

Urgencias bucodentales

F. Uribarri Zarranz, G. Álvarez Calatayud, E. Martín Olivera*
 Servicio de Urgencias de Pediatría. Servicio de Odontopediatría*.
 Hospital San Rafael. Madrid

Aunque la patología bucodental es muy extensa, la mayoría de los pacientes que acuden a la puerta de la Urgencia pediátrica, lo hacen por enfermedades infecciosas o traumatismos. Generalmente del total de urgencias atendidas en un hospital pediátrico de tercer nivel, una de cada 100 es por este tipo de patología, siendo remitida al Servicio de Odontopediatría aproximadamente la mitad de los casos. De éstos, la mayoría se trata de traumatismos dentarios, siendo los incisivos centrales superiores los dientes más afectados. Se suelen producir en el ámbito escolar y con más frecuencia en varones. La importancia de una correcta actuación en la asistencia urgente, de cara al pronóstico de estas lesiones, es de gran trascendencia, especialmente en el paciente pediátrico. A continuación se describe la patología que con más frecuencia podemos observar en la Urgencia de Pediatría.

INFECCIÓN BUCODENTAL

Concepto: infección que tiene lugar en el interior de la cavidad bucal, pudiendo afectar a dientes, periodonto, mucosa oral, lengua y huesos maxilares.

Infección odontogénica

Tiene su origen en las estructuras del diente, siendo la causa más frecuente la caries, que comienza afectando a los tejidos duros del diente (esmalte y dentina), pudiendo progresar los gérmenes hasta la cámara pulpar y

conductos radiculares ocasionando una pulpitis. Otras veces, el origen de la pulpitis es un traumatismo dental o bien un tratamiento previo sobre el diente (obturaciones muy profundas, tallados, etc.) que pueden provocar inflamación y posterior necrosis pulpar. Estos procesos inflamatorios se deben a los productos de degradación y toxinas de los microorganismos que penetran en el tejido pulpar.

Los gérmenes más frecuentemente implicados pertenecen al grupo de los *Streptococcus* (*S. mutans*, *S. sanguis*, *S. salivarium*, *Lactobacillus* (*L. acidophilus*, *L. casei*), *Actinomyces* (*A. viscosus*, *A. naeslundii*) y *Staphylococcus* (*S. aureus*, *S. epidermidis*).

Clínica: La **pulpitis aguda** se caracteriza por un dolor intenso y localizado que es provocado por estímulos como el frío, el calor, alimentos dulces o ácidos. El dolor desaparece inmediatamente al retirar el estímulo. La **pulpitis crónica** se caracteriza por un dolor pulsátil que aumenta con el calor y se calma con el frío, el dolor suele ser de aparición nocturna y generalmente el paciente no puede precisar el diente afecto. Si la progresión de gérmenes continúa se puede afectar el tejido periodontal y ocasionar la aparición de un **absceso alveolar**, que es la formación de una colección purulenta en el hueso periodontal. El dolor se vuelve intenso con la oclusión o incluso con el roce de la lengua y se acompaña de una tumefacción periapical y edema inflamatorio. Esta colección purulenta puede abrirse camino al ex-

terior a través de la cortical ósea mediante una **fístula**, o avanzar por el tejido celular subcutáneo originando una celulitis o extenderse a los huesos maxilares provocando una osteomielitis que en los casos más graves puede originar una sepsis. En ocasiones, el absceso se cronifica dando lugar a **granulomas y quistes radiculares**.

Diagnóstico: por la anamnesis, la exploración bucodental y la exploración radiológica, fundamental para determinar el avance de la infección y sus complicaciones.

Tratamiento:

- Tratamiento odontológico (apertura de la cámara pulpar y drenaje del tejido necrótico, y en los abscesos realizar drenaje quirúrgico).

- Tratamiento farmacológico:

Antibióticos: de primera elección:

Amoxicilina 25-50 mg/Kg/24 h. V.O.

Amoxicilina-clavulánico 25-50 mg/Kg/24 h. V.O.; 100 mg/Kg/24 h.

I.V.

Antibióticos: de segunda elección:

Eritromicina: 30-50 mg/Kg/24 h. V.O.;

20-50 mg/Kg/24 h. I.V.

Clindamicina: 10-20 mg/Kg/24 h. V.O.;

25-40 mg/Kg/24 h. I.V.

Analgésicos:

Paracetamol: 60 mg/Kg/24 h.

Antiinflamatorios:

Ibuprofeno: 30-50 mg/Kg/24 h.

