

# Patología buco-dental en los servicios de urgencias: Protocolos de tratamiento

Rodríguez de la Iglesia, M.A.<sup>1</sup>; Barbuzano Safont, A.<sup>2</sup>; Blanco Rodríguez, E.<sup>3</sup>

1. Médico de familia y odontólogo. C.S. Culleredo. A Coruña. 2. Médico de familia y odontólogo. C.S. Culleredo. A Coruña.

3. Médico de familia. C.S. Culleredo. A Coruña.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 272-290

## 1. PRESENTACIÓN - INTRODUCCIÓN

La actual estructura de la asistencia bucodental por parte de la Sanidad Pública y la total inexistencia de servicios de urgencia dental, da lugar a que estos pacientes acudan a Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y Hospitalarios, pero que en muchos casos no disponen de recursos especializados.

Con este trabajo pretendemos dar una orientación sobre algunas actuaciones que se pueden realizar en estos servicios sin necesidad de una aparatología especializada, teniendo en cuenta que a "posteriori" el paciente puede, y en algunos casos debe, ser remitido al especialista odonto-estomatólogo. Especial mención merecen el gran avance de la tecnología y medios de transporte que han producido un notable incremento en el número de traumatismos buco-faciales, así como ciertos juegos infantiles (monopatines, bicicletas de montaña...) que dan lugar a accidentes con consecuencias negativas para la dentadura de los jóvenes que practican estos deportes.

## 2. ANESTESIA EN LA CAVIDAD BUCAL

El personal facultativo de los Servicios de Urgencia, tanto Extrahospitalarios como Hospitalarios, se encuentra en muchas ocasiones con situaciones en las que sería necesaria la anestesia de alguna zona de la cavidad bucal y por diversas razones, estos pacientes son derivados al odontólogo o estomatólogo.

Queremos, en este capítulo, intentar realizar un repaso de estas situaciones y clarificar unos cuantos puntos sobre la anestesia en la zona bucal.

Ante un traumatismo facial, con heridas en la cavidad bucal, fractura dental...¿Qué podemos hacer? ¿Qué necesitamos para aliviar el dolor?

- anestésico tópico: solución, gel o spray.
- anestésico local: lidocaina, mepivacaina (Scandinibsa 1% y 2%).
- jeringas de 5 y 10 c.c.
- agujas desechables.
- guantes estériles.
- mascarillas.
- compresas y gasas estériles y rollos de algodón.
- soluciones salinas.

- hemostáticos.

La anestesia debe ser el primer paso ante una intervención dolorosa por que:

- evita el dolor al paciente y permite soportar la intervención.
- no acarrea ningún riesgo al paciente.
- permite libertad de maniobras en la intervención sin que el paciente interfiera en ellas.

### *Cualidades de un buen anestésico:*

- a) Actividad: debe proporcionar una anestesia completa, rápida y que no se prolongue durante un tiempo excesivo.
- b) Atoxicidad: que no sea tóxico ni general ni localmente.
- c) Constancia y regularidad en su presentación.

### *Tipos de Anestesia:*

- a) Tópica.
- b) Infiltrativa.
- c) Regional o Troncular.
- d) General.

En este trabajo vamos a describir principalmente la anestesia tópica y la infiltrativa, dado que con ellas podemos conseguir un grado de anestesia suficiente para realizar la mayor parte de las intervenciones orales.

### *Anestesia Tópica:*

Existen varias técnicas:

- Pincelación.
- Pulverización con spray.
- Aplicación de gel.

Se utilizan principalmente para anestesiar el lugar de punción de la anestesia infiltrativa.

### *Anestesia infiltrativa:*

Utilizaremos la técnica de "anestesia paraapical", de elección para todas las piezas del maxilar superior y piezas anteriores del maxilar inferior.

### *Técnica:*

Consiste en introducir (previa aplicación de anestesia tópica) la aguja en el fondo del vestíbulo, a nivel de la pieza

a tratar; se inyecta lentamente. Es conveniente que la anestesia este a una temperatura próxima a los 38°.

FIGURA 1

Anestesia paraapical



A continuación vamos a realizar una breve descripción anatómica del Nervio Trigémino.

### 1.- Trigémino:

El V Par Craneal o Trigémino es un nervio sensitivo y motor cuyas principales funciones son:

- inervar a los músculos masticatorios.
- proveer de sensibilidad a la cara, órbita, fosas nasales y cavidad bucal.
- poseer fibras simpáticas con funciones tróficas y secretorias.

#### 1.1. Origen

Su origen lo constituyen 2 raíces:

- Raíz Motriz.
- Raíz Sensitiva.

Se dirige hacia el Ganglio de Gasser, de donde parten las siguientes ramas terminales:

- Nervio Oftálmico de Willis.
- Nervio Maxilar Superior.
- Nervio Maxilar Inferior.

Es de especial interés describir los Nervios Maxilar Superior y Maxilar Inferior, con objeto de conocer las zonas en las que conseguimos anestésiar la cavidad bucal.

#### **Nervio Maxilar Superior:**

Es la rama terminal del V par; es un nervio sensitivo que sale de la cavidad craneal y termina en el agujero suborbitario, dando unas ramas colaterales y otras terminales.

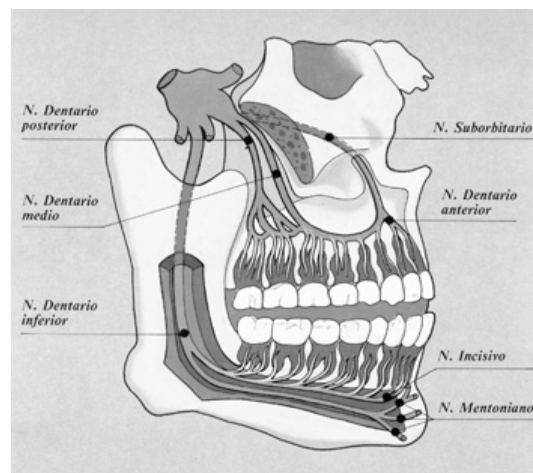
#### **Ramas colaterales:**

Las más importantes son:

- Nervios Palatinos: anterior, medio y posterior.
- Nervios Dentarios:
  - Anterior: inerva a los incisivos y al canino superior.
  - Medio: inerva al primer y segundo premolar y al primer molar.
  - Posterior: inerva al segundo premolar y a todos los molares.

FIGURA 2

Esquema de la inervación dental



#### **Ramas terminales:**

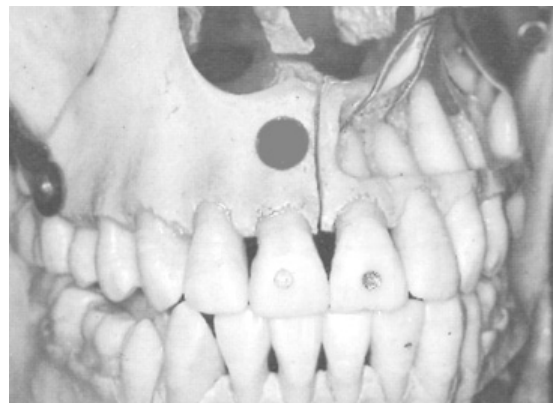
Están constituidas por los nervios suborbitarios, los cuales inervan parte de la mejilla, labio superior y región comisural.

#### **Incisivo Central Superior:**

Previo anestesia tópica, realizamos la anestesia paraapical en el fondo del vestíbulo, procurando que la aguja penetre paralela al eje del diente.

FIGURA 3

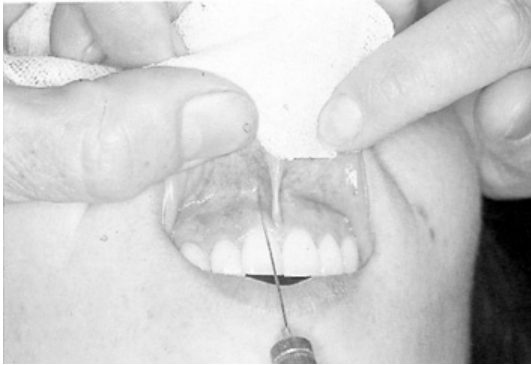
Técnica anestésica del incisivo central superior



Conseguimos así, la anestesia del incisivo central, mucosa y parte del labio superior.

FIGURA 4

Técnica anestésica del incisivo central superior



**Incisivo Lateral Superior:**

La técnica es idéntica a la previa. La inyección debe practicarse con lentitud, dando un pequeño masaje para evitar el abultamiento y favorecer la difusión del anestésico.

FIGURA 5

Técnica anestésica del incisivo lateral superior



**Canino Superior:**

La técnica es idéntica a las previas.

FIGURA 6

Técnica anestésica del canino superior



Es necesario recordar que el canino es un diente de raíz muy larga, por lo cual la aguja debe penetrar un poco mas hacia arriba.

**Premolares Superiores:**

La técnica es idéntica a las previas.

