



PROTOCOL ODONTÀLGIA

Data: març 2004

**Responsable manteniment:
Albert Juvany i Blanch**

**Anna Ribas i Casals
Directora ABS Sta Eugènia de Berga**

Arxiu informàtic: Au!Gènia Digital > Protocols

HISTÒRIA CLÍNICA

MOTIU DE CONSULTA

PROVES COMPLEMENTÀRIES

ANAMNESI

- Temps d'evolució
- Intensitat del dolor
- Qualitat del dolor
- Localització
- Agents desencadenants del dolor:
 - Espontani
 - Provocat
 - Estímuls tèrmics
 - Estímuls químics
 - Estímuls mecànics
 - Després o durant les ingestes
 - Posició del pacient (p.e. decúbit)
- Situacions que calmen el dolor
 - Espontani
 - Agents tèrmics
 - Agents mecànics
- Possibles tractaments recents o no de tipus odontològic

- Radiografies
 - Intraorals
 - Extraorals
 - Panoràmica (fractures condilars, del cos i branca ascendent mandibular)
 - Altres projeccions per descartar altra tipus de fractures (frontal, naso-mentoplaca, lateral de crani,...)
- Proves de vitalitat polpar tèrmiques o elèctriques (en cas de dentició temporal pot haver-hi resposta errònia a aquest tipus de proves)
- Percussió dentària
- Palpació

En cas que existeixi un antecedent traumàtic recent, també caldrà recollir en l'anamnesi els aspectes següents:

- Cronologia exacta del traumatisme
- Intensitat de l'agent traumàtic
- Direcció del traumatisme
- Zona del traumatisme
- Característiques del medi (zona neta o altament contaminada)
- Estat de vacunació del traumatitzat

EXPLORACIÓ

- Exploració extrabucal
 - Asimetries
 - Lesions teixits tous
 - Presència d'adenopaties
 - Exploració articulacions
- Exploració intraoral
 - Exploració mucosa bucal
 - Exploració dentària

1. PATOLOGIA PULPO-PERIAPICAL

1.1. *Pulpitis reversible*

Es tracta d'un procés purament inflamatori del teixit conjuntiu polpar.

Causes:

- càries poc profundes
- posteriorment a la realització d'una obturació
- exposicions de túbuls dentinaris com a conseqüència d'exposició radicular, d'abrasions, atricions, fractures no complicades de corona o després de tallats protèsics
- recidives de càries

Pot ser asimptomàtica però quan dona clínica pot manifestar-se amb dolor intens que el pacient localitza perfectament de curta evolució (uns segons, mentre dura l'estímul) provocat sobretot per agents tèrmics (fred principalment, i calor) o químics (àcids o sucres).

No es requereix tractament farmacològic i s' aconsellarà evitar agents desencadenants del dolor així com es remetrà el pacient a l'odontòleg per tal de realitzar la protecció del complex pulpo-dentinari en cas que l'origen sigui patològic. També es pot aconsellar l'ús temporal de pastes de dents desensibilitzants.

1.2. *Pulpitis irreversible*

Generalment es produeix com a conseqüència d'una pulpitis reversible no tractada. Pot tractar-se d'una inflamació polpar asimptomàtica però generalment cursa amb dolor intens espontani o provocat per agents químics o tèrmics de minuts de duració que no calma quan es retira l'agent dolorós. El pacient localitza perfectament la zona dolorosa. A mesura que el procés s'allarga en el temps el dolor pot tornar-se més difús cosa que dificulta la localització per part del pacient.

L'exploració mostra una resposta augmentada amb estímuls tèrmics (generalment fred) en una dent amb una càries extensa o bé amb una obturació realitzada. Quan l'aplicació de calor provoca més dolor que el fred caldrà sospitar en la presència de microabscessos polpars sobretot en la part més coronal de la càmera polpar.

