones blancas (necróticas) observadas en las quemaduras químicas. (5)

El área implicada es dolorosa, eritematosa, las vesículas pueden surgir, (17,18) y algunas veces la lesión se presenta como petequias o erosión. Indiscutiblemente, la historia es importante para establecer el diagnóstico correcto. (8)

Las causas comunes son el café caliente, pizza y queso fundido, y tratamientos dentales que involucran el manejo inapropiado de materiales de impresión hidrocoloide caliente, cera caliente, o instrumentos cáusticos es otra de las causas. (16) La conducta a seguir es tratar de disminuir la ansiedad, calmar al paciente, luego mediante agua fría, no helada, evitar la inflamación. No se recomienda romper las ampollas, se facilitaría la infección, a menos de desinfectar la zona previamente, retirar los tejidos o restos de tejido presentes, aplicar spray, loción, pomada anestésica o bactericidas una vez que haya disminuido la sensación de calor de la quemadura. Las quemaduras leves usualmente se curan en 1 o 2 semanas sin

tratamiento adicional, pero es necesario buscar signos que sugieran su posible infección (fiebre, dolor, supuración de la herida). (8)



Figura 1: Injuria Química por tratamiento de blanqueamiento dental con peróxido de hidrógeno al 15%, en encía de los dientes anteriores maxilares y mandibulares en paciente adulta que asiste a consulta



Figura 2: Injuria Física por traumatismo de mordedura en la zona de la mucosa del carrillo derecho en paciente joven que asiste a consulta con tratamiento ortodóncico



Figura 3: Injuria Física por traumatismo de accidente automovilístico, con intrusión y rotación del incisivo central maxilar derecho, con pérdida del incisivo lateral maxilar izquierdo, en paciente adolescente que asiste a consulta



Figura 4: Injuria Física por traumatismo de mordedura en la zona de la mucosa del labio inferior en paciente adulto con mala posición dentaria que asiste a consulta

LESIONES EN MUCOSAS TRAUMÁTICAS

LESIONES EN MUCOSAS TRAUMÁTICAS	
Etiología	Traumatismos de tipo físico, térmico, químico y asociaciones.
Descripción General	Las lesiones pueden ser eritematosas, edematosas, o apariencias blancas. Las lesiones pueden exhibir combinaciones de varios hallazgos clínicos. Es otro tipo de reacción de los tejidos. Se establece a través de la ulceración epitelial, la cual permite la entrada de materiales externos dentro del tejido conectivo gingival. Puede ocurrir por vía de abrasión o herida. La inflamación gingival asociada a cuerpos extraños ha sido denominada como un tipo de gingivitis.

Fuente: Protocolo Terapéutica de Lesiones Periodontales de Evolución Aguda. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Venezuela (26)

[Haga clic aquí para ver la imagen completa](#)

Discusión La mucosa bucal aplastada por traumatismos mecánicos aparece en ocasiones como lesión blanca esfacelada sobre las encías (19-20) u otras zonas bucales. El antecedente traumático resulta el diagnóstico. En algunos casos se trata de autolesiones encaminadas a la obtención de narcóticos o debidas a problemas psicológicos. (21) los pacientes con resistencia disminuida a causa de enfermedades sistémicas pueden experimentar enfermedades secundarias o gangrena en estas zonas de lesión. Por tanto, si la gravedad de una lesión traumática no parece proporcional a la intensidad del traumatismo responsable, hay que sospechar enfermedad sistémica subyacente.

Las quemaduras químicas suelen deberse a la ingesta de analgésicos, por ejemplo aspirina o paracetamol, que el paciente deja reposar sobre la mucosa adyacente a un diente doloroso. Otros casos pueden deberse a la aplicación de medicamentos cáusticos sobre una lesión por parte del odontólogo. Los drogadictos, por ejemplo cocainómanos, que se aplican sustancias sobre las localizaciones predilectas de la mucosa bucal, también presentan estas lesiones. Se observará una fina descamación laminar blanca en la mucosa bucal de los pacientes que solicitan tratamiento odontológico tras largos períodos de descuidos. Éstos reconocen el abuso de colutorios potentes, dentífricos y cepillado vigoroso inmediatamente antes de sus citas (22-24). La importante concentración de diversos agentes ha provocado una "quemadura" mucosa superficial. El esfacelo en dichos casos será mucho más leve y diseminado que las reacciones más localizadas que corresponden a las tabletas analgésicas.

