

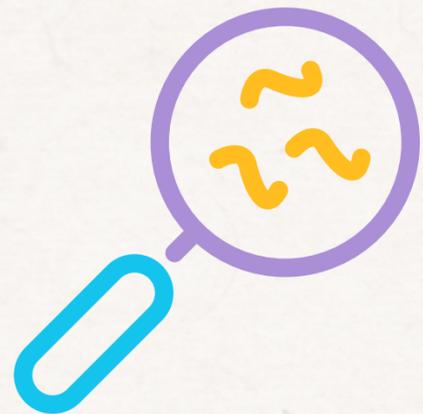
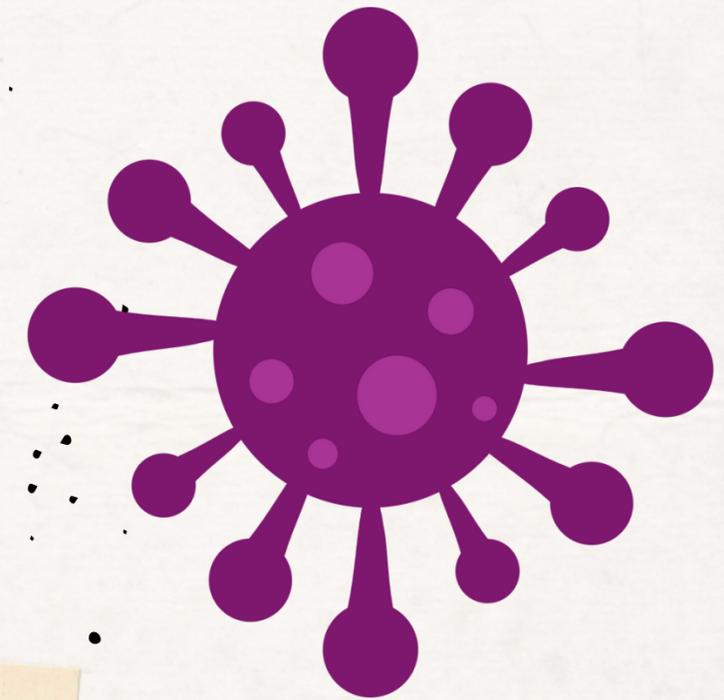


Procesos

infecciosos



de la cavidad oral



Infección odontogénica



Aquella que tiene como origen, las estructuras que forman el diente, el periodonto, afectando el hueso maxilar en la región periapical.

En su progresión espontánea perfora la cortical y el periostio para drenar la cavidad bucal.