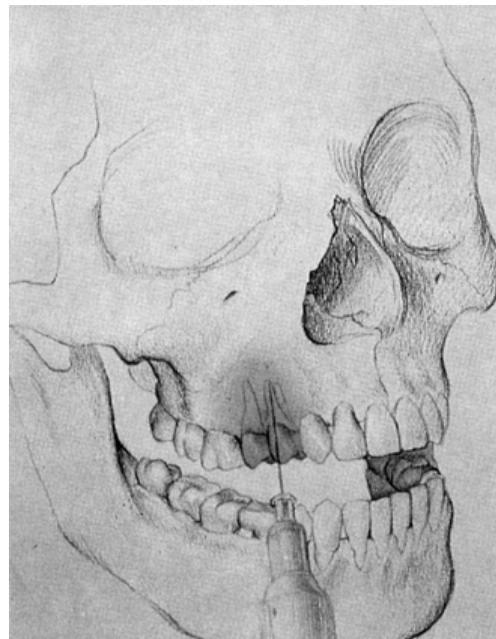
FIGURA 7

Anestesia periapical de premolares superiores



FIGURA 8

Anestesia periapical de premolares superiores



Es necesario introducir la aguja paralela al diente.

**Molares Superiores:**

Introducimos la aguja a nivel del segundo molar, en el surco vestibular y dirigiéndola hacia atrás y con un ángulo de unos 45°; procederemos a aspirar para comprobar que no hemos entrado en un vaso.

FIGURA 9

Técnica anestésica para los molares superiores

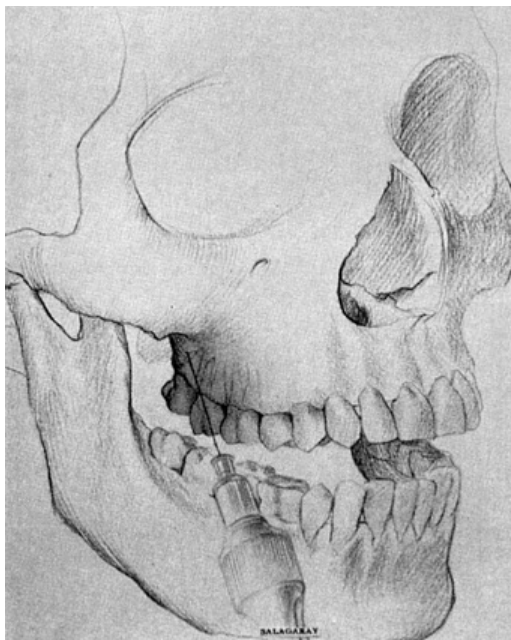


FIGURA 10

Técnica anestésica para los molares superiores



**Nervio Maxilar Inferior:**

Es un nervio sensitivo y motor; es el nervio de la masticación.

Las ramas terminales están constituidas por dos troncos:

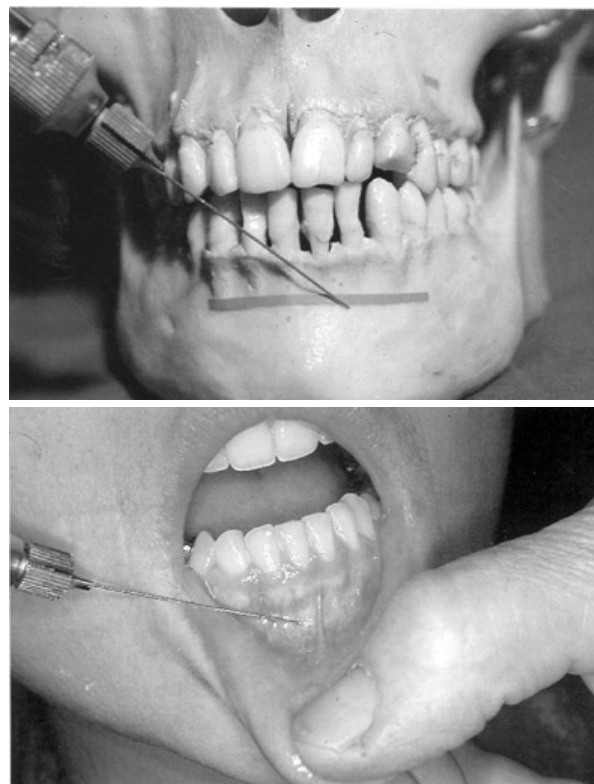
- tronco anterior.
- tronco posterior: da lugar al nervio dentario inferior y al nervio lingual. El nervio dentario inferior da ramas terminales para los incisivos, caninos y premolares.

**Incisivos y caninos inferiores:**

La técnica más sencilla para conseguir la anestesia de esta zona, consiste en la anestesia paraapical mediante inyección en la profundidad del surco vestibular y siguiendo el trayecto paralelo al diente.

FIGURA 11

Anestesia del grupo incisal inferior



Los incisivos tienen anastomosis de las terminaciones nerviosas del otro lado, por lo cual en ocasiones es necesario anestesiarse también el otro lado.

**Primer molar inferior:**

En ocasiones se logra la anestesia con la técnica para apical, inyectando en la zona entre primer y segundo premolar, a nivel del agujero mentoniano; así conseguiremos la anestesia de la mucosa gingival y labial inferior, piel del labio inferior y mentón, incisivos, caninos y primer premolar.

FIGURA 12

Anestesia del premolar inferior



## OBSERVACIONES

- no olvidar nunca la anestesia tópica.
- antes de inyectar el anestésico, aspirar, para asegurarse de no estar en un vaso.
- inyectar lentamente y mejor a una temperatura de unos 38°.
- antes de iniciar la intervención, cerciorarse de que se ha conseguido la anestesia pretendida.

## 3. PATOLOGÍA INFECCIOSA

### 1. INFECCIONES BACTERIANAS

#### 1.1. CARIES

Se puede definir como un proceso destructivo de los tejidos duros del diente, de marcha progresiva y de origen microbiano y multifactorial.

Los carbohidratos fermentables se transforman en ácido por las bacterias orales y los ácidos formados solubilizan el fosfato de calcio del esmalte produciendo la lesión de caries.

La enfermedad es patológicamente destructiva, comenzando en zonas superficiales de los tejidos dentarios en contacto con el medio bucal y llegando hasta el órgano pulpar con producción de un proceso inflamatorio y dolor intenso.

#### 1.2. PULPITIS

Es la inflamación pulpar, cronológicamente evaluable en horas o en pocos días y que tiene unas características anatomopatológicas entre las que destacan los fenómenos vasculares y la infiltración por neutrófilos de la pulpa.

Clínicamente las pulpitis agudas cursan con dolor intenso provocado por bebidas frías y calientes, así como por alimentos dulces y salados. La crisis aguda de dolor cesa también de forma brusca al retirar el estímulo que la desencadena.

En la pulpitis crónica el dolor es pulsátil y localizado, aumentando con el calor y disminuyendo con el frío; si se hace un drenaje, el dolor disminuye. El dolor suele ser intenso y lancinante en las abscesificaciones; a veces, es nocturno, despertando al paciente.

En la pulpitis crónica hiperplásica se forma un pólipo al aumentar el tejido de granulación, considerado como un estado cicatricial. En la necrosis pulpar hay pérdida irreversible de sus funciones. La coloración del diente es grisácea, hay ligera movilidad y un aumento del espacio periodontal a la exploración radiográfica.

## TRATAMIENTO:

### Analgésicos.

- Tramadol. Dosis inicial de 100 mg. por vía intramuscular u oral. Dosis de mantenimiento 50 mg / 6-8 horas por vía oral.
- Ketorolaco trometamol. Dosis inicial de 30 mg por vía intramuscular u oral. Dosis de mantenimiento 10 mg / 8 horas por vía oral.
- Metamizol. Dosis inicial de 2 g por vía intramuscular. Dosis de mantenimiento 1 g / 6-8 horas por vía oral.
- Paracetamol y codeína. Dosis inicial y de mantenimiento 600 mg de paracetamol y 30 mg de codeína / 6 horas por vía oral.

### Antiinflamatorios

- Diclofenaco sódico 50 mg / 12 horas por vía oral.
- Naproxeno sódico 550 mg / 12 horas por vía oral.
- Ketoprofeno 50 mg / 8 horas por vía oral.
- Piroxicam FDDF 40 mg / 24 horas sublingual en dosis única o fraccionada.
- Cura sedativa con eugenol.
- Pulpotomía de urgencia.
- Pulpectomía con instrumentación completa y obturación provisional con pasta de hidróxido cálcico.
- Apertura de la cámara pulpar para disminuir la presión del fluido dentinario. Tratamiento endodóncico posterior.
- Extracción dentaria.

### 1.3. ENFERMEDADES PERIAPICALES

Las periodontitis son el resultado de la inflamación del sistema de soporte del diente.

La periodontitis periapical crónica se desarrolla como inflamación proliferativa y granulomatosa, generalmente asintomática y sin fase aguda previa. En otros casos, el paciente presenta una fístula por la que drena pus de forma esporádica.

La periodontitis periapical aguda, suele ser la exacerbación de una crónica. En la fase intraósea, el proceso se extiende hasta el hueso adyacente; en la fase subperióstica, el contenido purulento se acumula debajo del periostio. El dolor alcanza el punto más alto, con características pulsátiles. Aparece edema de partes blandas con abultamiento doloroso a la palpación. El tratamiento es el drenaje, que aliviara el dolor de forma inmediata. El periostio se rompe, pudiendo formar el contenido purulento un absceso submucoso y drenar, espontáneamente o por medios quirúrgicos, a la cavidad oral; puede romperse en un punto alejado, acumulándose el pus en los espacios cervicales.

En todas las fases se recomienda el tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, que ayudará a impedir la extensión del proceso y a conseguir su resolución.

**1. Motivación y tartectomía.**

Cepillado e higiene interproximal correctos. Instrucciones al paciente sobre control de placa.