Infección de la mucosa oral (encía, lengua y paladar)

Las infecciones más frecuentes asientan en la encía y se denominan gingivitis. El origen de las gingivitis puede ser bacteriano, vírico o micótico.

La **gingivitis bacteriana** se caracteriza por la existencia de una encía enrojecida, edematosa y que sangra espontáneamente con el cepillado de los dientes. Pueden aparecer molestias más o menos intensas, pero normalmente no es un dolor importante, salvo en la **gingivitis úlcero-necrotizante**.

El germen más frecuentemente aislado es el *Actynomices*. Es muy frecuente en niños y adolescentes. El acúmulo de placa bacteriana supra y subgingival, por mala higiene, es el factor etiológico más importante.

El tratamiento consiste en la eliminación de la placa dental en la clínica mediante curetaje y ultrasonido, así como en la enseñanza de técnicas de higiene bucal en el domicilio (cepillado correcto, uso de seda o microcepillos interdentes y pastillas reveladoras de placa). En casos de gingivitis importantes es útil el uso de sistemas de control químico de la placa mediante productos antisépticos en forma de colutorios, siendo el más eficaz la clorhexidina, en períodos de 10 días al mes.

En la **gingivitis ulcerativa-necrotizante** se produce una necrosis del tejido blando pudiendo afectarse el hueso alveolar de soporte. Son raras en nuestro medio ya que en la etiología de estos procesos están implicadas la malnutrición y un bajo nivel de higiene oral, aunque también se pueden ver en procesos que cursan con inmunosupresión, como es el caso de niños con leucemia bajo tratamiento antineoplásico.

La clínica se traduce en una destrucción de la arquitectura gingival, sobre todo en las zonas interdentes, con formación de cráteres de tejidos blandos en los que aparecen membranas grisáceas. La halitosis es un signo típico en las fases agudas. Si la infección es más profunda y afecta a los tejidos óseos,

el dolor es más intenso y aparece fiebre, malestar general y adenopatías cervicales. Los gérmenes más frecuentemente aislados son las espiroquetas.

El tratamiento incluye el desbridamiento local de las zonas afectadas, el uso de anti-sépticos orales como la clorhexidina y antibióticos sistémicos, como penicilina y metronidazol.

En cuanto a la **etiología vírica**, son muchos los virus que pueden causar enfermedades con manifestaciones orales, cada uno de ellos con un cuadro clínico diferente. Las más frecuentes son:

- **Gingivostomatitis herpética:** aparece generalmente en la infancia temprana pero también en adolescentes, adultos jóvenes y pacientes con inmunodeficiencias. El agente causal es el virus del herpes simple (VHS), generalmente el subtipo VHS-1. El período de incubación es de 2-20 días y la enfermedad comienza con fiebre, malestar general, artralgias, anorexia e inflamación de la mucosa oral. A los dos días aparecen lesiones vesiculares dolorosas en la boca, que pueden afectar a la región peribucal, paladar duro y blando, encía, lengua y labios. Se acompaña de adenopatías regionales dolorosas. Las vesículas rápidamente se ulceran y provocan un intenso dolor; la encía aparece edematosa y eritematosa, sangrando con facilidad al menor estímulo. El cuadro se resuelve totalmente en un período aproximado de 14 días. El diagnóstico de certeza se realiza por el aislamiento del virus y por el aumento de los niveles de anticuerpos contra el virus que se mantiene durante aproximadamente 6 semanas. El tratamiento es sintomático y consiste en la administración de antipiréticos y analgésicos para la fiebre y el dolor y el

aislamiento del niño para evitar el contagio. No se deben administrar corticoides ni antibióticos a no ser que aparezcan signos específicos de infección secundaria.

- **Infección secundaria por herpes:** se produce por activación del herpes simple, actuando como posibles factores precipitantes el estrés, las radiaciones solares, el frío y cualquier situación que origine una disminución de las defensas. Comienza con una sensación de ardor o dolor en labios, paladar o encías, posteriormente aparecen múltiples vesículas que se transforman rápidamente en pequeñas úlceras dolorosas. El tratamiento es sintomático, siendo el aciclovir el fármaco más eficaz, bien en forma tópica o sistémica, pero es fundamental su administración en las primeras horas de la infección.