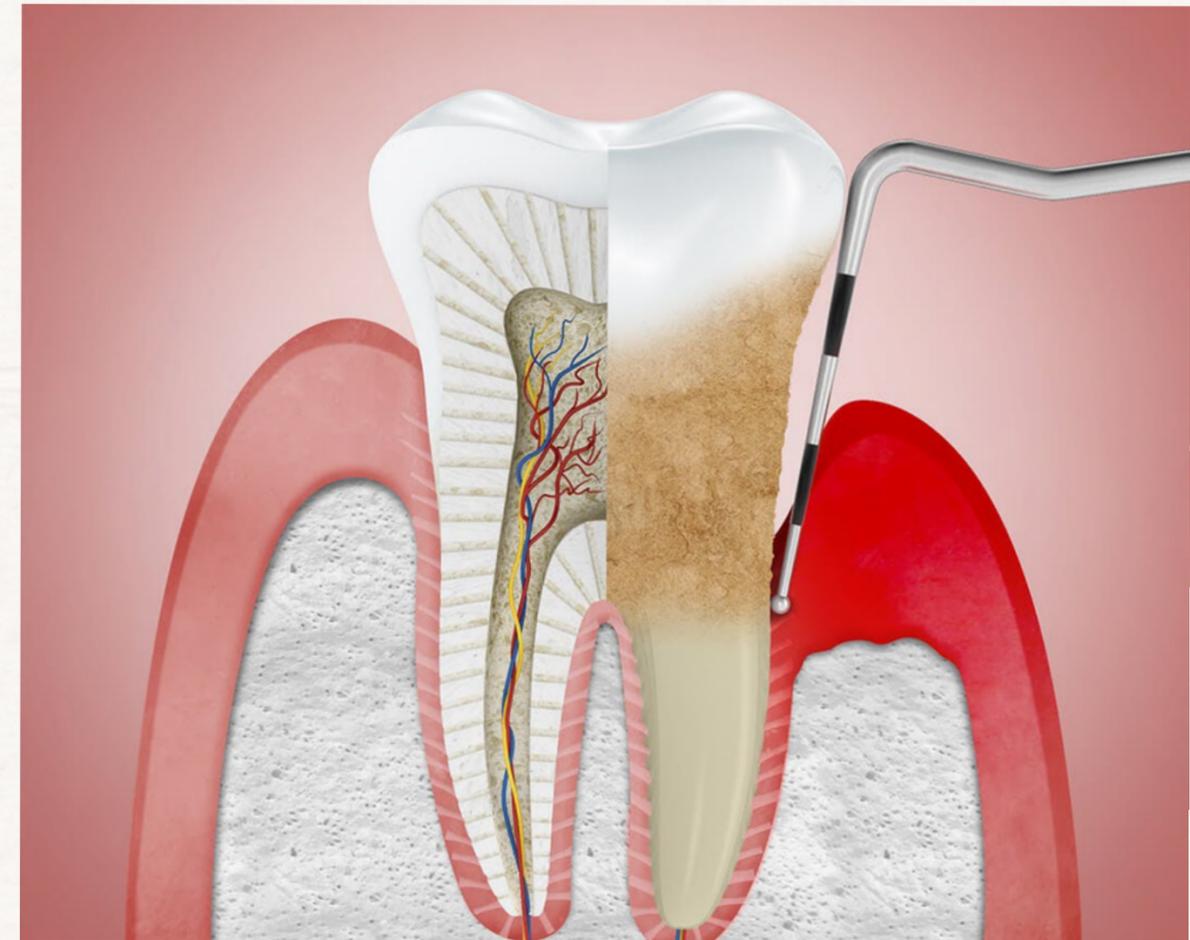
Etiopatogenia

La infección odontogénica se describe como **endógena**, **biológicamente dinámica** y **mixta** con predominio de anaerobios.



Causas infecciosas

- **Pulpaes:** las más frecuentes, evolución de caries hasta necrosis pulpar
- **Periodontales:** pericoronaritis y enfermedad periodontal del adulto.



Causas traumáticas

1. **Necrosis pulpar por traumatismo agudo alveolo- dentario:** contusión, luxación, fractura...
2. **Necrosis pulpar por traumatismo crónico:** oclusión traumática, contacto oclusal prematuro