**2. Al cabo de un mes:**

Raspaje y alisado de las superficies radiculares de los dientes afectados, más **Tratamiento antibiótico:** Metronidazol 400 mg /8 horas o amoxicilina-clavulánico 500/125 u 875/125 mg / 8 horas durante 15 días, como alternativa Clindamicina 150-300 mg / 6 horas, doxiciclina 100 mg / 24 horas o minociclina 100 mg / 12 horas durante 15 días.

**3. Control de la hipersensibilidad dentinaria**

Con colutorios de fluoruro sódico 0.2%, cada 8 horas, después de realizada una higiene bucal correcta.

**4. Tratamiento antibacteriano tópico.**

Clorhexidina 0.1-0.2% 1 enjuague / 12 horas durante 2-3 semanas o Timol + 1 enjuague / 8-12 horas durante 2-3 semanas.

**5. Cirugía periodontal, si procede.**

**6. Mantenimiento con control de placa y profilaxis profesional cada 3-4 meses de forma indefinida.**

**ABSCEOS DEL ÁREA MAXILOFACIAL:**

Debido a la peculiar estructura anatómica de las partes blandas de cabeza y cuello, en relación con los espacios virtuales interconectados entre sí, cualquier infección del área maxilofacial se puede difundir a través de ellos, inflamando los ganglios linfáticos y desencadenando procesos inflamatorios.

Las infecciones maxilofaciales presentan una sintomatología común a cualquier infección: dolor, tumor, rubor y calor. Si el absceso es accesible, se apreciará la fluctuación del pus. El paciente presentará fiebre y afectación del estado general.

**Tratamiento médico**

- Antibióticos
- Analgésicos

**Tratamiento quirúrgico**

- Anestesia infiltrativa o troncular
- Incisión y drenaje intraoral (a través de tejidos blandos, canal radicular o subperióstico).
- *Absceso Vestibular Submucoso:*

Se palpará una induración depresible y dolorosa; se puede drenar por vía intraoral, dejando un drenaje hasta que ceda la salida de pus.

- *Absceso Palatino:*

Se manifiesta como un abombamiento en el paladar debido a infecciones en premolares o molares superiores; su drenaje se realizará a través del margen gingival más próximo.

- *Flemón del Labio Superior:*

Suele estar en relación con una infección a nivel de los incisivos centrales superiores y, más raramente, con los laterales. Se debe realizar drenaje a través del fondo del vestíbulo superior.

- *Flemón de la Fosa Canina:*

El diente implicado suele ser el canino superior y a veces los premolares. Debe realizarse drenaje a través del vestíbulo superior.

- *Flemones de los espacios celulares superficiales:*

Están localizados en el tejido celular subcutáneo.

- *Espacio Mentoniano:* esta localizado entre los músculos de la región, el periostio y la piel. Los dientes implicados suelen ser los incisivos o los caninos inferiores. El drenaje se realiza a través del fondo vestibular inferior, aunque en algunos casos puede ser necesario realizarlo a través de la parte inferior del mentón.

- *Espacio Maseterino:* se halla situado superficialmente a la fascia que recubre al músculo. Los abscesos a este nivel producirán trismo. El drenaje suele ser transcutáneo.

FIGURA 13

Abceso orbitario por caries en molar superior



- *Espacio Geniano*: se extiende desde la región palpebral hasta el borde mandibular inferior. Envuelve los músculos faciales de la región y tapiza el músculo buccinador. Sus flemones suelen estar en relación con infecciones de raíces vestibulares de premolares y molares superiores y, dependerá de la altura de las raíces con respecto al músculo buccinador, el que se produzca un absceso del espacio geniano o un absceso vestibular. Según su profundidad, se drenara de forma intraoral o con incisión transcutánea.

- *Flemones de los Espacios Celulares Profundos*: Están localizados entre la fascia cervical superficial y profunda.
- *Espacio del cuerpo de la mandíbula*: en su espesor se localizan los flemones perimandibulares, producidos por infecciones del premolar y molares inferiores. Estas infecciones se pueden difundir fácilmente al espacio geniano y al espacio masticador. Debe realizarse drenaje a través del vestíbulo o bien por vía transcutánea.
- *Espacio Masticador*: esta constituido por tres espacios interconectados entre sí: espacio submaseterino, espacio pterigomandibular y espacio temporal.

Los flemones están en relación con infecciones del tercer molar inferior; también pueden difundirse a partir de flemones del espacio perimandibular, parotídeo o parafaríngeo. Pueden llegar a la base del cráneo a través del espacio temporal. Un síntoma característico es la presencia de trismo.

En el caso de flemones del espacio pterigomandibular, el paciente presentará trismo y disfagia. A la exploración tendrá un dolor intenso a la palpación del borde interno del ángulo mandibular. El drenaje quirúrgico es generalmente por vía cervical debido al trismo del paciente.

- *Espacio del suelo de la boca*:
  - A. *Espacio Supramilohioideo*: esta entre la mucosa del suelo de la boca y los músculos milohioideos. El espacio sublingual esta entre el radix lingual y la cara interna del cuerpo mandibular; contiene la glándula sublingual, la prolongación anterior de la glándula submaxilar, el conducto de Wharthon y los nervios lingual e hipogloso. Los abscesos que ocupan este espacio elevan el suelo de la boca y la lengua; su drenaje debe realizarse a través de la mucosa del suelo de la boca.
  - B. *Espacio Inframilohioideo*:
    1. *Espacio submental*: esta entre los músculos milohioideos y la fascia cervical superficial.

2. *Espacio submaxilar*: entre las dos hojas de la fascia cervical superficial, músculo milohioideo y cara interna de la mandíbula; contiene la glándula submaxilar y esta cruzado por la arteria facial. El flemon difuso de todo este espacio es lo que se conoce como "angina de Ludwig", la cual puede comprometer la vida del paciente; para su tratamiento se debe realizar amplio drenaje a través del cuello, acompañado de tratamiento antibiótico.

FIGURA 14

Absceso submentoniano



3. *Espacio Parotídeo*: Esta formado en su pared anterior por la rama ascendente de la mandíbula y los músculos masetero y pterigoideo interno, presentando el "ojal de Juvara", el cual permite la comunicación entre el espacio parotídeo y masticador. Su pared posterior esta formada por la hoja profunda de la aponeurosis cervical superficial. Los abscesos en este espacio deben ser drenados por vía subcutánea.
  - *Espacio Perifaríngeo*: se compone de varias porciones:
    - a) *Espacio retrovisceral*: se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino y es la vía que siguen con mayor frecuencia las infecciones de boca, oído y faringe para llegar al mediastino.
    - b) *Espacio parafaríngeo o subparotídeo anterior*: esta entre la pared lateral de la faringe, la celda parotídea y el espacio masticador.

c) *Espacio retroestiloideo*: en este espacio encontramos la arteria carótida interna, la vena yugular profunda y los nervios glossofaríngeo, vago, espinal e hipogloso mayor.

Las infecciones de estos espacios pueden comunicarse con la base del cráneo y mediastino, comprometiendo así la vida del paciente, de ahí la gran importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces.

El paciente referirá dificultad para la deglución y a la exploración se observará un abombamiento de la faringe.

El tratamiento consiste en drenaje quirúrgico transoral y, si es preciso, a través de la región cervical; se dará cobertura antibiótica.

#### Tratamiento médico

##### Antibióticos

- Penicilina G procaína 600.000-1 millón UI/12 horas/IM/ 1 semana
- Eritromicina 500 mg/6 horas/VO/ 1 semana (añadir Clindamicina 300 mg/6 horas/VO/1 semana para realizar la cobertura antibiótica de gérmenes anaerobios, sobre todo si se usa eritromicina).

##### Analgésicos.

#### Tratamiento quirúrgico.

##### Anestesia infiltrativa o troncular.

##### Incisión y drenaje (intraoral o extraoral)

**Tratamientos conservadores de la pieza o piezas dentarias afectas: endodoncias, obturaciones.**

**Extracción si fracasan los tratamientos conservadores o no se puede restablecer la funcionalidad de la pieza dentaria.**

**Ingreso hospitalario (todo ello ante la evolución desfavorable del cuadro clínico)**

- Antibioterapia IV
- Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea
- Sueroterapia
- Drenaje quirúrgico (si es posible)

#### 1.4. PERICORONARITIS

Es la infección del tejido gingival que rodea a un diente parcialmente erupcionado. Se da con más frecuencia en los terceros molares (*cordal o muela del juicio*) y especialmente en los inferiores. El proceso cursa con dolor en la zona molar inferior, sobre todo en pacientes jóvenes (20-30 años), irradiado a la región auditiva, cuello y amígdalas; puede observarse trismo.

La mucosa aparece congestiva y dolorosa y ocasionalmente con secreción espontánea o a la presión; pueden palparse adenopatías submaxilares.

El tratamiento médico consiste en antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, junto a colutorios de suero fisiológico o agua oxigenada muy diluida. La recidiva puede hacer necesaria la extracción de la pieza dentaria.

#### 1.5. GINGIVITIS

La patología gingival en cualquiera de sus diferentes tipos clínicos, se caracteriza por alteraciones de la forma, consistencia, coloración, hemorragia y exudado; toda inflamación crónica presenta una coloración rojiza; el tamaño se altera, pudiendo incluso, cubrir parte del diente. La presencia de inflamación da lugar a una encía blanda, con pérdida del punteado característico.