El aciclovir oral (15 mg/kg/dosis), máximo 1 gramo/día durante 7 días, iniciado en las 72 horas después del comienzo de las lesiones, proporciona beneficios significativos en niños con gingivostomatitis herpética primaria al disminuir el babeo, la tumefacción gingival, el dolor, las dificultades para comer y beber y la duración de las lesiones. El tratamiento del herpes oral recurrente con aciclovir tiene un efecto limitado (Nelson 17 edición, página 1055).

La administración tópica de aciclovir para tratar el herpes oral puede disminuir la siembra vírica pero tiene poco efecto sobre los síntomas y no se recomienda (Nelson 17 edición, pág 1055).

- **Varicela,** producida por el virus varicela-zoster (VZV). Las lesiones orales son muy frecuentes y semejantes a las de la piel. Tratamiento sintomático.
- **Enfermedad mano-pie-boca,** originada por el virus Coxsackie A16. Se producen

úlceras dolorosas precedidas por vesículas en manos, pies y mucosa oral. Tratamiento sintomático.

- **Herpangina**, infección producida por el virus Coxsackie A 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 10. Se ve con más frecuencia en niños menores de 4 años. Se caracteriza por fiebre, malestar general, mialgias, dolor de garganta y disfagia. Posteriormente aparecen úlceras dolorosas en la pared posterior de la boca y faringe, haciendo así el diagnóstico diferencial con la gingivostomatitis herpética, porque en ésta la localización de las lesiones es en la parte anterior de la boca. El tratamiento es sintomático.
- **Sarampión**, cuyo virus ocasiona unas lesiones típicas y patognomónicas en la mucosa oral. Estas lesiones aparecen después de 2 días de un cuadro de fiebre y malestar general y consisten en la aparición de unas máculas en la mucosa yugal, pequeñas y eritematosas con un centro blanco necrótico, se denominan “manchas de Koplik” y preceden en uno o dos días a la aparición del exantema máculo-papular característico de esta enfermedad.
- Los **virus de la rubéola, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, paramixovirus, VIH**, etc. son otros virus que pueden originar manifestaciones orales.

Por último, las **infecciones micóticas** pueden asentar en la cavidad oral. La más frecuente es la candidiasis oral. El hongo causante es la *Candida albicans*. Son factores de riesgo para la aparición de esta infección la inmunosupresión, diabetes, antibioterapia prolongada y de amplio espectro, alimentación parenteral, pacientes portadores de prótesis dentarias, etc.

Es asintomática y, como mucho, suele haber sensación de ardor al contacto con alimentos ácidos. Existen diferentes formas clínicas:

1. **Pseudomembranosa (muguet oral)**. Es la forma más frecuente. Se trata de placas blancas de aspecto cremoso que asientan sobre una mucosa eritematosa, que se desprenden con facilidad con una gasa. Es muy frecuente en lactantes. Asientan en paladar, encía y mucosa yugal.
2. **Eritematosa o atrófica**. Se caracteriza por áreas atróficas, lisas, eritematosas, de bordes mal delimitados. Se localizan con más frecuencia en mucosa lingual.
3. **Leucoplasia**. Se trata de placas blancas que no se desprenden con una gasa, pero responden bien al tratamiento antifúngico prolongado. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la lesión premaligna de iguales características.
4. **Queilitis angular**. Lesiones que asientan en las comisuras labiales y se ven favorecidas por la maceración local. Se trata de placas eritematosas, con fisuración y formación de costras superficiales acompañadas de quemazón y dolor con la apertura bucal.

El diagnóstico se realiza por la anamnesis, la exploración física y el frotis de la superficie bucal.

Tratamiento:

- Nistatina tópica = aplicaciones 4 veces/día durante un máximo de 14 días, manteniendo la aplicación hasta 48 h. tras la remisión de los síntomas.
 - recién nacidos : 100.000 u en cada aplicación.

- niños menores de 1 año : 200.000 u en cada aplicación.
- niños mayores de 1 año : 300.000-500.000 u en cada aplicación.
- Nistatina solución = 2,5-5 ml/2-4 veces día/24 h. (5 ml=500.000 U).
- Fluconazol = 6 mg/kg/24 h , durante 7-14 días. En neonatos, administrar cada 2-3 días.

TRAUMATISMOS BUCODENTALES

Introducción:

Problema que provoca gran alarma en los padres y el propio niño, debido en parte a las manifestaciones clínicas aparatosas y a las secuelas que el traumatismo puede generar. La incidencia es de casi la cuarta parte de los niños, con dos picos de edades: al echar a andar y durante la etapa escolar.

