

## VALORACIÓN DE LAS LESIONES EN LA CAVIDAD ORAL.

C. A. PASTOR ARMESTO<sup>1</sup>.

### INTRODUCCION.

Los traumatismos producidos a nivel craneal, que de una u otra manera afectan a las estructuras faciales, por lo general requieren de una atención médica de emergencia. Se ha calculado que en más del 70% de los accidentes de tránsito hay evidencia de compromiso facial de diversa importancia.

Casi por regla general, en caso de traumatismos craneofaciales van a existir lesiones de tipo traumático afectando tanto a los huesos de la cara como a las estructuras dentales o peridentales. Estas lesiones, si bien es cierto que en la mayoría de las ocasiones son causadas por accidentes de tráfico, con cierta frecuencia son consecuencia de otro tipo de accidentes o

agresiones, y pueden presentar un diferente grado de importancia.

La valoración del daño en la cavidad oral en muchas ocasiones se pasa por alto o se subvalora, principalmente cuando está en relación con lesiones mucho más graves como los traumatismos craneoencefálicos que pueden disfrazar las secuelas que se presentan en el sistema estomatognático, desde el punto de vista funcional principalmente.

Todos los tejidos que componen esta región pueden verse afectados sin diferencia de que se trate de tejidos blandos (mucosa, piel, lengua, etc.), tejido cartilaginoso o tejidos duros (estructuras óseas o dentales).

Para la realización de un adecuado informe pericial, éste debe ser realizado, a ser posible, por un conjunto de especialistas

---

<sup>1</sup> Cirujano Dentista, Universidad San Martín de Porres (Lima-Perú).

que incluya al odontólogo /estomatólogo, al cirujano maxilofacial y al especialista en medicina legal; o por cualquiera de éstos que tenga suficientes conocimientos odontostomatológicos y médico legales.

### **LESIONES TRAUMÁTICAS QUE COMPROMETEN AL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.**

Entre los traumatismos máxilo-faciales se pueden diferenciar los que afectan a los tejidos blandos, los que afectan a las estructuras óseas faciales y los que afectan a los dientes en sí. Distinguiéndose así los siguientes:

**Heridas Faciales:** Salvo por la gran vascularización que existe en esta zona, no se diferencian de las heridas que se pueden presentar en cualquier otra región del cuerpo. Esta diferencia es un factor que favorece la disminución de la incidencia de infecciones y necrosis. Sin embargo, las heridas que se presentan en la región facial deben ser tratadas de manera rápida y cuidadosa, debido a que los resultados estéticos finales dependen del cuidado que se tome al realizar el tratamiento inicial.

Las heridas faciales tienden a complicarse al asociarse con

fracturas de los huesos de la cara o con comunicaciones con las cavidades orofaciales. Las lesiones neurológicas y de los conductos de las glándulas salivales son también frecuentes como lesiones asociadas a estos traumatismos.

Cuando se presentan lesiones en los labios, mucosa oral o lengua, en muchos casos pueden curar sin dejar mayores secuelas, pero en otras ocasiones se presentan éstas comprometiendo gravemente la estética futura del paciente.

**Lesiones Traumáticas:** Cuando se originan lesiones de las estructuras óseas faciales pueden derivarse graves repercusiones tanto en la vitalidad como en el aspecto funcional del paciente.

Las lesiones más frecuentes son las luxaciones o las fracturas de mandibulares (siendo más frecuentes las lesiones del cuello del cóndilo debido a la debilidad de esta zona), fracturas del tercio medio de la cara (maxilar superior, arco zigomático, huesos propios de la nariz o del suelo de la orbita) o del tercio superior de la cara.

En relación con el tratamiento de estas lesiones, hay que considerar que la rehabilitación debe ser no solo funcional sino también estética, considerando las posibles secuelas derivadas de este tipo de lesiones.