És habitual en nens la forma de pulpitis hiperplàssica com a conseqüència de la cronificació del procés. En aquest cas s'observa la presència d'una massa de teixit conjuntiu que sobresurt d'una gran cavitat existent principalment en primers molars permanents. Sol ser asimptomàtica tot i que el simple contacte amb la massa hiperplàssica provoca dolor.

El tractament farmacològic consisteix en l'administració d'antiinflamatoris únicament. Només quan es sospita component infecció caldrà iniciar antibioticoteràpia combinada amb l'ús d'AINE. Sovint resulta difícil establir la diferència entre la forma purament inflamatòria i la infecciosa.

En qualsevol cas remetrem el pacient a l'odontòleg per tal que s'efectui una biopulpectomia total (extirpació polpar i obturació de conductes radiculars). En cas de pulpitis aguda es

recomana practicar desvitalització d'urgència per calmar el dolor i igualment iniciar tractament farmacològic.

1.3. Necrosi polpar

Representa l'aturada dels processos metabòlics de la polpa. Es tracta d'una entitat totalment asimptomàtica en la seva forma pura. Així doncs, no representarà mai una urgència sempre i quan no aparegui combinada amb una altra patologia.

L'exploració pot mostrar una càries profunda o bé una gran obturació en una dent que no respon a estímuls tèrmics ni mecànics i tampoc hi ha palpació dolorosa vestibular. Cal comprovar sempre la resposta amb la dent contralateral. Sovint, les dents necròtiques apareixen amb una coloració grisa en comparació amb les altres, tot i que una coloració més fosca també pot tenir un origen fisiològic o ser conseqüència d'un tatuatge per materials d'obturgació metàl·lics o tractaments de conductes efectuats amb anterioritat.

1.4. Periodontitis apical aguda

Generalment és conseqüència d'una pulpitis irreversible no tractada que ha evolucionat a necrosi polpar i hi ha hagut pas de gèrmens o toxines a l'espai periapical. Pot tractar-se també d'una reacció a un contacte prematur, un traumatisme, una sobreinstrumentació o sobreobturgació iatrogènica, un fracàs d'una terapèutica endodòncica o una resposta inflamatòria després d'un tractament endodòncic correcte.

El pacient refereix sensació de dent llarga i no hi ha resposta amb estímuls tèrmics a no ser que ni hagi component infecció cosa que faria augmentar el dolor amb l'aplicació de calor. El dolor és molt intens, de llarga evolució, aparició espontània i s'exagera amb el contacte amb la dent antagonista. En el cas de periodontitis apical aguda supurada, el calor i la posició en decúbit augmenten el dolor de tipus pulsàtil. La localització del dolor sol ser difícil fins el punt que sovint el pacient pot referir dolor maxil·lar quan en realitat la dent problema es manibular. És habitual la presència de dolor irradiat a zona temporal i retroauricular.

Radiogràficament no hi haurà canvis a no ser que es tracti de l'agudització d'un procés crònic. Pot observar-se, però, un lleuger aixamplament de l'espai periodontal (només observable en radiografies intraorals, en cap cas en projeccions panoràmiques).

El tractament d'urgència consistirà en el drenatge d'exudat serós o purulent a través del conducte radicular i en l'administració d'antibiòtic, antiinflamatori i analgèsic potent. Caldrà remetre el pacient a l'odontòleg per tal que es practiqui tractament de conductes radiculars.

1.5. Periodontitis apical crònica

En cas que es cronifiqui la situació de pas de toxines i gèrmens a l'espai periapical donarà lloc a una periodontitis apical crònica amb destrucció tissular òssia periapical.

El dolor serà intens, pulsàtil, d'aparició espontània i augmentarà amb el contacte, l'aplicació de calor i el decúbit. La palpació vestibular és dolorosa així com la percussió de la dent. La dent sol presentar mobilitat i no respon a proves de vitalitat polpar. Radiogràficament serà objectivable la presència de zona d'osteolisi periapical.