La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA) es una enfermedad inflamatoria y destructiva de las encías: El factor etiopatogénico principal es el acumulo de placa bacteriana en la superficie dentaria. La clínica es característica, con un enrojecimiento agudo y doloroso de la encía y con una localización en las papilas interdentarias. Las úlceras se cubren con un exudado fibrinoso que deja una superficie sangrante y dolorosa; hay hemorragia, dolor, adenopatías, halitosis y febrícula.

El peróxido de hidrógeno al 3% mezclado con una cucharada de agua tibia, disminuye el dolor. Se aconseja utilizar Penicilinas o Tetraciclinas, aunque algunos autores usan el Metronidazol oral a dosis de 1 gr./día durante una semana.

Es fundamental revisar la higiene bucal durante el curso evolutivo y realizar una correcta motivación para evitar recidivas.

FIGURA 15

Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA)

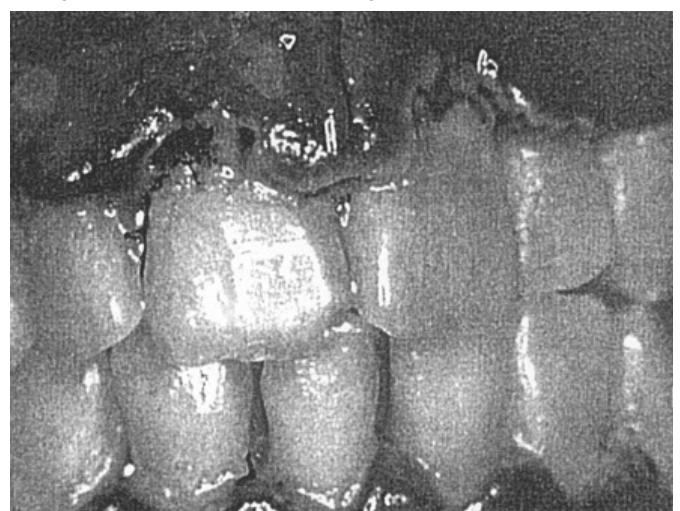
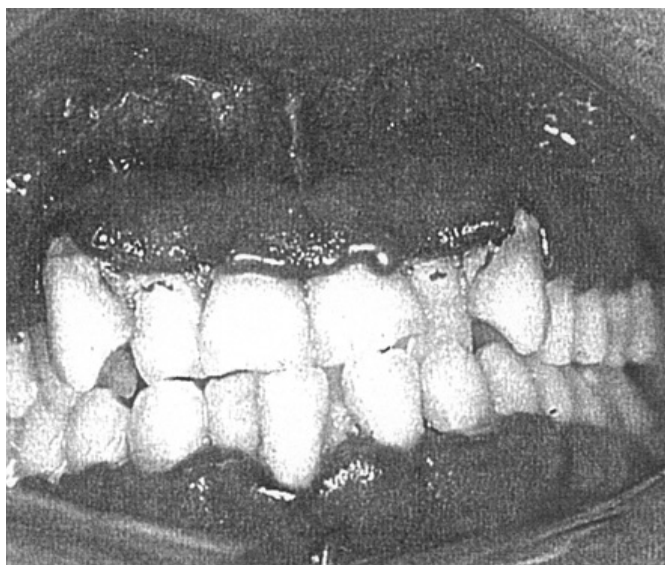


FIGURA 16

Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA)



### 1.6. OSTÉITIS. OSTEOMIELITIS

La Osteitis es una lesión circunscrita, generalmente consecuencia de una infección dentaria (granuloma) o bien como complicación de una extracción. La Osteomielitis implica una afección más extensa, con producción de sequestros y manifestaciones generales.

Actualmente la clínica de esta infección maxilar es muy polimorfa y abigarrada por las modificaciones causadas por el tratamiento antibiótico.

El primer síntoma, es un dolor de gran intensidad, que suele acompañarse de fiebre y trismo acentuado; al progresar la inflamación intraósea se comprime el nervio dentario inferior, dando lugar a un signo típico que es la anestesia del hemilabio correspondiente (signo de Vincent); suele existir movilidad del diente causante. La pérdida ósea se repara progresivamente.

Como complicaciones, puede aparecer un artritis supurada de la articulación temporo-mandibular, que puede desembocar en una anquilosis, celulitis del suelo de la boca o septicemia.

#### Sinusitis:

La mayoría de las sinusitis odontógenas tienen una presentación crónica. La periodontitis supurada aguda, puede irrumpir en el seno maxilar; la osteitis de vecindad, la evolución del quiste, la inclusión de un tercer molar o canino superior, yatrogenia,... son causas menos frecuentes de sinusitis.

Las exploraciones rinológicas y las proyecciones radiográficas son concluyentes.

TABLA 1

Tratamiento de la sinusitis maxilar aguda

Niños (dosis expresadas en mg/kg/día, excepto amoxicilina/ac. Clavulánico)

Fármaco de elección	Dosis	Alternativa	Dosis
Amoxi-clavulánico	125/31,25 mg/ 8 h	Trimetoprima/ sulfametoxazol	6/30 mg/ 12 h
> 7 años	250/62,5mg/ 8 h	Claritromicina	7,5mg/ 12 h

Adultos (dosis expresadas en mg.)

Fármaco de elección	Dosis	Alternativa	Dosis
Amoxi-clavulánico	875/125/ 8 h	claritromicina claritromicina	500/ 12 h
Cefuroxima-axetilo	250/ 12 h		

### 1.7. CELULITIS

La periodontitis atraviesa la barrera ósea y llega al tejido celular perimaxilar produciendo su inflamación.

Difieren de los abscesos en que estos dependen del diente causante. En la celulitis, la extensión puede ser a gran distancia y los trastornos generales son más alarmantes; de todas formas, no hay criterios uniformes y los diferentes autores mezclan los términos abscesos y celulitis.

FIGURA 17

Celulitis submaxilar por infección molar inferior



## 2. INFECCIONES DERMATOLÓGICAS

### 2.1. INFECCIONES BACTERIANAS

#### Impétigo:

Es frecuente en niños y jóvenes, en los que se afecta la piel de la cara, en especial en las zonas periorificiales. Aparecen vesículas serosas, más tarde turbias y finalmente purulentas. Al romperse se vacía y forma una costra melicé-

rica que a los pocos días curara sin dejar secuelas. Pueden aparecer adenopatías submaxilares o submentonianas. Los gérmenes causales son estafilococos y/o estreptococos. El tratamiento consiste en la aplicación general y local de penicilina y derivados.

**Escarlatina:**

Se trata de una infección faríngea que se extiende a la piel y mucosa oral. A las 24-48 horas la erupción se manifiesta como un punteado fino en tronco, región facial y extremidades; es típica la lengua "aframbuesada".

El germen causante es el estreptococo hemolítico, que se trata con antibióticos tipo penicilina resistente a las beta-lactamasas.

**Foliculitis:**

Se debe a la presencia del estafilococo en el folículo piloso el cual evoluciona hacia una pústula superficial.

El tratamiento se realiza con Cloxacilina o Amoxicilina/ Acido Clavulánico más Mupirocina al 2%.

**Forúnculo:**

Es una extensión del folículo piloso a la profundidad; se presenta en axilas, ingles,...; es frecuente en diabéticos. Reviste especial gravedad en el labio superior.

El tratamiento consiste en la realización de drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico con Cloxacilina.

**Erisipela:**

Se trata de una infección bacteriana producida por el estreptococo grupo A. Tiene especial predilección por la región facial y las extremidades; aparece enrojecimiento en placa y la piel esta caliente y edematosa. Puede recidivar y originar edema de labios, fiebre elevada y cefalalgia.

El tratamiento se realiza con Penicilina o Eritromicina.

**2.2. INFECCIONES VÍRICAS:**

**A. - HERPES SIMPLE:**

**Primoinfección Herpética:**

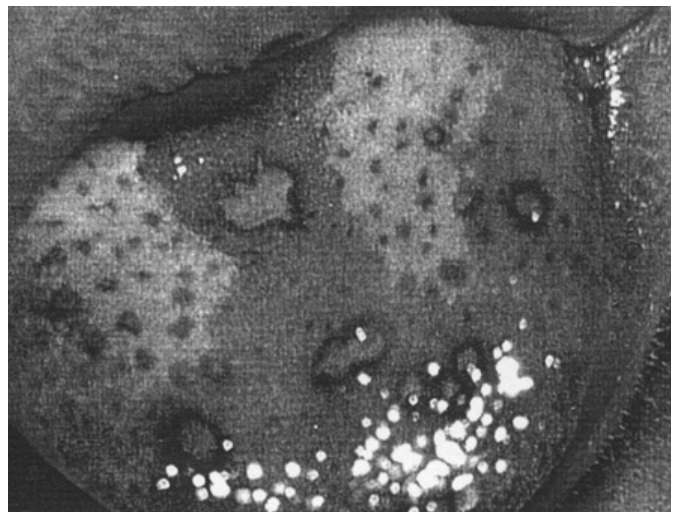
Aparece en los lactantes y niños entre los 7 meses y 4 años. Por acción de la saliva y la masticación, la flictenula es efímera y se reduce a una fina película rodeada de un halo eritematoso; hay fiebre, dolor, adenopatías regionales y halitosis.

**Herpes Recidivante:**

Suelen producirse en la misma localización y a intervalos regulares. Son típicos en mujeres en época de menstruación; también pueden desencadenarse por la fiebre, luz solar, estrés, traumatismos mecánicos, alergias, trastornos gastrointestinales,...