**Complicaciones:** Las inmediatas incluyen hemorragias, complicaciones respiratorias por obstrucción de las vías aéreas, trismus, necrosis avascular del hueso y complicaciones nerviosas o infecciosas. Las tardías son las que con más frecuencia ocasionan secuelas, especialmente las alteraciones de la consolidación (retardos, ausencia, consolidaciones anómalas o en malposición). En las fracturas mandibulares es habitual que se presenten mal oclusiones que deben ser corregidas más adelante. Entre las secuelas más frecuentes y graves de las fracturas intracapsulares está la posibilidad de la anquilosis ósea de la ATM.

**Fracturas del Tercio Medio Facial:** Aunque suelen ser menos frecuentes que las fracturas mandibulares, su importancia radica en la alta incidencia de deformidades faciales que aparecen como consecuencia de este tipo de lesiones, además de las complicaciones de tipo funcional que pueden afectar a los sentidos de la vista, olfato y gusto. Debido a la severidad de este tipo de lesiones, en ocasiones se requiere la realización de osteotomías e injertos.

**Lesiones en la Articulación Temporomandibular:** Los traumatismos en esta región suelen

ser producidos por traumatismos menores o movimientos forzados de la mandíbula.

Los esguinces son provocados por impactos de mayor intensidad, que provocan lesión de las estructuras ligamentarias o incluso las cápsulas articulares o los meniscos. Las luxaciones, agudas o crónicas, suponen la dislocación de las superficies articulares como consecuencia de traumatismos producidos mientras la boca se encontraba abierta. Las lesiones de tipo crónico derivan en alteraciones degenerativas del menisco articular

Es importante tener en cuenta que toda patología de tipo traumático, que afecte directamente a la ATM o a la musculatura masticatoria, puede derivar en la aparición del síndrome de disfunción cráneomandibular. Cuando éste aparece, no siempre se consigue su rehabilitación total, pero existen tratamientos que facilitan la estabilización del cuadro.

Una de las complicaciones que suele aparecer posteriormente a la fijación intermaxilar, empleada para la reducción de las fracturas maxilares, es la movilidad dentaria, principalmente cuando la técnica usada consiste en el empleo de ligaduras metálicas sujetas a los dientes de manera individual. Esta movilidad puede derivar además en extrusiones de las piezas o incluso su pérdida total. Estas

últimas complicaciones se pueden evitar mediante el empleo de férulas acrílicas para la fijación de los maxilares.

**Lesiones en las piezas dentales:**

Las piezas dentales suelen verse afectadas con mucha frecuencia en los traumatismos de la región facial. Las lesiones pueden afectar no solamente a la estructura dental propiamente dicha, sino también a las estructuras de soporte que lo rodean.

Las fracturas de las piezas dentales pueden ser de varios tipos, dependiendo de la porción afectada, dividiéndose en: coronales y radiculares, pudiendo afectar sólo a la corona del diente, su raíz o ambas.

Las fracturas coronales pueden ser simples, cuando la porción afectada es el esmalte o la dentina, o complejas cuando existe una exposición de la pulpa dentaria como consecuencia de la lesión.

Por el posible compromiso del tejido pulpar, si bien puede no ser evidente en un primer momento, hay que considerar la necesidad de los controles periódicos, ya que puede producirse la necrosis del tejido pulpar varios meses después del incidente.

Las lesiones del tejido de soporte o periodontal se clasifican en: subluxaciones, cuando afectan únicamente a los ligamentos periodontales provocando el

incremento de la movilidad de la pieza dental, pero sin desplazamiento del mismo. Las luxaciones presentan una mayor gravedad, debido a que ya se produce el desplazamiento de la pieza dentro del alveolo, con un incremento aun mayor de la movilidad; las luxaciones pueden ser intrusivas, extrusivas o laterales. Cuando se trata de una ablución, se ven afectadas la totalidad de las fibras periodontales existiendo el desplazamiento del diente fuera del alveolo.

Este tipo de lesiones que pueden ocasionar tanto la pérdida de la estructura dental como su desplazamiento, son susceptibles, si son tratadas de manera inadecuada, de provocar alteraciones en la oclusión del paciente de forma inmediata o tardía.