La zona vestibular pot mostrar la presència de col·lecció purulenta fluctuant que sovint presenta fistula. En presència de fistula pot no haver-hi dolor ja que es produeix descompressió de l'espai periapical per drenatge.

El tractament d'urgència consistirà en el drenatge de la col·lecció purulenta a través del conducte radicular. En casos extrems pot ser necessari desbridament per via mucosa. El tractament farmacològic consistirà en antibioticoteràpia i antiinflamatoris. Caldrà remetre el pacient a l'odontòleg per tal que es practiqui tractament de conductes radiculars.

1.6. Cel·lulitis

En casos avançats pot arribar-se a l'afectació del teixit cel·lular subcutani per progressió del procés infectiu a través dels espais cel·lulars facials i cervicals. Caldrà fer una valoració de l'extensió del procés i considerar com a risc vital l'extensió a coll, elevació del terra de la boca, oligofàgia i disfàgia, trismus o dísnea. Les cel·lulitis que revesteixen perill per la vida del pacient són aquelles que es propaguen a regió mandibular, sublingual suprahoidea i a l'espai pterigomandibular. S'acompanyen d'afectació de l'estat general.

2. PATOLOGIA PARODONTAL

2.1. Abscés parodontal

Es tracta d'un procés que afecta teixits de suport de la dent i és important fer el diagnòstic diferencial amb les entitats que donen lloc a patologia pulpo-periapical.

El pacient refereix dolor d'aparició espontània i sobretot a la masticació. La intensitat del dolor és variable però no sol ser tan exagerada com en cas de periodontitis apicals.

L'exploració revela zona de tumefacció vestibular menys o menys circumscrita que pot acompanyar-se de fistula i segons el grau d'evolució de la patologia pot veure's drenatge espontani d'exudat purulent o sanguinolent a través del solc gingival. Existeix també mobilitat dentària per la qual cosa la percussió és dolorosa.

Per diferenciar-la de processos apicals caldrà fer proves de vitalitat polpar, de manera que en aquest cas la dent respondrà positivament a l'aplicació de fred local cosa que no existeix en processos purament apicals. En determinades ocasions ens trobem davant d'una patologia combinada endo-periodontal la qual donarà lloc a una clínica mixta entre les dues entitats: les característiques clíniques de l'abscess parodontal unit a l'absència de vitalitat polpar.

El tractament consisteix en l'administració d'antibiòtic específic per flora anaeròbia i que presenti una eliminació a través del solc gingival. L'associació d'espíramicina i metronidazol sol ser d'elecció combinat amb acurada higiene oral i utilització d'antisèptic en forma de glopejos a base de clorhexidina. En cas necessari, depenent de la gravetat del procés, pot practicar-se desbridament de la zona tumefacta.

2.2. Pericoronaritis

Es tracta d'un procés inflamatori a vegades amb component infecció dels teixits circumdants a la dent que cursa amb dolor intens, difús, difícilment localitzable per part del pacient d'aparició espontània i que s'exagera després de les ingestes amb episodis repetitius en el temps. El dolor sol irradiar-se a coll, oïda, amígdales i cos mandibular. Sol estar associat a l'erupció del tercer molar.

L'exploració mostra una geniva pericoronària turgent, hipertròfica, desenganxada de la dent i sovint s'observa drenatge de líquid sanguinolent i/o purulent a través del solc gingival. Sol haver-hi dificultat a la masticació i deglució i molt sovint s'acompanya de trismus. Caldrà fer palpació per constatar la presència d'adenopatia submandibular la qual acompanya habitualment el procés.

L'exploració radiogràfica mostrarà el tercer molar sense possibilitat d'erupció completa i probablement una zona de lisi òssia retromolar.

El tractament consisteix en l'administració d'una associació d'espíromicina i metronidazol, antiinflamatoris i glopejos amb líquid antisèptic a base de clorhexidina. Caldrà remetre el pacient a l'odontòleg per tal que, una vegada refredat el procés, valori la necessitat d'extracció del tercer molar ja que els episodis es succeiran periòdicament degut a la impossibilitat per erupcionar del cordal.