Los traumatismos dentales son la segunda causa de demanda de atención dental en niños tras la caries, siendo el pediatra a menudo el primer especialista en atenderlos, por lo que debe conocer el modo de actuar frente a ellos, tanto en dentición temporal como permanente.

Evaluación del niño:

Anamnesis:

- Cómo, cuándo y dónde se produjo, si ha habido traumatismos anteriormente y tiempo transcurrido. Con ello nos informamos de la necesidad de un tratamiento urgente y del grado de contaminación de las heridas.
- Valoración general del niño, con especial atención a las hemorragias y síntomas

acompañantes como vómitos, tos, alteración del nivel de conciencia, etc...

Exploración física:

- Inspección de las partes blandas (labios, mejillas, mucosa alveolar, paladar y lengua). Cuidado con los hematomas submentonianos que pueden ocasionar una obstrucción laríngea.
- Revisar todas las piezas dentarias y periodontales, así como las estructuras óseas, objetivando asimetrías, deformidades, heridas abiertas y fracturas.
- Realizar una palpación de cada diente para percibir su movilidad en caso de fracturas radiculares y subluxaciones. La percusión provoca dolor en los dientes afectados por el traumatismo.
- Siempre se debe realizar un examen respiratorio (aspiración de dientes) y neurológico (accidentes deportivos).

Tipos de lesiones (según la clasificación de la OMS y de Andreasen):

Lesiones de tejidos dentales:

- Infracción coronaria, limitada al esmalte, sin pérdida de sustancia ni separación de fragmentos.
- Fractura de corona, que afecta al esmalte y a la dentina y pueden ser complicadas (exposición pulpar) o no.
- Fractura de corona y raíz, que afecta al esmalte, dentina y cemento radicular. Son complicadas cuando en su trayecto dejan expuesta la pulpa.
- Fractura de raíz. Puede haber hemorragia y/o edema gingival.

Lesiones de tejidos periodontales:

- Contusión: lesión de un pequeño número de fibras del ligamento periodontal sin movilidad ni desplazamiento del diente.
- Subluxación: existe movilidad del diente sin desplazamiento del mismo.
- Luxación: se caracteriza por movilidad y desplazamiento del diente, que según su dirección pueden ser intrusivas (luxación hacia dentro), extrusivas (luxación hacia fuera) o laterales (desplazamiento en varias direcciones: facial, lingual, lateral).
- Avulsión: separación total del diente por lesión de todas las fibras periodontales. Representa el 10% de los traumatismos dentarios, siendo los incisivos centrales superiores los dientes más afectados. VERDADERA URGENCIA SI OCURRE EN UN DIENTE PERMANENTE.

Actitud terapéutica:

Traslado a un centro hospitalario para su estabilización cuando hay riesgo vital del niño. Recordar que el traumatismo bucal puede ser debido o consecuencia de maltrato.

Tratamiento de las lesiones de partes blandas

- Realizar antisepsia con Clorhexidina, higiene oral con suavidad, aplicación de frío si hay edema, dieta blanda y antibioterapia oral si se sospecha contaminación.
- Derivar al cirujano maxilofacial si hay heridas que puedan tener implicaciones estéticas o en caso de hematomas de región submentoniana.

Tratamiento de las lesiones dentarias y periodontales

- Derivar al odontólogo urgentemente cuando hay fractura de corona o raíz, lu-

xaciones dentales muy móviles y en avulsión dental.

- Consulta al dentista en 24 horas cuando hay fracturas que afectan a la dentina y/o pulpa, subluxación, intrusión y luxaciones no muy móviles.
- Consulta no urgente: fracturas que afectan al esmalte, contusión.
- Los dientes avulsionados temporales no hay que reimplantarlos aunque hay que acudir al dentista para evaluar la cicatrización del alveolo y el espacio. Pero siempre hay que tener en cuenta que los traumatismos en la dentición temporal pueden afectar al diente permanente en formación. En este caso las secuelas aparecen en el momento de la erupción o salida del diente permanente.
- Los **dientes permanentes avulsionados** (verdadera urgencia) o que salen completamente de su alveolo se deben reimplantar lo antes posible, y es crucial el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el reimplante, así como el medio de transporte del diente. En este caso se debe conservar el diente en medio isotónico (leche, solución salina, o incluso saliva), el agua no es un medio apropiado ya que su baja osmolaridad causa edema y rotura en las células en pocos minutos. Nunca se debe limpiar, frotar o secar.