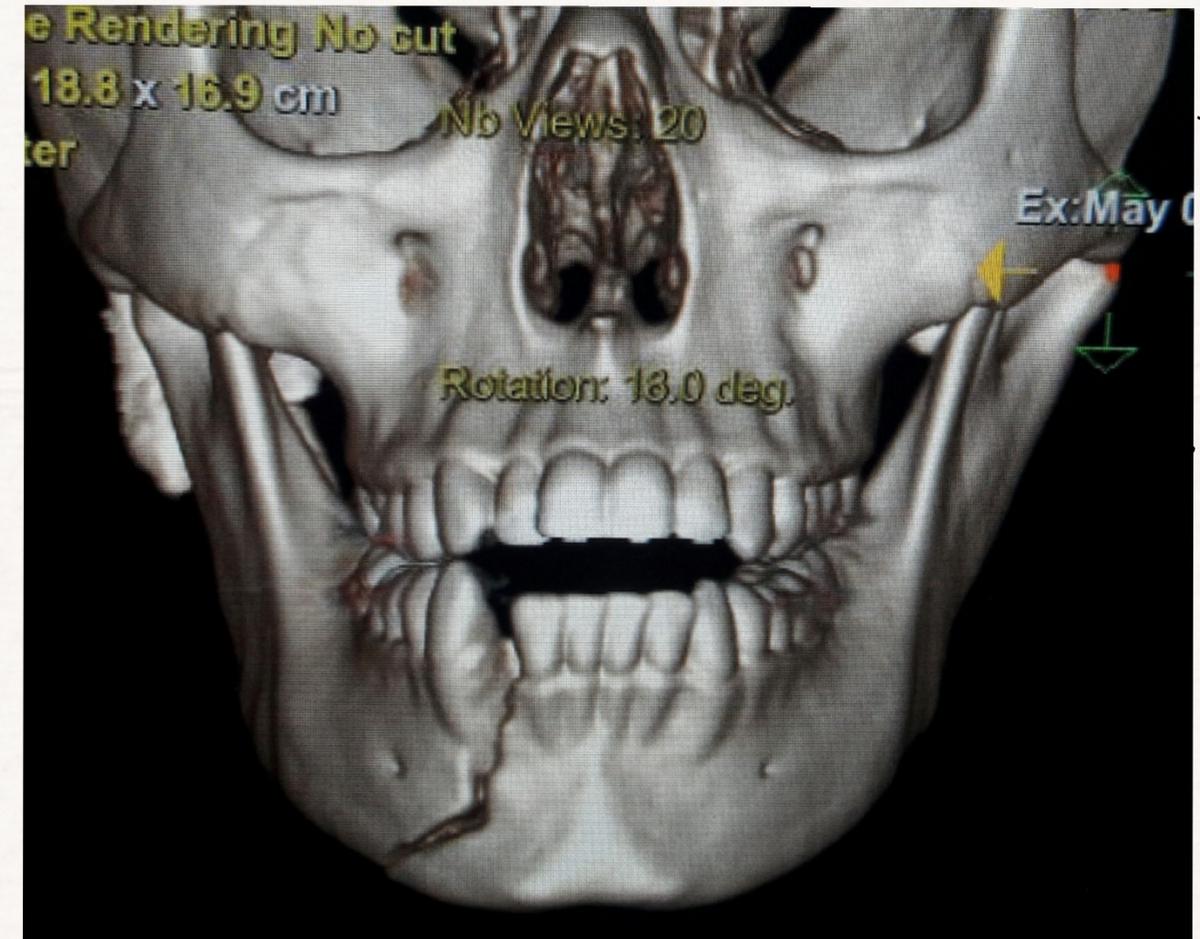
Causas iatrogénicas

- Tipo restaurador-endodóncico: obturaciones profundas sin protección adecuada, sobreobturación del canal radicular, fármacos intraconducto...
- Tipo protésico: tallados excesivos
- Tipo quirúrgico: malas técnicas de anestesia, ostectomías indiscriminadas
- Tipo ortodóncico: movimientos dentarios incontrolados

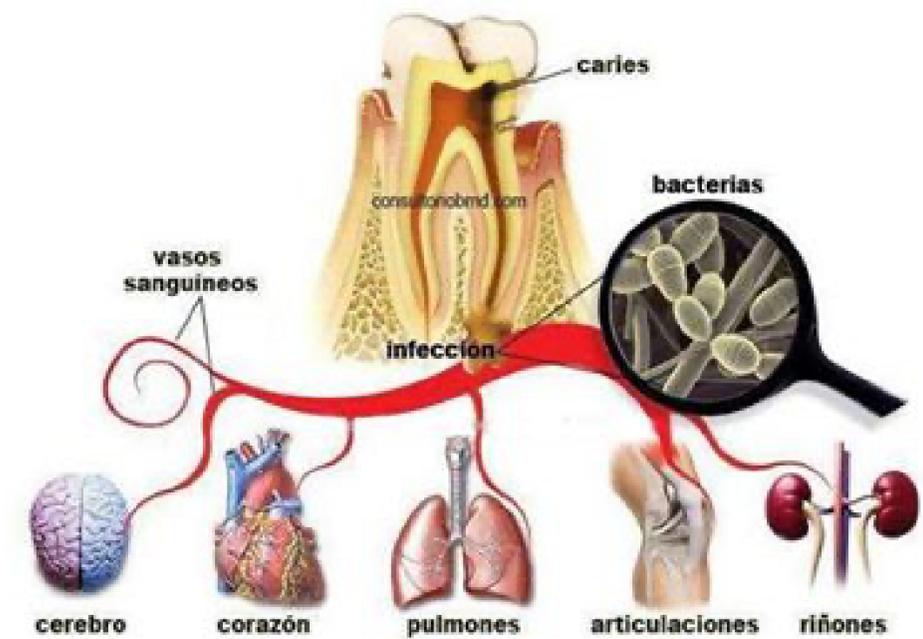


Causa NO dentaria

- Secundaria a heridas cutáneas o mucosas, fracturas abiertas mandibulares o dentales, hematomas.