2.3. *Gingivitis ulceronecrotitzant aguda*

Es tracta d'una infecció oportunista d'origen bacterià que afecta la geniva. Pot aparèixer com a signe inicial de diverses enfermetats amb compromís sistèmic.

El pacient refereix dolor intens de forma generalitzada ja que habitualment cursa amb afectació de la totalitat de la mucosa gingival. Clínicament s'observen lesions gingivals d'aspecte necròtic cobertes per un material blanc grogós als vèrtexs de les papil·les interdentàries. Aquestes papil·les es mostren decapitades i rodejades de teixit gingival eritematós. Es produeix sagnat amb la simple aplicació d'aire o el mínim contacte físic. És característica l'halitosi i l'aparició d'adenopaties submandibulars. Pot haver-hi febre i sensació de malestar general.

Condicions sistèmiques com la leucèmia, desnutrició, enfermetats debilitants, intoxicació per metalls, efectes colaterals de la radio o quimioteràpia, SIDA, enfermetat renal avançada, síndrome de Down o tractaments amb esteroides augmenten el risc d'aparició d'aquesta entitat.

El tractament requereix l'eliminació de restes d'aliments, teixits necròtics i acumulació tartàrica i ús d'anestèsics locals. Cal recomanar glopejos d'una part d'aigua oxigenada al 3% per una part d'aigua tèbia cada dues o tres hores i higiene oral acurada. Dos dies després pot iniciar-se l'eliminació de residus per part de l'odontòleg. Es prescriuran, així mateix, analgèsics i, en cas de compromís sistèmic o no efectivitat del tractament local, també es donaran antibiòtics per via oral.

3. TRAUMATOLOGIA DENTÀRIA

3.1. Lesions de teixits dentaris

3.1.1. Infracció coronària

3.1.2. Fractura coronària

- D'esmalt
- D'esmalt i dentina
 - Complicada
 - No complicada

3.1.3. Fractura corono-radicular

- Complicada
- No complicada

3.1.4. Fractura radicular

- Complicada
- No complicada

3.2. Lesions de teixits periodontals

3.2.1. Concussió

3.2.2. Subluxació

3.2.3. Luxació

Intrusiva

Extrusiva

Lateral

3.2.4. Avulsió

3.3. Lesions de teixits tous

3.4. Lesions de teixits ossis

4. PATOLOGIA ÒSSIA

Es tracta d'una complicació tardana de l'extracció dentària que sol aparèixer en el 95% dels casos en arcada inferior degut, principalment, a la més pobre irrigació òssia mandibular. Els factors desencadenants de l'aparició de l'alveolitis poden ser una recent extracció dentària complicada o excessivament traumàtica, l'ús d'anestèsia infiltrativa amb vasoconstrictor, presència d'espícules òssies no unides al periosti o la realització de glopejos violents immediatament després de l'exodòncia.

El pacient refereix molt dolor, no immediat a l'extracció, sinó dies després. La qualitat del dolor és lancinant, agut i exagerat durant la ingesta i masticació. En quadres supuratius el dolor és menor que en l'alveolitis seca ja que el material purulent cobreix la superfície òssia denudada. El dolor pot prolongar-se una o dues setmanes.

4.1. Alveolitis seca

A l'exploració clínica s'observa alveol buit, una cavitat grisosa sense teixit de granulació i aspecte brillant

4.2. Alveolitis supurada

Apareix com a conseqüència d'una sobreinfecció del quall que omple l'alveol. A l'exploració s'observen formacions purulentes i la pressió de les corticals provoca sortida de pus. És característica la mala olor que prové de la zona infectada.

TRACTAMENT

El tractament d'urgència consisteix en rentat de la cavitat òssia exposada amb solució fisiològica estèril tèbia i col·locació d'apòsit estèril iodoformat al 5% i impregnat d'eugenol. En tot cas es pot fer un rentat i col·locació de gel de clorhexidina al 0,2%. El procediment es repetirà a les 24 hores si el quadre persisteix.