**FIGURA 18**

Primoinfección herpética en dorso de lengua.



**TABLA 2**

Tratamiento de la infección herpética  
**Niños**

**INMUNOCOMPETENTES**

a. Para los herpes labiales y genitales se ha defendido la terapéutica tópica. El aciclovir tópico reduce el periodo de propagación viral pero tiene poco efecto sobre los síntomas. No es eficaz la aplicación tópica de desoxurina (IDU) ni de vidarabina.

b. Tratamiento sintomático:

- + Colutorios bucales.
- + Analgésicos locales: gel de benzocaína 20% (hurricane R)
- + Agentes secantes: loción de calamina o glicerina con peróxido de carbamida.
- + Antibióticos: si existen infecciones bacterianas secundarias

c. Se facilitará la ingestión de alimento y de líquidos. Los líquidos o semisólidos fríos suelen ser aceptados cuando se rechazan otros alimentos

**INMUNOCOMPROMETIDOS < 12 AÑOS**

Fármaco de elección	Dosis	Alternativa	Dosis
Aciclovir IV	5 mg/ kg/ 8 h. 7 días	Vidarabina IV	10-15 mg/ kg/ día cada 12- 24 h. 7-10 días

**Adultos**

**A. ENFERMOS INMUNOCOMPETENTES**

Primer episodio:aciclovir 200 mg / 4 h, 7- 10 días o aciclovir pomada 5% cada 4 h, 7-10 días

Recurrencia:el aciclovir oral logra una mejoría mínima. la pomada de aciclovir carece de utilidad

**B. ENFERMOS INMUNODEPRIMIDOS**

Primer episodio o recurrencias: aciclovir oral 400 mg 4 veces día, 7-10 días o aciclovir IV 5 mg/ kg/ 12 h

Supersión de las recurrencias: aciclovir oral 400 mg / 12 h, hasta 12 meses

El diagnóstico se basa en la presencia de vesículas, multiplicidad de lesiones, diseminación por toda la boca, adenopatías y dolor. En la mucosa labial es frecuente junto a las comisuras.

**B. HERPES ZÓSTER:**

Es la manifestación neurotrópica recidivante de un virus variceloso reactivado. La clínica se resume en: erupción flictenular o vesiculosa, alteraciones sensitivas (en todo el trayecto del nervio), alteraciones motoras (puede darse una parálisis facial) y alteraciones vegetativas tipo enrojecimiento, congestión,...

hacia la mastoides. La erupción se localiza en el conducto auditivo y en la concha; hay trastornos del gusto y parálisis facial.

**3. Zona del Lingual:**

Afecta al cuerpo y a la punta de la lengua, así como al pilar anterior del velo; se alteran la masticación y la fonación.

**4. Zona del Glosofaríngeo y Pneumogástrico:**

Se acompañan de disfagia; las vesículas se extienden por los trayectos nerviosos de epiglotis, aritenoides,...

TABLA 3

Tratamiento del Herpes Zóster

NIÑOS

**INMUNOCOMPETENTES**

Tratamiento sintomático: paracetamol, ya que la administración de AAS está asociada a una mayor incidencia del síndrome de Reye.

El proceso pruriginoso se puede aliviar mediante la aplicación de calamina local.

Si existen manifestaciones bucales, se tratarán según lo descrito para infecciones por VHS.

**INMUNOCOMPROMETIDOS**

Fármaco de elección	Alternativa
Aciclovir IV	Vidarabina IV: 10 mg/ kg/ día repartidos cada 12- 24 h
< 12 años 500 mg en 1 h/ 8 h	
> 12 años 5-10 mg / kg cada 8 h	

ADULTOS

**INMUNOCOMPETENTES**

Aciclovir oral: 800 mg, 5 veces al día, 7 días

**INMUNOCOMPROMETIDOS**

Fármaco de elección	Alternativa
Aciclovir IV 10 mg/ kg/ 8 h, 10 días	Vidarabina IV 10-15 mg/ kg/ día cada 12-24 h, 5-10 días

**1. Zona Trigeminal:**

Pueden afectarse las tres ramas del V Par o bien una de ellas (oftálmica, maxilar superior o inferior). En la primera rama puede afectarse total o parcialmente (zona lacrimal, nasal o frontal); se acompaña de anestesia corneal y trastornos pupilares. En la segunda rama (maxilar superior) la erupción vesiculosa puede ser cutánea o mucosa, con afectación del paladar, mejillas,...En la tercera rama (maxilar inferior) puede afectarse toda a sólo alguna de sus ramas (lingual, auriculotemporal,...)

**2. Zona del Facial:**

La afectación en esta zona constituye el Síndrome de Ransay-Hunt, en el que los intensos dolores se irradian

**C.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:**

El SIDA es una pandemia que debe encuadrarse entre las enfermedades infectocontagiosas, siendo su agente causal un retrovirus.

El virus se encuentra en la mayoría de los fluidos corporales, pero en la transmisión sólo están implicados la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

Esta demostrado el tropismo del VIH por las células que tienen en su superficie el receptor CD4, que en su mayor parte son los linfocitos T4. La disminución de los linfocitos T4 marca la aparición de infecciones oportunistas y la disminución del cociente T4/T8 indica el avance de la infección.

### Clasificación de la OMS:

Dicha clasificación combina datos clínicos y de laboratorio; se consideran cuatro estadios y dentro de cada uno tres subgrupos (A, B y C) según la cifra de CD4.

- *Estadio 1:* paciente asintomático, con adenopatías generalizadas persistentes.
- *Estadio 2:* pérdida de peso de más del 10% del peso habitual; presenta manifestaciones cutáneas tipo dermatitis seborreica, prurito, onicomicosis, úlceras orales o queilitis angular; refieren un episodio de herpes zoster en los últimos 5 años.
- *Estadio 3:* pérdida de peso de más del 10% del peso habitual; diarrea crónica y fiebre no explicadas de más de 1 mes de evolución; candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, tuberculosis pulmonar durante el último año, infecciones bacterianas severas; paciente encamado menos del 50% del tiempo en el último mes.
- *Estadio 4:* Neumonía por P. Carini, Toxoplasmosis Cerebral, Criptococosis Pulmonar, enfermedad por Citomegalovirus con afectación de otros órganos aparte del hígado, bazo y ganglios linfáticos; infecciones por virus herpes simple mucocutáneo de más de 1 mes de evolución o visceral de cualquier evolución, leucoencefalopatía multifocal progresiva, candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar, infecciones diseminadas por micobacterias atípicas, sepsis por Salmonella (diferente a la S. Typhi), tuberculosis extrapulmonar, sarcoma de Kaposi, linfomas, encefalopatía por VIH; son pacientes encamados más del 50% del tiempo en el último mes.

### Manifestaciones Orales:

- *Grupo I:* Lesiones comúnmente asociadas a infección por VIH:
  1. Candidiasis: eritematosa, hiperplásica, pseudomembranosa o queilitis angular.
  2. Gingivitis VIH.
  3. Gingivitis necrotizante VIH.
  4. Periodontitis VIH.
  5. Leucoplasia vellosa.
  6. Sarcoma de Kaposi.
  7. Linfoma no Hodgkiniano.
- *Grupo II:* Lesiones menos comúnmente asociadas a la infección por el VIH:
  - 1) Enfermedades en las glándulas salivares.
  - 2) Infecciones vírales (citomegalovirus, herpes simple, virus papiloma humano;...).
  - 3) Púrpura trombocitopénica.

- 4) Ulceraciones atípicas.
- 5) Infecciones por Mycobacterias.
- 6) Hiperpigmentación melanótica.

### INFECCIONES MICÓTICAS ASOCIADAS AL SIDA:

#### Candidiasis Oral:

La candidiasis oral se presenta en el 75% de los enfermos con SIDA y tiene una elevada prevalencia en los seropositivos; aumenta significativamente cuando la cifra de CD4 es menor de 300 células por mm. cúbico.

La candidiasis pseudomembranosa es parecida al muguet y se caracteriza por placas blanquecinas o grumos en cualquier región de la mucosa bucal; al eliminarlos puede quedar una superficie enrojecida o sangrante. Se localiza más frecuentemente en paladar, labios, lengua y mucosa yugal; tiene valor predictivo en el desarrollo del SIDA.

La candidiasis eritematosa se caracteriza por la presencia de una zona rojiza en la mucosa oral sin la presencia de surcos o placas; la intensidad de la coloración varía del rojo pálido al intenso; es más frecuente en el paladar duro, blando y dorso de la lengua.

#### Queilitis Angular:

Se relaciona estrechamente con pacientes infectados por VIH, en los cuales se cronifica; a veces se sobreañade el Staphylococcus Aureus.

#### Histoplasmosis:

Se caracteriza por fiebre, pérdida de peso, síntomas pulmonares y lesiones en boca y piel, a modo de úlceras o lesiones inflamatorias granulomatosas.

#### Cryptococosis:

Aparecen ulceraciones en lengua y paladar duro, cubiertas por pseudomembranas; son más frecuentes en sujetos homosexuales.

### INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL SIDA:

#### Enfermedades periodontales asociadas al VIH:

Estos cuadros muestran signos y síntomas más severos que los convencionales y responden peor al tratamiento periodontal. La progresión de la enfermedad es rápida y la pérdida de inserción y hueso hace que los dientes sean móviles en poco tiempo.