El mejor pronóstico para este diente existe si la terapia se realiza entre los primeros 30-60 minutos de la avulsión, ya que el éxito de la reimplantación del diente avulsionado es muy dependiente del tiempo. La posibilidad de que el diente vuelva a quedar fijo depende de la viabilidad del ligamento periodontal y el tratamiento inmediato se apoya en este principio.

El diente puede ser reimplantado por cualquier persona capaz (padre, entrenador, pediatra...). El procedimiento para la reimplantación del diente es el siguiente:

1. Encontrar el diente.
 2. Determinar si el diente es primario según la edad del niño. Los dientes primarios no se reimplantan, la reimplantación puede tener efectos negativos en el diente definitivo.
 3. Si es permanente se aclarará el diente SIN FROTAR con agua o suero salino, sosteniendo el diente por la corona no por la raíz.
 4. Insertar el diente en el alveolo en su posición normal (no preocuparse si se extrae un poco).
 5. Si la reimplantación se realiza fuera de un servicio médico se acudirá rápidamente a un centro especializado o a urgencias.
- Ante la sospecha de lesiones óseas (fracturas maxilofaciales) siempre hay que trasladar al niño a un centro hospitalario de referencia en las primeras 24 horas postraumatismo.

ENFERMEDADES Y LESIONES DE LA MUCOSA ORAL, LINGUAL Y LABIAL

Estomatitis aftosa recurrente

Concepto: enfermedad crónica inflamatoria caracterizada por la aparición de una o varias aftas dolorosas en la mucosa oral que duran varios días y recurren de forma variable.

Etiología: desconocida.

Clínica: localizadas en suelo de la boca, labios y bordes y punta de la lengua. Suele haber dolor y a veces disfagia y disfonía.

Diagnóstico: simplemente por la clínica.

Tratamiento: sintomático. Analgésicos (ibuprofeno). Tópicamente se pueden utilizar Acetónido de Triamcinolona al 0,1% en solución acuosa, carbenoxolona sódica o enjuagues con soluciones de clorhidrato de tetraciclina.

Úlceras en niños inmunodeprimidos

Los pacientes con leucemia linfoblástica aguda o en tratamiento con quimioterapia pueden presentar úlceras en la mucosa oral. Suelen ser profundas y con una base necrótica blancogrisácea.

Eritema exudativo multiforme

Además de las lesiones típicas (en diana) y de los síntomas generales, en la cavidad oral aparecen máculas hiperémicas, pápulas o vesículas y ampollas que producen sangrado. Se afecta el paladar, la encía, la lengua y la mucosa yugal. Los labios se cubren de costras serohemáticas.

El tratamiento es sintomático con dieta blanda, aplicando toques con anestésicos (lidocaína al 2% en solución) 5 minutos antes de las comidas. En las lesiones severas puede ser preciso la hospitalización y la corticoterapia.

Perlas de Epstein

Lesiones frecuentes en neonatos y lactantes. Son pequeños quistes redondeados de 1 a 3 mm de diámetro, de color blanquecino y localizados casi siempre en el rafe medio palatino. Desaparecen espontáneamente a los tres meses.

Mucocele

Es una vesícula azulada de contenido mucoso, de varios milímetros de diámetro que suele aparecer en el labio inferior. Está producido por un desgarro traumático en un conducto excretor de una glándula salivar menor, acumulándose moco en los tejidos blandos. Si no desaparece espontáneamente, puede provocar molestias siendo necesaria su extirpación quirúrgica.

Ránula

Es un gran mucocele presente en un lado del suelo de la boca, por obliteración del ostium del conducto de Warthon. No es doloroso pero puede dificultar los movimientos linguales por lo que se aconseja su extirpación quirúrgica.

Epulis congénito

Lesión pedunculada y vascularizada de superficie lisa y consistencia firme que aparece en la región anterior del maxilar entre la primera y séptima semana de vida. A veces regresa espontáneamente.

Granuloma piógeno

Lesiones rojizas localizadas en la región anterosuperior de la encía que sangran con facilidad. Se suelen producir por irritación local (caries, restos radiculares, etc.). Hay que evitar los factores que favorecen su recurrencia siendo su tratamiento quirúrgico.

Lengua geográfica

Proceso benigno caracterizado por la presencia de una o más placas lisas de color rojo brillante en las que existe pérdida de las papilas filiformes y localizadas en el dorso de la lengua.