El aspecto clínico de la mayoría de estas quemaduras depende de la gravedad de la lesión tisular. Las quemaduras leves crónicas suelen producir lesiones blancas queratósicas, mientras que las agresiones intermedias pueden producir mucositis localizada. Las quemaduras más intensas coagulan la superficie del tejido y producen una lesión blanca difusa. Si la coagulación es importante, el tejido puede desprenderse, dejando una superficie dolorosa hemorrágica y cruenta. La mejor manera de identificar estas lesiones es una buena anamnesis.

El tratamiento de las quemaduras químicas consiste en la aplicación de una capa protectora, por ejemplo de benzocaína oral (Orabase), e iniciar una dieta blanda. Pueden administrarse analgésicos sistémicos si hay dolor.

Las lesiones químicas o por fármacos pueden producir regiones blancas necróticas y rojas sobre fondo eritematoso, dependiendo de la gravedad de la lesión. Pueden provocarse quemaduras térmicas cuando el paciente ingiere alimentos o bebidas muy calientes. Dependiendo de la gravedad de las mismas, la lesión puede ser roja (eritematosa) y blanca (profundamente necrótica) o blanca (levemente necrótica).

Las úlceras y estomatitis aftosas muestran de forma características úlceras con centros necróticos blancos o amarillos serofibrinosos y bordes rojos bien definidos.

Los traumatismos por aplastamiento producen diversas imágenes clínicas, una de las cuales consiste en una reacción eritematosa y necrótica combinada. Pueden observarse manchas o bordes rojos cuando se produce inflamación o pérdida importante de tejido superficial. Las lesiones exofíticas están sujetas a traumatismos y pueden mostrar necrosis superficial.

La candidiasis pseudomembranosa muestra de forma característica una superficie necrótica con componentes inflamatorios rojos alrededor de la pseudomembrana necrótica. Se producen zonas hemorrágicas cuando se arrancan las lesiones necróticas.

La gingivitis necrosante afecta sobre todo a las papilas interdentarias y a las encías marginales. Aunque la necrosis es el aspecto más importante del trastorno, se aprecian diversos grados de eritema (enrojecimiento) alrededor de los márgenes necróticos.

El granuloma piogéneo suele ser rojizo y presenta una mancha necrótica de tamaño variable en su superficie. La identificación de un irritante crónico suele contribuir al diagnóstico de presunción.

En los casos leves a moderados la mucositis alérgica muestra una placa roja inflamatoria. En los graves, presenta también un componente blanco necrótico.

La xerostomía tiene una importancia variable y puede dar lugar a mucositis eritematosa generalizada. En los casos graves, puede producirse necrosis, observándose una imagen roja y blanca diseminada.

La mucositis por radiación, dependiendo también del estadio y la gravedad, puede mostrar componentes necróticos y eritematosos diseminados en forma de manchas por toda la mucosa oral. También puede haber ampollas de color blanco antes de su rotura. Su historia suele resultar diagnóstica.

La mucositis por quimioterapia suele mostrar manchas rojas por toda la cavidad bucal. Aunque puede existir también necrosis, no suele ser tan importante en la mucositis por quimioterapia como lo es en la forma debida a radiación.

Los elementos importantes en el diagnóstico diferencial son (25):

- General: autoinflingido (facticio), iatrogénico, o accidental.
- Lesión mecánica de la encía por remedios para la salud bucal, instrumentos dentales o restauraciones.
- Lesión química: aplicación local de ciertos químicos, tales como ácido acetilsalicílico, cocaína, pirofosfato, detergentes, tabaco para mascar, agentes blanqueadores.

- Lesión térmica, por ejemplo por alimentos calientes (pizza, café).