#### Gingivitis en los pacientes VIH:

Suele aparecer una línea roja en el margen gingival y una zona eritematosa en un paciente con poca acumulación de placa bacteriana. La hemorragia gingival puede ser espontánea o provocada por el cepillado. El cuadro no responde a la profilaxis como la gingivitis convencional.

**Periodontitis en los pacientes VIH:**

Generalmente aparece precedida de una gingivitis. Consiste en una pérdida grave de la inserción periodontal y en una rápida destrucción del hueso soporte.

**Gingivitis ulcerativa necrofizante aguda:**

Se caracteriza por dolor, hemorragia al cepillado, úlceras,... La respuesta al tratamiento es mala.

**Estomatitis necrofizante:**

En casos de gran deplección de los mecanismos de defensa, el cuadro anterior puede evolucionar hacia una estomatitis necrofizante, con exposición ósea y presencia de Cándidas, Bacteroides, Anaerobios,...El tratamiento consiste en raspado y alisado, irrigación con clorhexidina y povidona yodada. Se puede complementar con Metronidazol o Clindamicina.

**INFECCIONES VÍRICAS ASOCIADAS AL SIDA:**

**Herpes Simple:**

Puede presentarse como una gingivostomatitis herpética primaria con manifestaciones locales y sistémicas (fiebre, edema, adenopatias,...). Las lesiones se presentan en cualquier punto de la mucosa oral; las vesículas se rompen y originan úlceras irregulares.

El tratamiento típico es el Aciclovir en crema (cinco o seis veces al día) o bien vía oral a dosis de 200 mg, cinco veces al día, durante 5-7 días.

**Virus Varicela-Zóster:**

La erupción vesicular y dolorosa suele localizarse en el área de extensión del nervio. En el tratamiento se emplea el Aciclovir (en casos graves puede utilizarse la vía endovenosa).

**Virus Papiloma Humano:**

En pacientes infectados por el VIH, se observa predisposición a padecer infecciones por el Virus del Papiloma Humano.

**Leucoplasia Velloso:**

Una o más lesiones blancas no removibles en los bordes laterales de la lengua y superficie ventral, son sugestivas de Leucoplasia Velloso. Los virus implicados son el Papiloma Humano y el de Epstein-Barr.

La lesión es muy frecuente y se le considera como factor de elevada probabilidad de SIDA. El diagnóstico diferencial se hará con otros tipos de leucoplasia, liquen plano,...El tratamiento se realiza con Aciclovir, vía oral.

**Sarcoma de Kaposi:**

Formado por una o varias tumoraciones violáceas, localizadas en el paladar y encía especialmente. Pueden llegar a destruir los tejidos vecinos y producir secuestros óseos.

**TABLA 4**

Tratamiento de las infecciones oportunistas asociadas con el SIDA (Adultos):

Infección	Fármaco de elección	Dosis	Alternativa	Dosis
P. Carinii (pneumonía)	Trimetop-sulfom	15 mg/kg /día	pentamidina	4 mg/kg/ 24 h IV, 14- 21 días
Complejo m.avium (septicemia)	Rifabutin + etanbutol + etionamida	150-300 mg día 15 mg/ kg/ día 15 mg/kg/ 6-8 h	Ciprofloxacina o claritromicina	750 mg/ 12 h  1 g/ 12 h
Toxoplasmosis	Pirimetamina + Sulfadiacina + Ácido fólico	50-100 mg/ día	Clindamicina	2-4 g/ día
Criptococosis (meningitis)	Anfotericina B	0,4 mg/ kg/ día IV	Fluconazol	200 mg/ día, 8-12 semanas
Candidiasis superficial	Fluconazol	Inicial 200 mg/ día, seguido de 100 mg/día, 3-5 semanas	Anfotericina B	0,4 mg/ kg/ día, 6 semanas
Candidiasis profunda	Anfotericina B	0,4 mg/kg/ día 6 semanas	Fluconazol	Inicial 400 mg/día seguido de 200-400 mg día, 4-6 semanas
H.simple Y varicela zóster	Aciclovir IV	15-30 mg/kg/día cada 8 h	Vidarabina IV	10-15 mg/ kg/ día cada 12-24 horas
Citomegalovirus	Ganciclovir IV	7,5-15 mg/kg/día cada 12 h	Foscarnet*	180 mg/ kg/ día

\*: en fase de investigación clínica sin estudios concluyentes.

+: Como tratamiento sintomático se pueden utilizar análogos a la somatostatina (SANDOSTATIN ®), IV: 10-75 mcg/hora; SC: 100-300 mcg, cada 8 horas hasta controlar la diarrea.

NOTA: la duración de los tratamientos expuestos en la tabla refleja lo descrito en la literatura consultada. No obstante, se recomienda continuar con el tratamiento hasta la resolución del proceso patológico.

### **Linfoma No-Hodgkiniano:**

Los pacientes infectados con VIH tienen predisposición a padecer este tipo de tumor. Existe relación entre el virus de Epstein-Barr y este tipo de linfomas en los pacientes inmunodeprimidos.

## **2.3. INFECCIONES MICÓTICAS**

### **A. CANDIDIASIS:**

Las especies de *Cándida* están en forma saprófita en la cavidad bucal y una serie de factores (abuso de antibióticos, corticoides, ...) pueden alterar el equilibrio microbiano, proliferando así las *cándidas*; cabe destacar también como factores desencadenantes la diabetes, leucemias, tratamientos quimioterápicos, carencias vitamínicas, ... Entre los factores locales destacan los portadores de prótesis, chupetes, hábito de mordisqueo y en general, la falta de higiene.

La forma aguda pseudomembranosa (muguet) se presenta frecuentemente en recién nacidos, en la primera semana de vida, debido a una posible vaginitis de la madre.

Suele localizarse en la mucosa yugal, vestíbulo, lengua, paladar y encías. Se puede ver también en adultos, después de tratamientos con antibióticos o corticoides. Es necesario realizar tratamiento diferencial con líquen y leucoplasia.

Las lesiones son blanquecinas, amarillentas y pueden ser eliminadas con frotamiento dejando una mucosa eritematosa. El tratamiento será a base de antifúngicos. La Nistatina se administra vía oral, durante unas dos semanas. Los óvulos vaginales disueltos en la boca son muy útiles. También se utilizan el clotrimazol o ketoconazol. Los casos graves se tratan con Anfotericina intravenosa.

La candidiasis atrófica es la consecuencia de una candidiasis pseudomembranosa persistente. Tiene cierta afinidad por el dorso de la lengua y puede asociarse con la *Queilitis Angular* y suele ser dolorosa. Se presenta como placas depapiladas de color rojo intenso, con pequeñas fisuras. En la mucosa palatina aparece una zona eritematosa salpicada de un punteado cremoso. La mala higiene en los portadores de prótesis, suele ser un factor desencadenante.

### **B. QUEILITIS ANGULAR:**

El cuadro se caracteriza por maceración, eritema, fisuras, grietas y zonas eritematosas en los ángulos de la boca. Los factores involucrados son el déficit vitamínico, la anemia ferropénica, las prótesis, ...

El tratamiento debe tener en cuenta la enfermedad de base y la aplicación de drogas antifúngicas en forma tópica, así como las normas higiénicas necesarias.

### **C. LENGUA NEGRA VELLOSA:**

Se trata de una infección producida por *Cándidas* y es frecuente en personas bajo tratamiento antibiótico. Suele aparecer la lengua cubierta de pelos y de color negro. El tratamiento consiste en frotar la lengua con antifúngicos tópicos, así como la utilización de óvulos vaginales de nistatina disueltos en la boca, cuatro o cinco veces al día.

## **4. TRAUMATISMOS.**

Los traumatismos dentales y bucales son un motivo frecuente de consulta urgente en los Centros de Salud, en los cuales se puede realizar una atención adecuada, aun sin contar con recursos muy especializados. En muchos casos es obligada una posterior consulta con el Odontólogo, quien valorará el pronóstico de vitalidad y conservación de las piezas dentarias afectadas.

### **Etiología:**

Varia dependiendo de la edad; en la infancia suelen deberse a caídas accidentales, bien al comenzar a andar o bien cuando se incorpora a las actividades escolares. En la adolescencia son más frecuentes en la práctica de deportes de contacto (fútbol, baloncesto, ...). En los adultos, la principal causa radica en los accidentes de tráfico y accidentes laborales.

Los dientes más afectados son los incisivos centrales superiores (80%), los incisivos laterales superiores y los incisivos inferiores.

### **Diagnóstico de lesiones dentales y bucales:**

Procederemos a realizar:

#### *Historia Clínica:*

¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿Dónde se produjeron las lesiones? (por posible contaminación de las heridas, implicaciones médico-legales, ...). ¿Cuándo se produjeron las lesiones? (el factor tiempo es un factor importante sobre todo en el pronóstico de los dientes avulsionados).

#### *Exploración:*

- Tejidos blandos: determinan la naturaleza penetrante de las heridas y alertan sobre la posible presencia de cuerpos extraños en las heridas.