Los traumatismos dentales son bastante frecuentes durante la infancia, debiéndose considerar si la pieza afectada pertenece a la dentición temporal o permanente. Las fracturas coronarias no complicadas son las que con mayor frecuencia se presentan en esta etapa, debiéndose mantener la pieza afectada en observación para determinar la aparición de un eventual compromiso de la vitalidad pulpar. En la dentición temporal es el tejido periodontal el que se ve afectado con mayor frecuencia debido a la

característica elasticidad que presenta el tejido óseo alveolar. En esta etapa debemos considerar la posible afectación del germen dentario de las piezas permanentes, las cuales pueden presentar alteraciones que varían desde pequeñas manchas blanquecinas sobre el esmalte hasta malformaciones de diversa importancia.

También es importante considerar la relación existente entre la pérdida de las piezas temporales y las alteraciones en el proceso eruptivo de las piezas definitivas, que suelen derivar en mal oclusiones posteriores que requerirán un tratamiento correctivo ortodóntico.

### **EVALUACIÓN DEL LESIONADO.**

Por lo general, en relación al ejercicio de la odontología legal, el paciente suele acudir para ser evaluado transcurrido un tiempo desde que se produjo la lesión, cuando la mayoría de las lesiones o bien ya están recuperadas, o al menos en proceso, y las posibles secuelas están ya establecidas.

La primera evaluación que realicemos del paciente debe ser hecha con sumo cuidado para poder determinar la posible relación existente entre el mecanismo lesivo y los daños presentes, recabando datos como

el/los tratamientos recibidos y su duración, el tiempo de baja laboral, y las incapacidades que pudieran haberse presentado como consecuencia de la lesión.

Así mismo es necesario, para la realización de una valoración adecuada de los daños, el obtener toda la información posible sobre los antecedentes tanto médicos como dentales, lo que nos permitirá conocer el estado previo del paciente antes del suceso.

### **EXAMEN CLÍNICO.**

Este examen se realizará tras el interrogatorio inicial, y entre otras cuestiones nos permitirá observar de manera exhaustiva y ordenada todas las estructuras que pudieran estar comprometidas.

**Esqueleto craneofacial y Articulación Témporomandibular:** Al examinar el tercio medio facial debemos observar cuidadosamente la simetría ocular, orbital y nasal, así como la presencia de alteraciones como la diplopía. De otro lado, tiene que procederse a la palpación de las regiones infraorbitaria y malar, el surco nasogeniano, la base ósea de la nariz y percutir los senos maxilares y frontales.

En la evaluación del tercio inferior examinaremos el ángulo mandibular y la zona mentoniana,

buscando la existencia de asimetrías que pudieran o no dar lugar a desviaciones en la línea media.

La articulación témporomandibular debe examinarse de forma bilateral; la palpación lateral se lleva a cabo colocando los dedos índice y medio justo por delante de los oídos. La porción posterior se examina introduciendo el dedo meñique en el conducto externo del oído y aplicando una ligera presión. El examinar de forma bilateral permitirá descubrir la existencia de asimetrías en el movimiento articular así como chasquidos y crepitaciones y, si la función articular es dolorosa, en algunas ocasiones nos podemos ayudar de un estetoscopio para detectar los ruidos articulares.

Otros aspectos que debemos contemplar son los movimientos mandibulares y las características de sus recorridos, partiendo de la posición de máxima intercuspidad dental. Llevando la mandíbula con una ligera presión hacia atrás y arriba hasta que contacte la mayor cantidad de piezas dentales, desde esta posición realizaremos movimientos de apertura y cierre durante los cuales no deberán producirse desviaciones laterales de la mandíbula. En promedio, los valores normales de apertura máxima se sitúan entre los 40 y 55 mm. También se deben realizar

movimientos de lateralidad, debiendo los recorridos ser iguales tanto hacia la derecha como hacia la izquierda y sin presencia alguna de dolor.