El daño por radiaciones ionizantes: mucositis. Comienza a los 8-15 días de iniciar la radioterapia con hiperemia difusa y sensación urente. Después se produce la necrosis epitelial, que se manifiesta como placas blanquecinas que al desprenderse dejan úlceras dolorosas que pueden sobreinfectarse. La intensidad de las lesiones depende de la dosis, de la zona irradiada y del estado inmunológico del sujeto. La aparición de infecciones oportunistas es un hecho frecuente favorecido por la hiposialia, y en más del 60% de los casos se deben a *Candida albicans*. (7)

Referencias

1. International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions: Annals of Periodontology. 1999. (4) 1, 1-112.
2. Almqvist H; Luthman J.: Gingival and mucosal reactions after intensive chlorhexidine gel treatment with or without oral hygiene measures. Scandinavia Journal Dental Research 1988 (96) 557-560.
3. Najjar TA: Harmful effects of "aspirin compound" Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1977 (44), 64-70.
4. Dello Russo NM; Temple HV: Cocaine effects on gingiva. Journal American Dental Association 1982 (104) 13.
5. Regezi JA; Sciuba JJ: Oral Pathology Clinical-Pathologic Correlations WB Saunders, Philadelphia 1999.
6. Di Felice R; Lombardi T: Gingival and mandibular bone necrosis caused by a paraformaldehyde-containing paste. Endodontia Dental Traumatology 1998 (14) 196-198.
7. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración: Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y guía práctica. Editorial Médica Panamericana. Caracas 2.005
8. Lindhe J, Karring Lang: Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4º Edición. Editorial Médica Panamericana. Caracas 2.005
9. Smukler H; Landsberg J: The toothbrush and gingival traumatic injury. Journal of Periodontology 1984 (55) 713-719.
10. Axéll T, Koch G. (1982) Traumatic ulcerative gingival lesion. Journal Clinical of the Periodontology 9, 178-183.
11. Gillette WB; Van House RL: III effects of improper oral hygiene procedures. Journal American Dental Association 1980 (10) 1, 476- 481.
12. Pattison GL: Self-inflicted gingival injuries; Literature review and case report. Journal of Periodontology 1983 (54), 299-304.
13. Gordon SC; Daley TD: Foreign body gingivitis. Identification of the foreign material by energy-dispersive x- ray microanalysis. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endod. 1997a (83) 571-576.
14. Gordon SC; Daley TD: Foreign body gingivitis. Clinical and microscopic features of 61 cases. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Radiology Endod 1987b (83) 562-570.
15. Gazi MI: Unusual pigmentation of the gingiva. Report of two different types. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1986 (62) 646-649.

16. Colby RA; Kerr DA; Robinson HBG: Color Atlas of Oral Pathology. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1961.
17. Laskaris G: Color Atlas of Oral Diseases. Stuttgart: Georg thieme Verlag; 1994
18. Laskaris G: Oral manifestations of infectious diseases. Dent. Clin. North Am. 1996; 40 (2): 395-423.
19. Norman K. Wood; Goaz Paul W. diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª edición Harcourt Brace. Madrid España. 1999
20. Pattison GL. Self-inflicted gingival injuries: literature review and case report. J. Periodontol, 1983. 54: 299
21. Shiloah J, Lee WB, Binkley LH. Self-inflicted oral injuries to secure narcotic drugs. J. Am. Dent. Assoc, 1984. 108: 977-978
22. Gagari G, Kabani S. Adverse effects of mouthwash use: a review. Oral Surg1995. 80: 432-439.
23. Kowitz GM, Lucarto FM, Cherrick HM. Effects of mouthwashes on oral soft tissues. J. Oral. Med. 1976. 31: 47-50.
24. Rubright WC, Walter JA, Karlsson UL, Diehl DL. Oral slough caused by dentifrice detergents and aggravated by drugs with antisialic activity. J. Am. Dent. Assoc. 1978. 97: 215-220.
25. Hans-Peter Mueller: Periodontología. Prólogo de Thomas M. Hassell. Editorial Manual Moderno, México 2006
26. Salinas M YJ: Protocolo Terapéutica de Lesiones Periodontales de Evolución Aguda. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Venezuela. Maracaibo, 2004 125-133.