- Tejidos duros: buscaremos fundamentalmente fracturas dentarias y fracturas de la cortical ósea.
- Palpación: se hará con cuidado, palpando con los dedos índice y pulgar y dejando la encía en medio para que nos sirva de referencia sobre cualquier variación en esa zona.
- Percusión: se realiza percutiendo en el borde del diente con el mango de un espejo. Se hará primero en dientes no traumatizados, de forma que el paciente puede percibir las reacciones normales a esta prueba. Con esta prueba valoraremos la sensibilidad (si es positiva indica daño o lesión del ligamento periodontal) y sonido (un sonido agudo y metálico indica que el diente desplazado fue forzado al exterior del alvéolo).
- Movilidad: se comprueba con los mangos de dos espejos; se pueden valorar la movilidad horizontal, hacia adentro y hacia afuera y vertical (intrusión).
- Pruebas térmicas: se realizan para valorar el estado de salud de la pulpa dentaria. Existen diversas técnicas; una muy simple consiste en disponer de dos jeringas, una con agua fría y otra con agua caliente; la irrigación del diente afectado provocara un estímulo doloroso, indicando la existencia de vitalidad en la pulpa.
- Estudio radiológico: es un estudio de gran valor ante cualquier traumatismo bucodental, tanto para valorar los tejidos duros como para valorar la posible presencia de cuerpos extraños en las partes blandas; distinguimos dos técnicas: extraoral (es la ortopantomografía; es la que nos aporta mayor información sobre lesiones en los dientes y áreas próximas) e intraoral (es más usada en la clínica de odontoestomatología).

### 1. FRACTURAS

La mayor parte de las fracturas dentales ocurren en la región anterior, en la infancia por traumatismos varios (caídas de bicicleta, monopatín,...) y en la edad adulta por agresiones o por accidentes de tráfico.

#### A.- Clasificación:

Las fracturas dentarias pueden ser: coronarias, radiculares, coronoradiculares y conminutas.

Hemos de tener en cuenta que los factores fundamentales en el tratamiento son: la edad del paciente y la extensión de la fractura en relación a la pulpa dentaria.

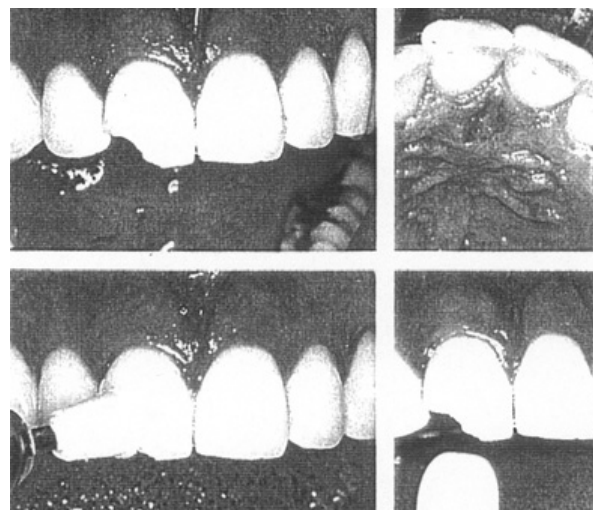
Actualmente se utiliza la *Clasificación de ELLIS*:

- *Clase I*: La fractura afecta sólo al esmalte del diente; no precisa intervención urgente; puede producir malestar

por existir algún fragmento cortante en el diente, lo cual se corrige puliendo con algún material abrasivo.

FIGURA 19

Tratamiento de una fractura coronaria no complicada con la técnica del grabado ácido y resina composite.



- *Clase II*: La fractura afecta al esmalte y a la dentina del diente. El paciente tiene hipersensibilidad con estímulos tales como el frío, calor y paso de aire. El tratamiento consiste en analgésicos, antibióticos y cobertura de la dentina expuesta con un material elástico (p.ej. chicle) hasta que el paciente acuda al odontólogo. Si presenta una gran hipersensibilidad podemos anestesiarse la zona.
- *Clase III*: La fractura afecta esmalte y dentina con exposición de la pulpa (nervio). Es una verdadera urgencia dental y necesita la atención de un especialista ya que la demora en el tiempo puede dar lugar a la formación de un absceso. El tratamiento en un Servicio de Urgencias debe consistir en: anestesia, colocar un trozo de material elástico (p.ej. chicle) y recubrir el resto con material de aluminio (para disminuir la irritación pulpar) y administrar antibióticos y analgésicos.

### 2. LUXACIONES:

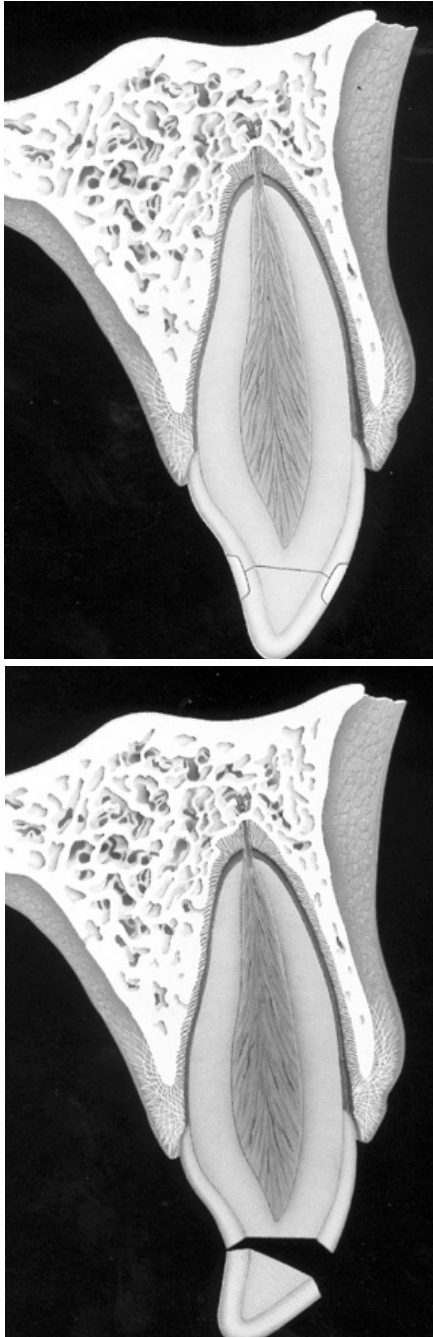
Cuando por acción de un agente traumático se produce un desplazamiento parcial del diente en su alvéolo, hablamos de luxación. El desplazamiento del diente, respecto a su alvéolo, puede ser: extrusivo, intrusivo o lateral.

#### 1. Luxación Extrusiva y Lateral:

El diente se desplaza hacia afuera en el sentido lateral y hacia un lado o hacia delante/atrás.

FIGURA 20

Nueva fijación del fragmento coronario utilizando un agente que se adhiere a la dentina



**A. Luxación Extrusiva:**

**Diagnóstico:**

- Movilidad y percusión: el diente presenta movilidad en dirección vertical y longitudinal; la percusión revela dolor y un sonido apagado.
- Sensibilidad: el diente no responde a las pruebas de sensibilidad

- Radiología: aparece desplazamiento coronal del diente.

**Tratamiento:**

Es necesario realizar anestesia infiltrativa; posteriormente se empuja suavemente el diente hacia el alvéolo y se introduce en él, ejerciendo presión con el dedo índice y pulgar. Posteriormente se debe proceder a ferulizar el diente con el contiguo. Se administrarán analgésicos.

**B. Luxación Lateral:**

**Diagnóstico:**

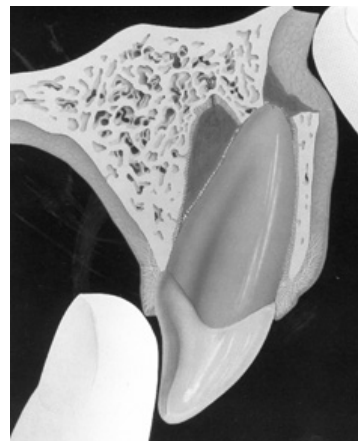
- Percusión: revela un sonido metálico agudo.
- Movilidad: no se aprecia movilidad en el diente lesionado.
- Sensibilidad: no hay respuesta a la prueba de sensibilidad pulpar.
- Radiología: revela desplazamiento del diente.

**Tratamiento:**

Se realiza anestesia infiltrativa y se procede a reubicar el diente en su alvéolo mediante presión digital entre el índice y el pulgar; a continuación se realiza una ferulización posterior (la realizará el Odontólogo); se deben administrar analgésicos.

FIGURA 21

Principios de tratamiento para la luxación lateral: reubicación y ferulización.



**C. Luxación Intrusiva:**

Consiste en el desplazamiento del diente hacia dentro de su alvéolo; comparando su tamaño con el del vecino, vemos que es de aproximadamente la mitad.

**Diagnóstico:**

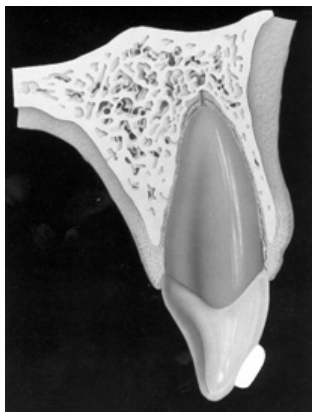
- Percusión: aparece un sonido metálico agudo, indicativo de que el diente se encuentra anclado en el hueso.
- Movilidad: no existe.

**Tratamiento:**

En el Servicio de Urgencias, no se hará nada en este caso; la reducción manual, que consistiría en "tirar" del diente, esta contraindicada. Se pautarán analgésicos y se remitirá al Odontólogo.

FIGURA 22

Principios de tratamiento para la luxación lateral: reubicación y ferulización.