El tractament farmacològic consisteix en antibioticoteràpia amb amoxicil·lina i clavulànic i analgèsics. Caldrà recomanar no realitzar glopejos amb líquid o col·lutoris de forma violenta.

PATOLOGIA PULPAR

	<i>Pulpitis reversible</i>	<i>Pulpitis irreversible</i>	<i>Necrosi polpar</i>
CONCEPTE	- Inflamació del teixit conjuntiu polpar de caràcter reversible	- Inflamació del teixit conjuntiu polpar de caràcter irreversible cosa que implicarà l'exèresi de totalitat de la polpa dentària	- Aturada dels processos metabòlics polpars i posterior degradació del teixit conjuntiu polpar
ETIOLOGIA	- Càries poc profundes - Posteriorment a la realització d'una obturació - Exposició de túbuls dentinaris per processos destructius no cariogènics (atrició, abrassió, exposició radicular,...) o per tallats protètics - Recidives de càries	- Evolució d'una pulpitis reversible - Conseqüència d'un acte odontològic iatrogènic per sobreescalfament de la polpa dentària - Conseqüència d'un acte odontològic no iatrogènic en cas d'existir una pulpitis reversible en fase avançada	- Evolució d'una pulpitis irreversible - Conseqüència d'un acte odontològic iatrogènic per sobreescalfament de la polpa dentària - Conseqüència d'un acte odontològic no iatrogènic en cas d'existir una pulpitis irreversible en fase avançada
ANAMNESI	- Dolor intens de poca duració (segons) que remet al desaparèixer l'estímul - Dolor amb estímuls químics (sucres i àcids) i tèrmics (fred sobretot i calor)	- Dolor agut molt intens provocat per agents químics, tèrmics o d'aparició espontània - El dolor no cedeix una vegada desapareix l'estímul desencadenant sinó que dura minuts o hores - Dolor molt ben localitzat. En fases avançades es torna difús - El dolor pot ser pulsàtil en pulpitis purulentes (desencadenat sobretot per calor)	- Assintomàtic si no hi ha afectació periapical
EXPLORACIÓ	- Cavitatció de petit tamany, exposició dentinària, tallats protètics, processos destructius no cariogènics - Proves de vitalitat lleugerament augmentades respecte dents veïnes (dolor de curta duració davant estímuls tèrmics) - Percussió negativa - RX: radiolucidesa corresponent a cavitatció de teixit dentari	- Cavitatció teixits durs dentaris o presència d'una obturació - Proves de vitalitat +++ (dolor de llarga duració amb estímuls tèrmics) - Si el dolor provocat és major amb l'aplicació de calor cal suposar component infecció - Percussió negativa - RX: radiolucidesa corresponent a cavitatció de teixit dentari	- Cavitatció de teixits durs dentaris o obturació realitzada - Pot aparèixer coloració més fosca en la corona dentària (cal no confondre amb tatuatge per amalgama de plata)
TRACTAMENT	- Recomana evitar exposició a agents desencadenants - Remetre a odontòleg per protecció del complex pulpodentinari (obturació, aplicació de fluorurs o adhesius dentinaris, col·locació corona protètica,...)	- Recomana evitar agents desencadenants - Remetre a odontòleg per realització de biopulpectomia total	- Remetre a odontòleg per tractament de conductes radiculars
TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	- No tractament farmacològic - Pot recomanar-se l'ús de dentíficis fluorats	- AINE - En cas de sospitar component purulent AINE + antibiòtic	- No tractament farmacològic