Evolución de la infección odontogénica

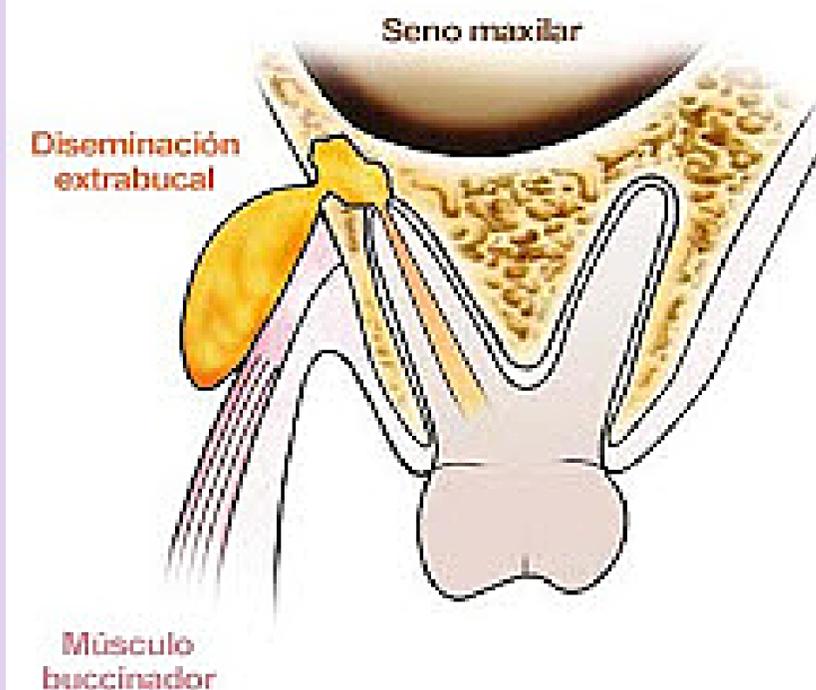
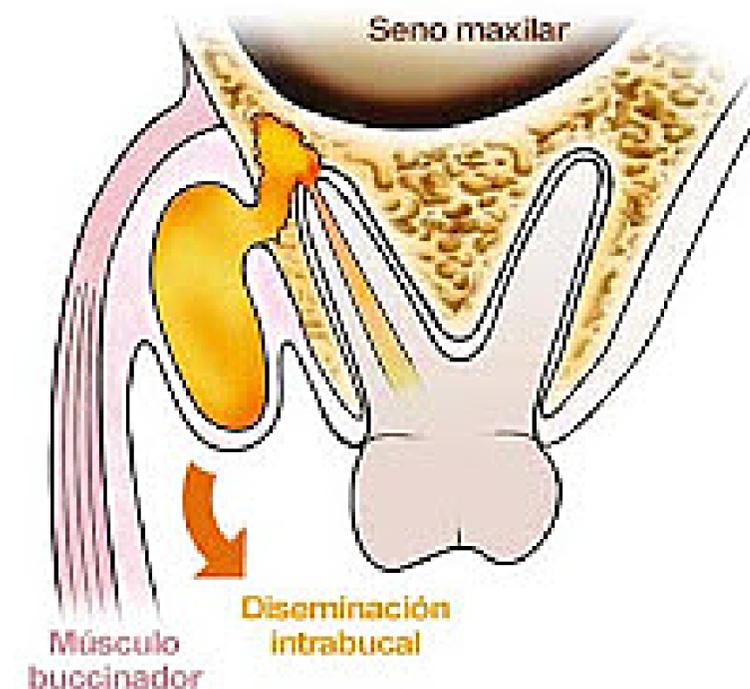