**3. AVULSIÓN**

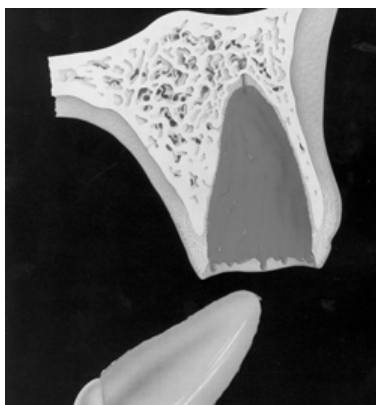
Es la salida completa del diente fuera de su alvéolo. Aunque es imposible garantizar la duración de la permanencia en boca de un diente reimplantado, un tratamiento adecuado y a tiempo puede aumentar al máximo las posibilidades de éxito.

**1. Manejo en el lugar del accidente:**

- A. Reimplantar inmediatamente, si es posible; si esta contaminado, irrigar con agua antes de proceder a su reimplante.
- B. Si el reimplante inmediato no es posible, colocar el diente en el mejor medio de transporte disponible.

FIGURA 23

Principios de tratamiento para la luxación lateral: reubicación y ferulización.



**2. Medio de transporte:**

Puede usarse solución salina balanceada de Hank, leche, suero fisiológico, saliva (en el vestíbulo de la boca) o incluso en agua.

**3. Manejo en la clínica:**

**A. Reimplante:**

Si el tiempo extraoral es seco y han transcurrido menos de 2 horas, se procederá a reimplantar; si han transcurrido más de 2 horas se debe aclarar con suero fisiológico y posteriormente reimplantar.

**B. Superficie de la raíz:**

Mantener el diente húmedo en todo momento y no tocar la raíz (se debe coger el diente por la corona); asimismo no raspar ni cepillar la raíz.

**C. Manejo del alvéolo:**

Si hay algún coagulo, limpiarlo suavemente con suero fisiológico; tomar el diente por la corona e introducirlo en el alvéolo ejerciendo una suave presión digital hasta colocarlo en su posición original; indicar al paciente que muerda suavemente un pañuelo y que acuda a un Odontólogo tan pronto como sea posible.

**D. Tratamiento médico:**

Debe realizarse anestesia de la zona, e indicar tratamiento antibiótico, vacunación antitetánica y colutorios con clorhexidina.

Es necesario tener en cuenta que:

- los dientes temporales avulsionados no se reimplantan.
- los dientes permanentes con grandes fracturas y/o pacientes con lesiones periodontales importantes, no se reimplantan.
- los dientes permanentes avulsionados y posteriormente reimplantados, requieren controles periódicos.

**5. COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA**

**1. ALVEOLITIS:**

La alveolitis es un proceso infeccioso localizado en el alvéolo dentario, producido generalmente después de una extracción complicada.

Es más frecuente en adultos y en el 95% de los casos se produce en el maxilar inferior, sobre todo en las zonas premolares y molares, principalmente en el último molar o muela de juicio.

**Etiología:**

Como causas favorecedoras de la alveolitis se señalan las siguientes: extracción complicada y traumática, boca séptica y/o paciente con algún tipo de inmunodeficiencia, empleo

de anestesia con vasoconstrictor, infecciones periapicales previas, estar a tratamiento con anticonceptivos orales,...

#### **Clinica:**

Los síntomas suelen aparecer entre el 2º y el 4º días postextracción. Se caracterizan fundamentalmente por:

- Dolor: agudo, lancinante e irradiado a oído y difícil de aliviar con analgesia; aumenta con la succión y masticación.
- Alvéolo seco o supurado: dependiendo de que halla restos del coagulo o no, puede acompañarse de un fenómeno de putrefacción de restos alimenticios dentro del alvéolo.

#### **Protocolo de tratamiento:**

El mejor tratamiento de la alveolitis consiste en hacer una buena profilaxis.

- Profilaxis: evitar traumatismos durante la extracción y aplicar tratamiento antibiótico a los procesos infecciosos dentarios previa extracción quirúrgica.
- Tratamiento:
  - Local: infiltración con anestesia, irrigación con suero fisiológico, legrado y secado del alvéolo; colocación dentro del alvéolo de Alvogil.
  - Médico: analgésicos (paracetamol-codeína, metamizol o tramadol), antiinflamatorios (naproxeno, diclofenaco o ketoprofeno) y antibióticos (amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, eritromicina o espiramicina + metronidazol).

Por tanto, cuando nos encontremos ante un cuadro de estas características, procederemos de la siguiente forma:

1. Anestesia, si fuese posible.
2. Lavado de la cavidad con suero fisiológico
3. Colocación en el alvéolo de Alvogil.
4. Analgésicos y antibióticos vía oral o intramuscular (nunca localmente).

## **2. HEMORRAGIAS**

Entre los cuadros de patología bucodental que se presentan en Urgencias, las hemorragias son uno de los más frecuentes e importantes, tanto por lo alarmante de la situación como por la gravedad que pueden llegar a adquirir.

#### **Etiología:**

Las hemorragias que se presentan después de una extracción dental, pueden tener una causa local o general.

#### **1. Hemorragias de causa local:**

Suelen deberse a alguno de los siguientes factores: heridas traumáticas o quirúrgicas en los tejidos vecinos, infecciones locales, fracturas de los tabiques interdentarios, restos de

esquirlas óseas o a la destrucción del coagulo por hacer enjuagues o por succión.

La presencia de una pequeña hemorragia después de una extracción, es un proceso normal, pero también y normal es que los procesos hemostáticos la controlen en un corto periodo de tiempo.

#### **2. Hemorragias de causa general:**

##### *2.1. Por alteraciones en la fase vascular de la coagulación:*

- hereditarias: Enfermedad de Rendu-Osler, Síndrome de Marfan o Síndrome de Ehlers-Danlos.
- adquiridas: escorbuto, alteraciones vasculares en enfermos de edad avanzada o enfermedades infecciosas como el tífus.

##### *2.2. Por alteraciones en la fase plaquetaria de la coagulación: septicemias, púrpura trombopénica, hepatopatías, medicamentosas (A.A.S., Quinina o Tiouracilo), alergias, neoplasias o hiperuricemia.*

##### *2.3.- Por alteraciones de la coagulación propiamente dicha:*

- congénitas: hemofilia, déficit o carencia de factor V y VII, hipoprotrombinemia o afibrinogenemias.
- adquiridas: falta de vitamina K (por carencia en la dieta, alteración en su absorción o patología hepática) o por tratamiento anticoagulante.

#### **Protocolo de tratamiento:**

##### **1. Hemorragias de causa local:**

- Eliminación del coagulo, si existe, para localizar la zona o punto de sangrado.
- Taponamiento con gasa o rollo de algodón: generalmente con esto es suficiente para controlar la hemorragia; se debe indicar el realizar presión mordiendo durante unos 15 minutos.
- Relleno del alvéolo vacío con sustancias coagulantes como el Espongostan o celulosa oxidada.
- Cuando no se consigue hemostasia con estos métodos, se puede infiltrar anestésico local con vasoconstrictor y luego hacer hemostasia local con gasa o con relleno del alvéolo.
- En caso de no cesar la hemorragia debemos realizar sutura de la herida con lo cual se controla el sangrado y se consigue una cicatrización más rápida y regular.

En algunas ocasiones se pueden combinar los métodos, así por ejemplo, podemos rellenar el alvéolo con sustancias coagulantes como celulosa oxidada y realizar sutura de la herida, de forma que conseguimos la hemostasia por un doble mecanismo.

## 2. Hemorragias de causa general:

### 2.1. Alteraciones de la coagulación (congénitas y adquiridas):

En todos estos pacientes las extracciones deben realizarse en un medio hospitalario. Previamente se deben realizar determinaciones de plaquetas, tiempo de hemorragia, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.

Antes de la operación se administrara el factor deficitario específico (crioprecipitado plasmático enriquecido con factor de Von Villebrand, concentrado de factor VIII, plasma fresco congelado, ácido épsilon amino caproico o ácido trexámico. El tratamiento puede prolongarse en algunos casos una semana.

Los pacientes en tratamiento con dicumarínicos (Sintrom) pueden ser tratados en dos situaciones:

- enfermos con bajo riesgo embolígeno: se retira el tratamiento anticoagulante 48 horas antes de la intervención y posteriormente se continua con el tratamiento.
- enfermos con elevado riesgo embolígeno: se retira el anticoagulante oral tres días antes de la intervención y se le administra heparina sódica i.v. (4.000 U/4 h.); luego se pasa a anticoagulación oral 48 horas de la intervención, manteniendo la heparina durante dos días.

Ante una hemorragia en este tipo de pacientes, se administrara vitamina K o plasma fresco congelado.

### 2.2. Hepatopatías:

Los pacientes con alteraciones hepáticas y hemorragias postextracción dental, se tratarán con las medidas locales antes mencionadas y administración de vitamina K por vía parenteral, teniendo en cuenta que en ocasiones se recurrirá a tratarlos con plasma fresco congelado, el cual aporta todos los factores de la coagulación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Calatrava Páramo L. Lecciones de patología quirúrgica oral y maxilo-facial. Madrid: Ed. Oteo, 1979.
- Donado Rodríguez M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. Madrid: Ed. Donado Rodríguez, 1990; 499-519.
- López Arranz JS. Cirugía Oral. Madrid: Ed. Interamericana, 1991.
- Lucas Tomás M. Medicina Oral. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1988; 12-30.
- Nadal-Valldaura A. Patología dentaria. Barcelona: Ediciones Rondas, 1987; 257-331.
- Ries Centeno FA. Cirugía bucal. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1987.