PATOLOGIA PERIAPICAL

	Periodontitis aguda	Periodontitis crònica
CONCEPTE	- Inflamació de l'espai periapical amb component serós o purulent	- Cronificació del pas de toxines i gèrmens a l'espai periapical que d'alguna forma ve compensada per l'organisme i no dóna clínica important si no és en cas d'agudització
ETIOLOGIA	- Pas de toxines i gèrmens a l'espai periapical en una situació de necrosi polpar - Posterior a tractament endodòncic per inflamació fisiològica reparativa - Reacció a contacte prematur - Traumatisme - Sobreinstrumentació o sobreobturació endodòncica iatrogènica	- Cronificació de la infecció periapical en la qual el pas de toxines i gèrmens a aquest nivell està compensada amb la resposta de defensa de l'organisme - Qualsevol procés que impliqui descompensació entre defenses de l'organisme i el procés patològic desencadenarà agudització del procés sempre i quan no existeixi un segellat apical
ANAMNESI	- Dolor molt intens de llarga duració, continu, ben localitzat, d'aparició espontània que s'exagera amb el contacte amb l'antagonista i la posició en decúbit. - A més component purulent, el dolor es torna pulsàtil i intensíssim amb l'aplicació de calor i en decúbit - L'aplicació de fred local pot calmar el dolor - Sensació de "dent llarga"	- Pot ser asimptomàtic en presència de fistula - En cas d'agudització del procés la clínica serà la que s'ha comentat en periodontitis aguda amb component infecció - El pacient refereix episodis d'inflor de la zona vestibular que coincideixen amb dolor i que cessa quan hi ha un drenatge espontani
EXPLORACIÓ	- Proves de vitalitat polpar negatives - Lleugera mobilitat dentària - Percussió i palpació positives - Tumefacció vestibular segons grau evolució - Exploració radiològica: no imatge d'osteolisi periapical (pot haver-hi lleuger aixamplament del lligament periodontal no objectivable en radiografies panoràmiques). En cas d'agudització de procés crònic es podran veure imatges d'osteolisi	- Proves de vitalitat polpar negatives - Percussió positiva o negativa - Palpació positiva - Fistula - Mobilitat dentària - Exploració radiològica: imatge d'osteolisi periapical
TRACTAMENT	- Tractament d'urgència: · drenatge cameral · tractament farmacològic - Remetre a odontòleg per tractament de conductes radiculars - Recomanar evitar calor local i decúbit	- En cas d'agudització es manejarà com a periodontitis aguda - Remetre a odontòleg per tractament de conductes radiculars
TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	Analgèsics i antiinflamatoris Antibiòtic · amoxicil·lina 750 mg – 1 g /8 h/8 dies · amoxicil·lina + clavulànic · penicil·lina IM (?) <i>Al·lèrgics</i> · clindamicina 300 mg/8 h/8 dies · eritromicina 500 mg/8 h/8 dies	Analgèsics i antiinflamatoris Antibiòtic · amoxicil·lina 750 mg – 1 g /8 h/8 dies · amoxicil·lina + clavulànic · penicil·lina IM (?) <i>Al·lèrgics</i> · clindamicina 300 mg/8 h/8 dies · eritromicina 500 mg/8 h/8 dies

PATOLOGIA GINGIVAL

	ANAMNESI	EXPLORACIÓ	TRACTAMENT
Abcés parodontal	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor a la masticació - El dolor s'exagera durant o després de les ingestes 	<ul style="list-style-type: none"> - Abcés zona vestibular - Pot haver-hi fistula - Sovint drenatge per solc gingival - Mobilitat dentària - Vitalitat polpar conservada (si no és forma combinada endo-periodontal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Antiinflamatoris - Antibiòtic (espiromicina + metronidazol) - Higiene oral acurada - Antiséptic clorhexidina - Pot practicar-se incisió per obtenir drenatge
Pericoronaritis	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor intens - El dolor s'exagera durant o després de les ingestes - Dolor a la masticació o d'aparició espontània 	<ul style="list-style-type: none"> - Trismus - Dent sense espai per erupcionar - Geniva pericoronària inflamada - Presència exudat purulent per solc gingival - Adenopatia submandibular - Preferentment en tercer molar inferior - RX: tercer molar inferior sense espai per erupcionar i lisi òssia retromaolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Antiinflamatoris - Antibiòtic (espiromicina + metronidazol) - Higiene oral acurada - Antiséptic clorhexidina - Remetre a odontòleg per valorar extracció
GUNA	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor intens generalitzat 	<ul style="list-style-type: none"> - Sagnat al mínim contacte amb genives - Dipòsits necròtics gingivals i geniva adjacent eritematosa - Decapitació de les papil·les interdentials - Halitosi - Adenopatia submandibular - Possible afectació estat general 	<ul style="list-style-type: none"> - Analgèsics - Anestèsics locals - Glopejos 1 part H₂O₂ i 1 part aigua tèbia cada 2-3 hores - Higiene oral acurada - Antibiòtic en afectació estat general (espiromicina + metronidazol) - Eliminació de dipòsits de placa i necròtics per part d'odontòleg