Suele ser indolora, variando las lesiones con el tiempo. En la mitad de los casos hay ten-

dencia familiar. Se ha relacionado con atopía, alteraciones gastrointestinales, procesos autoinmunes, etc. No precisa tratamiento.

Lengua nigra

Producida por una elongación de las papilas filiformes que adquieren un aspecto piloso dando lugar al acúmulo de detritus en la zona. Se relaciona con tratamientos antibióticos de amplio espectro y corticoterapia prolongada. Es conveniente una limpieza regular con cepillo.

Queilitis

Sequedad de los labios con descamación y agrietamiento de los mismos. Muy frecuente en los niños. Aunque puede hallarse asociada a la fiebre, en la mayoría de los casos se debe al contacto con el viento frío. La aplicación de vaselina acelera la curación y previene estas lesiones.

DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Definición:

La disfunción temporomandibular comprende una serie de problemas que afectan a la articulación temporomandibular, la musculatura masticatoria y estructuras asociadas (dientes, sistema neurovascular cervicofacial y musculatura cervical y escapular).

Etiología:

Existen una serie de factores contribuyentes: defectos congénitos, microtraumatismos agudos y crónicos, estrés, problemas posturales de la columna cervical, maloclusiones, pérdidas de dientes, bruxismo, intubación, etc.

Clínica:

Dolor y limitación funcional. El dolor es más frecuente en los músculos masticatorios y área preauricular. El movimiento mandibular puede estar limitado e ir acompañado de ruidos articulares (chasquidos, crepitación, crujido).

Tratamiento:

En los casos leves se basa en una serie de consejos generales: evitar alimentos que requieran masticación prolongada (chicles); no morder objetos, uñas, labios; no abrir la boca en exceso; reposo general (dormir lo suficiente, evitar malas posturas); analgésicos (ibuprofeno); frío/calor en la articulación; relajantes musculares; valoración psicológica.

Derivar al especialista en los casos graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acitores E, Cerero R. Patología oral más frecuente en Pediatría. En: García-Sicilia J et al. (eds.). Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. Madrid: Publimed, 2001; p. 612-6.
2. Andreasen JO. Traumatic injuries of the teeth. Philadelphia: WB Saunders; 1981.
3. Barbería E. Traumatismos dentarios. En: Barbería E. (Ed.). Atlas de Odontología Infantil. Madrid. Ripano, 2005: p. 75-103.
4. Berini L, Garatea J, Gay C. La infección odontogénica. En: Gay C, Berini L. Cirugía Bucal. 1ª edición. Madrid. Ergon, 1999: p. 125-50.
5. Braun-Falco O. Enfermedades de los labios y la cavidad oral. En: Braun-Falco et al. (eds.). Dermatología. Barcelona. Springer-Verlag, 1995: p. 814-37.
6. Campo J, Serrano C, Cerero R, Bascones A. Infecciones micóticas de la cavidad oral. Prof. Dent. 1999; 2: 29-36.
7. Díaz Ollero B, Castillo F. Traumatismos bucales. En: García-Sicilia J et al. (eds.). Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. Madrid: Publimed, 2001; p. 627-33.
8. Donado M. Urgencias en Odontostomatología. Madrid 1990: p. 203-35.
9. García C, Pérez L, Castejon I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE. 2003; 8: 131-41.
10. Martín Olivera E, Miñarro del Moral J. Infección bucodental. En: Gómez Campderá J, Alvarez Calatayud G, Manrique I (eds.). Madrid. Drug Farma, 2005: p. 601-6.
11. Martín Olivera E, Miñarro del Moral J, Alvarez Calatayud G, Taboada L, Pinel G, Rivas A. Epidemiología de las urgencias odontopediátricas. An Pediatr (Barc). 2006; 65: 280-1.
12. Paredes V, Paredes C. Traumatismos dentarios en la infancia. An Pediatr Contin. 2005; 3: 375-8.
13. Rivas S, Cebrián JL, Martín Pérez M, Salamanca L. Urgencias maxilofaciales. En: Ruiz JA et al. (eds.). Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. Madrid: Publiries, 2003; p. 144-9.
14. Ruiz P, Morante M. Tratamiento de los traumatismos dentarios. En: García J (ed.) Patología y terapéutica dental. Madrid. Síntesis; 1997: p. 695-722.
15. Serrano V, Sánchez M. Antibioterapia en Odontostomatología. Gaceta Dental 1997, 79:34-8.
16. Varela Morales M. Problemas bucodentales en Pediatría. Madrid: Ergon, 1999.