**Exploración Dental:** Durante la exploración dental debemos fijarnos en el descubrimiento de las lesiones más comunes que se producen en estas estructuras, como pueden ser las fracturas tanto coronales como radiculares, o la pérdida de piezas dentales, teniendo en cuenta el frecuente compromiso de la pulpa dental frente a estas patologías.

El compromiso pulpar lo determinaremos mediante la realización de pruebas de vitalidad pulpar, las cuales pueden ser pruebas térmicas ( aplicación de frío y calor), eléctricas o mecánicas (percusión sobre la pieza), así como la observación de los cambios de coloración de las piezas afectadas.

El periodonto, o tejido de sostén del diente, también puede verse afectado durante un traumatismo, manifestándose por la aparición de movilidad de la pieza dental, la cual debe ser cuantificada mediante la exploración tanto en sentido horizontal como vertical. La relación oclusal también debe ser valorada en los planos sagital y frontal, examinando los contactos oclusales durante los movimientos bucales.

Una vez realizado el reconocimiento de la zona afectada debemos realizar un odontograma completo, donde registraremos las piezas dentales presentes, las ausentes, las caries y todos los tratamientos dentales presentes tales como restauraciones, prótesis, endodoncias, etc.

**Exploración de las mucosas:** La exploración de la mucosa oral debe practicarse de manera ordenada para evitar pasar por alto las diversas estructuras, comenzando por la encía (tanto la adherida como la libre), la cual se ve afectada con gran frecuencia durante los traumatismos bucales. Su importancia radica no sólo en su función como elemento de inserción, sino también desde el punto de vista estético, especialmente en el sector anterior.

También se deben examinar las regiones vestibulares superior e inferior; la mucosa labial y yugal, en la que estudiaremos el conducto excretor de las glándulas parótidas; debemos comprobar además el estado de los frenillos labial superior e inferior y la mucosa palatina tanto en su parte anterior (paladar duro) como posterior (paladar blando).

La mucosa y la piel de los labios debe de examinarse con frecuencia mediante el empleo de radiografías, ya que en ocasiones fragmentos de las piezas

fracturadas se introducen quedando retenidos y pudiendo provocar infecciones posteriores.

Al examinar la lengua se debe evaluar su movilidad y el estado del frenillo lingual. En esta zona evaluaremos a cada lado del frenillo los conductos excretores de las glándulas sublinguales (C. Wharton) y submaxilares (C. Rivinus). La palpación de las glándulas salivales se realizara mediante la palpación de las mismas una vez que hayamos comprobado la secreción normal de estas.

### **Exploración Complementaria:**

*a- Radiografías intraorales:* Empleadas en el diagnóstico dental y periodontal, existen varias técnicas dependiendo de las estructuras que se quieran evaluar. La técnica periapical permite obtener una gran cantidad de detalles en áreas pequeñas de la boca, como pueden ser la estructura dental, el espacio periodontal y el tejido óseo de soporte. La radiografía de aleta de mordida permite estudiar la región coronal y cervical de los dientes, además de la cresta alveolar. La radiografía oclusal permite evaluar las zonas alveolodentarias y los maxilares, siendo útil para la observación de fracturas alveolodentarias, palatinas y del

cuerpo de la mandíbula.

*b- Radiografías extraorales:*

Permiten el estudio del macizo maxilofacial, arcos dentarios, ATM, senos faciales y glándulas salivales. Las radiografías que se emplean son las de proyección frontal, para evaluar el macizo facial; mientras la radiografía de proyección lateral permite la observación de la base del cráneo principalmente. Para el estudio de los senos paranasales se emplea la radiografía de Waters que tiene una proyección nasomentoniana.

*c- Radiografías panorámicas:*

También llamadas ortopantografías permiten, la observación de ambos maxilares, articulaciones temporomandibulares y senos maxilares, a la vez que muestran el sistema dentario, peridentario y el hueso que lo rodea.