TRAUMATOLOGIA DENTÀRIA. LESIONS TEIXITS DENTARIS

		<i>CONCEPTE</i>	<i>ANAMNESI</i>	<i>TRACTAMENT DENTICIÓ TEMPORAL</i>	<i>TRACTAMENT DENTICIÓ DEFINITIVA</i>
Infracció					
		Fractura de l'esmalt sense pèrdua de substància	Assimptomàtic	No tractament Controls a distància	No tractament Controls a distància
Fractura coronària					
Esmalt i dentina	No complicada	Fractura que implica pèrdua d'esmalt i dentina	Vora tallant o rasposa Sensibilitat tèrmica (sobretot al fred) Assimptomàtic en cas de lesió del teixit conjuntiu polpar	Pulit de les vores per evitar lesió de teixits tous i aplicació de fluorurs tòpics. Si és extensa es farà protecció del complex pulpodentinari i reconstrucció coronària	Pulit de les vores per evitar lesió de teixits tous i aplicació de fluorurs tòpics. Si és extensa es farà protecció del complex pulpodentinari i reconstrucció coronària
	Complicada	Fractura que implica pèrdua d'esmalt i dentina i exposició polpar	Dolor per exposició polpar sobretot amb estímuls tèrmics freds Assimptomàtic en cas de lesió de teixit conjuntiu polpar	Pulpotomia. En cas de mala col·laboració o propera erupció del permanent s'optarà per extracció Analgèsics i antiinflamatoris	Dependent del temps des de l'accident i extensió de l'exposició polpar es farà protecció polpar directa o pulpotomia i reconstrucció o bé biopulpectomia total en cas d'apex format Analgèsics i antiinflamatoris
Fractura corono-radicular					
Esmalt i dentina	No complicada	Fractura coronària que s'extén a la porció radicular sense exposició polpar	Vora tallant o rasposa Sensibilitat tèrmica (sobretot al fred) Assimptomàtic en cas de lesió del teixit conjuntiu polpar	Protecció del complex pulpodentinari i reconstrucció	Protecció del complex pulpodentinari i reconstrucció. Dependent de la línia fractuària es farà tracció ortodòncia o gingivectomia
	Complicada	Fractura coronària que s'extén a la porció radicular amb exposició polpar	Dolor per exposició polpar sobretot amb estímuls tèrmics freds Assimptomàtic en cas de lesió de teixit conjuntiu polpar	Pulpotomia. En cas de mala col·laboració o propera erupció del permanent s'optarà per extracció Analgèsics i antiinflamatoris	Dependent del temps des de l'accident i extensió de l'exposició polpar es farà protecció polpar directa o pulpotomia i reconstrucció o bé biopulpectomia total en cas d'apex format Dependent de la línia fractuària es farà tracció ortodòncia o gingivectomia Analgèsics i antiinflamatoris
Fractura radicular					
		Fractura limitada a la porció radicular	Assimptomàtic en cas de lesió del teixit conjuntiu polpar Pot donar clínica dolorosa similar a la pulpitis irreversible per inflamació de polpa dentària (dolor espontani o provocat amb estímuls tèrmics o químics de llarga duració)	Seguiment de la consolidació de la fractura o de possible complicacions infeccioses Analgèsics i antiinflamatoris	Ferulització de la dent en cas de mobilitat de la porció coronal durant 3 mesos i valoració periòdica de l'estat polpar optant per conducta expectant en cas de polpa sana o bé tractament de conductes si hi ha lesió irreversible del paquet vasculo-nerviós Analgèsics i antiinflamatoris