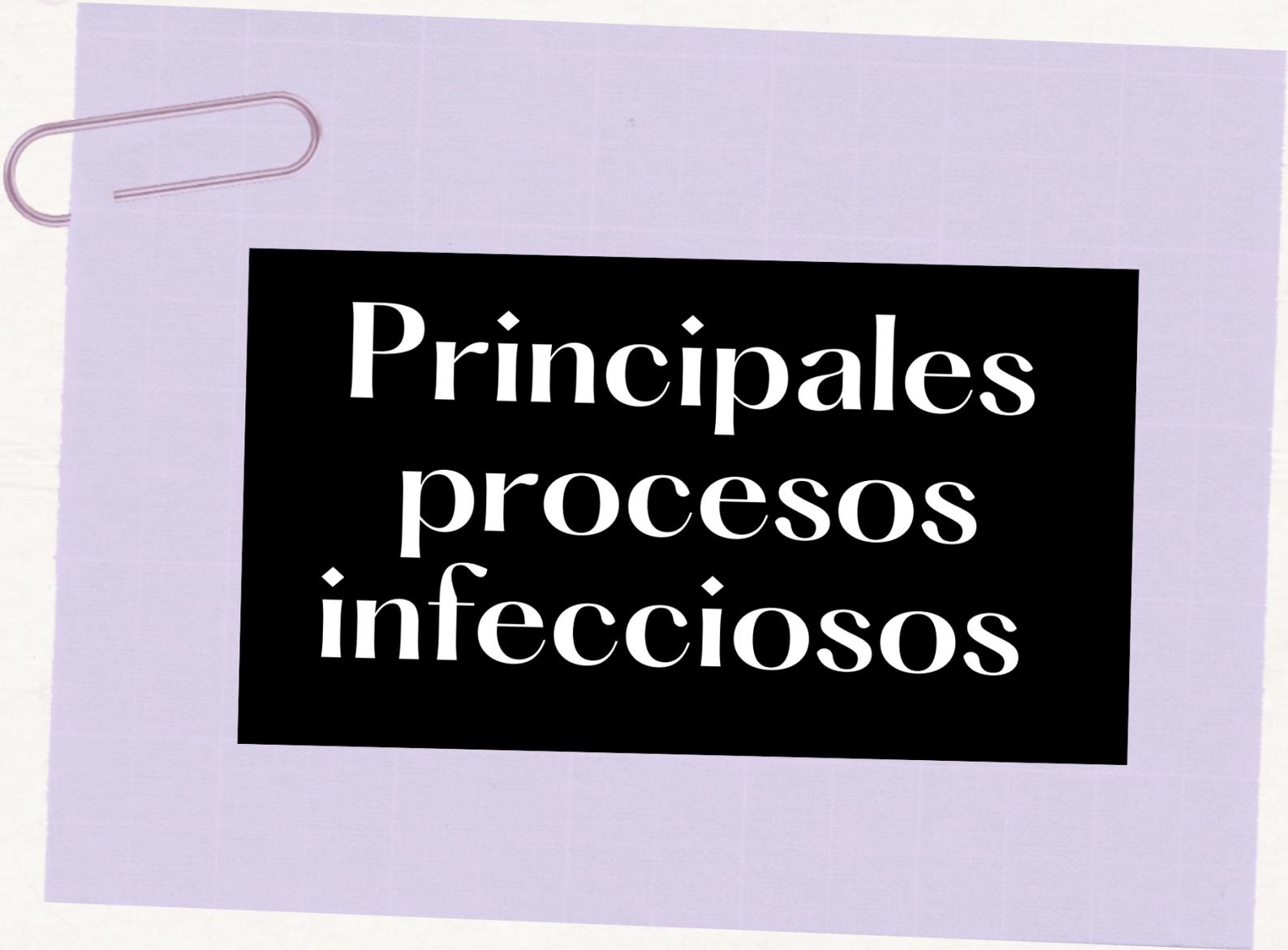
- 1ª FASE: Periodo de inoculación o contaminación bacteriana del ápice radicular – Pulpitis y necrosis pulpar a periodontitis
 - 2ª FASE: Periodo clínico (signos y síntomas) – Periodontitis periapical Absceso, Flemón, Celulitis, Procesos Crónicos
- 3ª FASE: Resolución – Fistulización / Desbridamiento (Qx) Cese de actividad Inflamatoria

Vías de diseminación

infección odontogénica

- Las infecciones odontogénicas se pueden diseminar a través de espacios aponeuróticos también conocidos como fascias o espacios de cabeza y cuello.
- Los espacios aponeuróticos son espacios virtuales que permiten la separación durante el movimiento de diversos músculos y órganos, además comunican estructuras como el cerebro y el mediastino.
- La infección odontogénica puede propagarse a través de dos vías:
 - A) Propagación por continuidad y
 - B) Propagación a distancia





**Principales
procesos
infecciosos**

Absceso Periodontal

Es una inflamación purulenta aguda o crónica que se desarrolla en una bolsa periodontal preexistente. Clínicamente se caracteriza por un edema localizado alrededor del diente afectado, con dolor y enrojecimiento de la encía.

Su tratamiento en general no presenta complicaciones, implica una incisión a través del surco gingival con una sonda o un bisturí o en la zona de menor declive en la hinchazón cuando existe un edema fluctuante.



Absceso Dentoalveolar Agudo

Es una inflamación purulenta de los tejidos periapicales que se presentan en los dientes no vitales, es generalmente ocasionada por la infección de microorganismos que ingresan hacia los tejidos periodontales a través de los conductos radiculares.



Absceso Subperióstico

A partir de una periodontitis periapical aguda supurada. Colección purulenta limitada por el periostio, que se expande y provoca un aumento del dolor. El dolor cede cuando se permite el paso de pus hacia el exterior. Diseminación de la Infección por los espacios anatómicos.