## **DETERMINACIÓN DE LA CAUSALIDAD.**

Una de las primeras cuestiones que deben plantearse al momento de realizar la valoración de los daños, es la posible relación existente entre un determinado traumatismo y la aparición de las lesiones. A pesar de que en muchos casos sea evidente, **d e b e m o s e s t u d i a r** cuidadosamente la relación causa

efecto en todos los casos sujetos a evaluación. Aún siendo un hecho el que no exista ningún método válido para solucionar todas las dudas que pudieran presentarse, debemos considerar los siguiente criterios para realizar esta valoración de manera más exacta posible:

**Criterio Cronológico:** La mayoría de los procesos patológicos guardan una determinada cronología, tanto en su evolución como en sus manifestaciones.

**Criterio Topográfico:** Las lesiones se asientan por lo general en la zona que fue afectada por el agente causal, por lo que a éste no se le podrán imputar lesiones ubicadas en otra región, salvo en casos específicos (mecanismos de contragolpe, embolias, etc.) en que las manifestaciones lesionales pueden presentarse en un punto diferente de la lesión o presentar manifestaciones sistémicas.

**Criterio de continuidad**

**sintomática:** En algunos procesos se presenta una continuidad sintomática que nos lleva a determinar la existencia de unas manifestaciones continuas a partir de la presentación del evento, es decir que se presentaron como consecuencia de la lesión sujeta al estudio.



## **DETERMINACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL DAÑO BUCAL.**

**Incapacidad Laboral:** Es importante determinar la influencia sobre la capacidad laboral a consecuencia de las lesiones que estemos estudiando, ya sea por la lesión propiamente dicha, o bien por la convalecencia o tiempo requeridos para llevar a cabo los tratamientos necesarios para su rehabilitación.

Las lesiones dentales de por sí rara vez conducen a una incapacidad laboral completa, que sí ocasionan las lesiones del macizo maxilofacial y las lesiones articulares, que por otra parte por sus repercusiones estéticas afectarán más a determinadas profesiones.

La incapacidad laboral, en función de la profesión del lesionado, podrá ser así parcial o completa, durante un periodo de tiempo limitado y a veces permanente, dependiendo de la gravedad, naturaleza y evolución clínica. En ocasiones las lesiones derivarán además en una limitación o modificación de las actividades habituales del paciente, alteraciones que deben ser consideradas y detallarse a efectos de una valoración global del daño.

## **Daño Funcional y Estético:**

Debemos, a efectos prácticos, determinar la repercusión de las distintas lesiones bucales sobre las funciones fonética, estética y masticatoria. Su valoración, en nuestro caso, se aplica cuando derivan de la pérdida de piezas dentales. Los trastornos Estéticos, por lo general se consideran cuando la lesión provoca en el paciente un aspecto desagradable, lo que acontece principalmente cuando se afecta el sector anterior. Los trastornos masticatorios derivan de la pérdida directa de las piezas dentales, y su valoración depende de que sea posible o no el recuperar la zona mediante el empleo de prótesis.

## **Costo del Tratamiento Odontológico:**

En Odontología legal el cálculo del costo de los tratamientos necesarios en la reparación de una lesión se realizará teniendo en cuenta el tipo de material necesario y el tiempo que empleará el profesional para realizar cada uno de los actos odontológicos necesarios para completar la rehabilitación. Cuando el perito no es odontólogo, puede obtener asesoramiento al respecto por parte de éstos profesionales o de los Colegios de Odontólogos.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. HERNANDEZ C. Valoración Médica del Daño Corporal. Guía práctica para la valoración de lesionados. 2001.
2. ASO J, COBO JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes circulatorios. 2001.
3. RODES F, MARTI J. Antropología Criminalística. 2001.
4. REVERTE JM. Antropología Forense. 1999.
5. KNIGHT B. Medicina Forense de Simpson. 1996.
6. MOYA V, ROLDAN B, SANCHEZ JA. Odontología Legal y Forense. 1994.