TRAUMATOLOGIA DENTÀRIA. LESIONS TEIXITS PERIODONTALS

		CONCEPTE	EXPLORACIÓ	TRACTAMENT	
				Detenció temporal	Detenció definitiva
Concussió		Traumatisme que implica lesió d'una quantitat reduïda de fibres periodontals sense desplaçament de la dent	Lleugera molèstia a la percussió	Ajust oclusal per evitar interferències doloroses Control vitalitat polpar	Ajust oclusal per evitar interferències doloroses Control vitalitat polpar
Subluxació		Traumatisme que implica una afectació major del lligament periodontal sense desplaçament dentari però amb lleugera mobilitat	Dolor a la percussió Gingivorràgia a través de solc gingival Lleugera mobilitat	Ajust oclusal per evitar interferències doloroses Control vitalitat polpar No ferulitzar Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari	Ferulització 2 setmanes Control vitalitat polpar Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari
Luxació	Intrusiva	Impactació axial dentària	Corona dentària més curta que la resta (valorar estat eruptiu) Percussió dolorosa Percussió metàl·lica	Control radiològic per veure situació d'apex temporal respecte gèrmen permanent Si hi ha relació de proximitat es farà extracció i en cas contrari conducta expectant Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari	Esperar reerupció 2-4 mesos Tracció ortodòncica Control vitalitat polpar Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari
	Extrusiva	Desplaçament exterior de la dent	Corona dentària més llarga que la resta (valorar estat eruptiu) Percussió dolorosa	Control radiològic per veure situació d'apex temporal respecte gèrmen permanent Si hi ha relació de proximitat es farà extracció i en cas contrari conducta expectant Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari	Reposició curosa dent dins l'alveol i ferulització 2-3 setmanes Control vitalitat polpar Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari
	Lateral	Desplaçament lateral de la dent	Corona dentària desplaçada lateralment (preguntar si la posició és igual que abans del traumatisme)	Control radiològic per veure situació d'apex temporal respecte gèrmen permanent Si hi ha relació de proximitat es farà extracció i en cas contrari conducta expectant Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari	Reposició curosa dent dins l'alveol i ferulització 2-3 setmanes Control vitalitat polpar Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari
Avulsió		Exarticulació completa amb lesió de la totalitat del lligament peiodontal	Absència de la dent dins l'alveol	No realitzar en cap cas reimplant Antisèptics a base de clorhexidina Analgèsics i antiinflamatoris en cas necessari Revisar estat vacunal	Reimplant immediat i ferulització 1-2 setmanes* Control vitalitat polpar Antibiòtic + antisèptic a base de clorhexidina Revisar estat vacunal

* El reimplant immediat té un pronòstic molt bo realitzat durant la primera mitja hora després de l'avulsió, és bo abans de la primera hora i a partir de l'hora de produir-se la pèrdua de la dent és molt dolent donant lloc a una reabsorció radicular en el 95% dels casos als 4-5 anys.

En reimplant immediat cal evitar la manipulació de la zona radicular i no s'han de treure les formacions de teixit periodontal que es troben en aquesta zona. En qualsevol cas cal fer una neteja curosa de la dent amb suero fisiològic i reimplantar-la d'immediat. Si ens informen d'un traumatisme per telèfon cal avisar que s'acudeixi immediatament al centre transportant la dent en medi humit per evitar dessecació del lligament periodontal (suero fisiològic, llet o bé dins la boca del propi pacient).