Flemón

Inflamación del tejido conectivo submucoso, de presentación oral. En esta fase se produce perforación del periostio.

CLINICA:

- Dolor agudo, pulsátil y mal localizado.
- Mucosa enrojecida y caliente.
- Signos y síntomas locales y generales

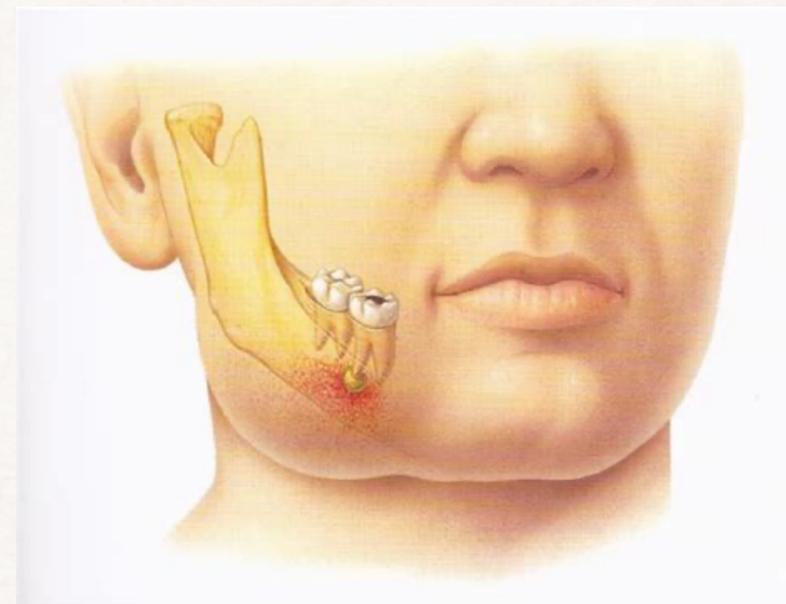


Celulitis

Inflamación del tejido celular subcutáneo laxo con expresión más difusa y extraoral. Se produce inflamación del periostio. La inflamación es guiada por alguna fascia muscular hacia tejido celular subcutáneo. Puede tardar días en desarrollarse o puede extenderse rápidamente (en cuestión de horas).

CLINICA:

- Comienzo brusco con escalofríos y malestar general
- Dolor agudo, pulsátil y mal localizado
- Piel enrojecida y caliente, tensa y brillante
- Tumefacción mal delimitada (dura o blanda)
- Intensos síntomas generales
- Taquicardia, náuseas, vómito
- Respiración entrecortada y superficial



Celulitis

Las formas de CELULITIS clásicamente referidas son:

- Supramilhoidea
- Inframilohidea
- Perifaringea
- Facial
- Angina de Ludwing (Flemón séptico bilateral)



Celulitis: Angina de Ludwig

Infección BILATERAL de los tejidos blandos del cuello y piso de la lengua que más causa compromiso de la vía aérea debido a su progresión rápida y silenciosa. Se caracteriza por una celulitis rápidamente progresiva con afectación de los 3 espacios: SUBLINGUAL, SUBMANDIBULAR Y SUB MENTONIANO.

CLINICA:

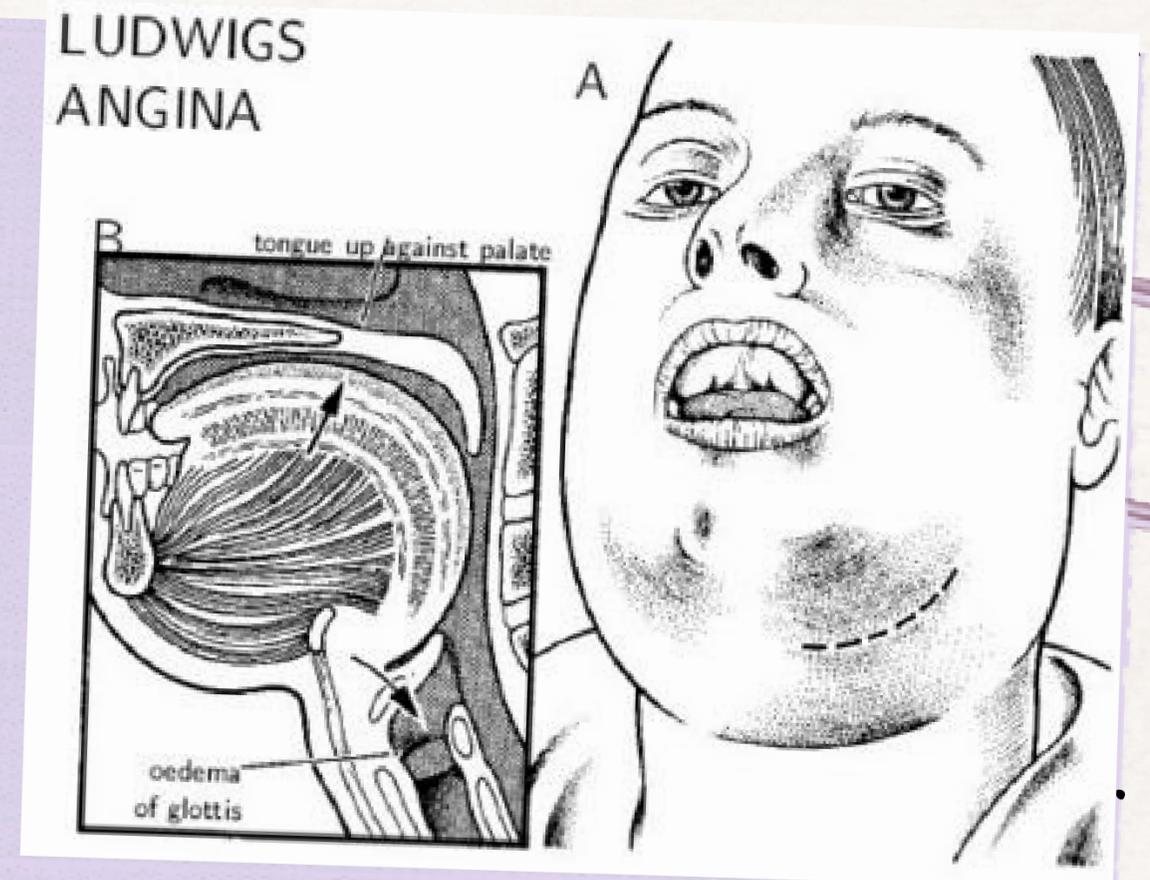
- Celulitis Indurada y dolorosa a la presión
- Tejidos acartonados, gangrenosos y sin fluctuación
- Están afectados los espacios sublingual, submandibular y submentoniano de forma bilateral
- Aspecto de Boca abierta característicamente
- Suelo bucal elevado, lengua protruida y adosada al paladar
- Disnea y dificultad para hablar y deglutir
- Salivación fétida y sialorrea
- Piel de aspecto rosado



Celulitis: Angina de Ludwig

COMPLICACIONES

- Muerte por asfixia
- Septicemia (proceso grave capaz de terminar con la vida del paciente en algunas horas o días)
- Mediastinitis • Neumonía por aspiración
- Paciente de 30 años con aumento de volumen submandibular bilateral y Submentoniano que se extiende a la región cervical y supraclavicular derecha.



Celulitis: Angina de Ludwig

TRATAMIENTO

El tratamiento casos de Angina de Ludwig, debe ser enérgico, con antibióticos vía endovenosa, medidas de soporte pertinentes al caso, la clave del tratamiento corresponde al desbridamiento de las zonas comprometidas y drenaje de las colecciones purulentas, se aborda desde la zona submandibular, con instalación de drenaje. En estos casos se tendrá un intenso y continuo control de la permeabilidad de la vía aérea en el ambiente hospitalario.



Fascitis necrotizante (FN)

Infección que tiende a afectar los planos faciales causando la necrosis de los tejidos subcutáneos, se caracteriza por una rápida progresión, toxicidad sistémica e inclusive la muerte.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Aparece como lesión de coloración rojo intenso, dolorosa, con temperatura aumentada en la zona, inflamada y con bordes no definidos.
- Al progreso el dolor local es reemplazado por entumecimiento o analgesia.
- Piel pálida, luego moteada y púrpura y finalmente adquiere un aspecto gangrenoso



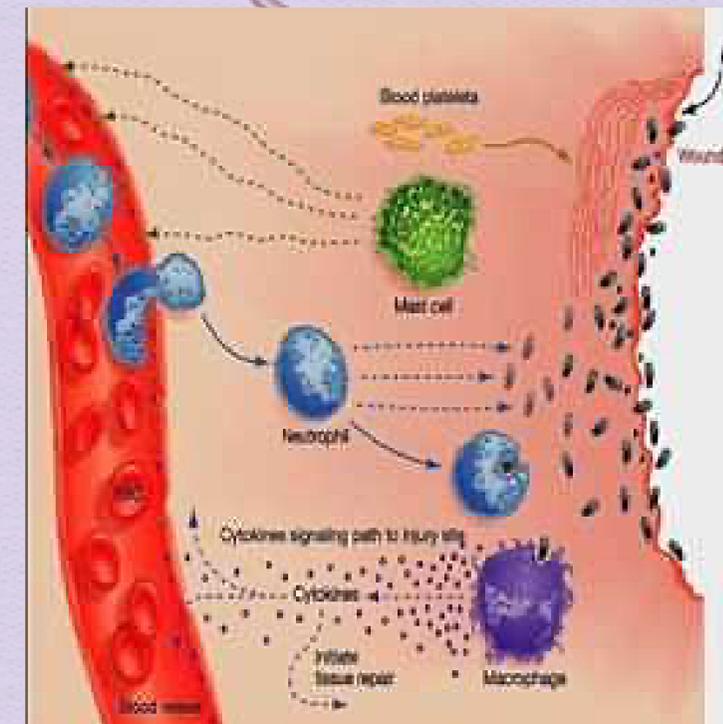
FN: Fase de resolución

El absceso se abre al exterior mediante: Fistulización o cese de actividad inflamatoria.

FISTULIZACIÓN

En su evolución natural la celulitis o el absceso buscan camino y se abren al exterior, hacia la mucosa (internas) o superficie cutánea (externas). Es «un trayecto patológico, congénito o adquirido, que no tiende a la cicatrización espontánea».

Fase de resolución: A través de un orificio denominado boca de fistula se elimina secreción serosa o purulenta



FÍSTULA CUTÁNEA

Generalmente los pacientes no asocian estas lesiones en la cara a una patología dental, ya que no tienen dolor asociado, con lo que comienzan un largo peregrinaje por distintos especialistas médicos (internista, dermatólogo, cirujano, etc.) en busca de solución a su problema.



FÍSTULA CUTÁNEA

El tratamiento de la lesión cutánea sin realizar la terapéutica del diente causal no es correcto, ya que incluso tiende a empeorar y agravar las secuelas cicatriciales de la fístula. La lesión es generalmente asintomática y sin manifestación de dolor. La desembocadura a nivel cutáneo presenta aspecto eritematoso y estará ulcerada si se encuentra en fase aguda. La piel alrededor de la lesión está ligeramente hundida. Se puede palpar un cordón fibroso uniendo la parte cutánea de la fístula con el diente/molar causante de la patología. Puede haber salida de material purulento a través del orificio cutáneo al presionar sobre el cordón fibroso o la zona perirradicular afectada.





Tratamiento
de las
infecciones de
la cavidad oral

1

Determinar la etiología y severidad de la infección.

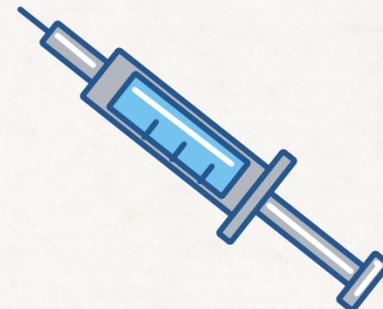


2

Evaluar los antecedentes médicos y sistema inmune del paciente

3

Decidir el lugar de atención. (ambulatorio o hospitalario)



4

Tratamiento quirúrgico.

5

Soporte médico y nutricional

6

Elegir y prescribir el antibiótico adecuadamente.

7

Evaluar al paciente periódicamente.



Escala de severidad de la infección según los espacios anatómicos comprometidos

Escala de severidad	Espacio anatómico
Escala de severidad= 1 Riesgo leve para vía aérea y/o estructuras vitales	Huesos maxilares Subperióstico Submucoso vestibular Submucoso palatino Geniano
Escala de severidad = 2 Riesgo moderado para vía aérea y/o estructuras vitales	Submandibular Submentoniano Sublingual Pterigomandibular Submaseterino Temporal Interpterigoideo
Escala de severidad = 3 Riesgo severo para vía aérea y/o estructuras vitales	Pterigofaríngeo Retrofaríngeo Pterigopalatino Pretraqueal
Escala de severidad = 4 Riesgo extremo para vía aérea y/o estructuras vitales	Mediastino Intracraneal Prevertebral