

INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

Dra. Sonia Gómez Monje Médico Residente 3º año Cirugía Oral y Maxilofacial H.V.C.

Dra. Ana Riaño Argüelles Médico Residente 2º año Cirugía Oral y Maxilofacial H.V.C.

Dr. Joaquín Garatea Crelgo Médico Adjunto Cirugía Oral y Maxilofacial H.V.C.

INTRODUCCIÓN

Con el término infecciones odontogénicas se entiende el conjunto de procesos infecciosos que se originan en las estructuras dentarias y periodontales y por extensión a las estructuras óseas. A esta situación se le denomina infección focal o localización primaria.

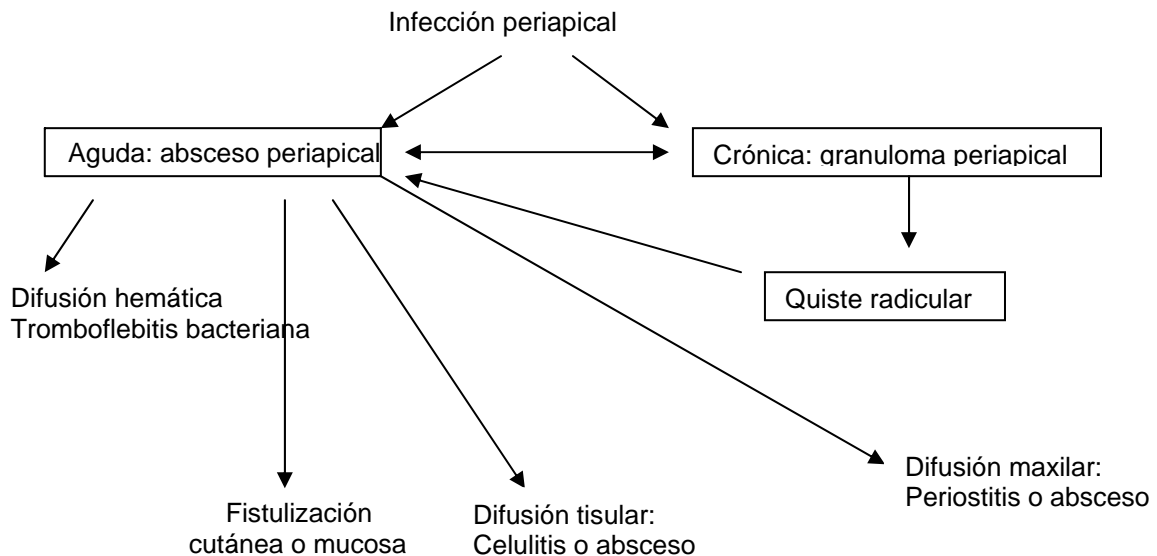
A pesar de que este tipo de infección generalmente es banal, localizada y autolimitada, puede suceder una diseminación secundaria que afecte a estructuras cercanas de los maxilares e incluso a más larga distancia, dando lugar a entidades clínicas que en ocasiones pueden incluso poner en peligro la vida del paciente. Esta definición comprende los cuadros clínicos de la periodontitis apical, del flemón y de la celulitis de origen odontogénica.

En la mayoría de los casos, las infecciones odontogénicas presentan un cuadro clínico fácil de controlar tras la eliminación de la causa primaria de la infección, el drenaje purulento y, finalmente, el tratamiento antibiótico.

ETIOLOGÍA

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

ETIOPATOGENIA



La colonización bacteriana de la región periapical es el inicio de las infecciones odontogénicas.

La causa pulpar, actualmente la caries, sigue siendo la principal causa de la misma, produciendo pulpitis y periodontitis apical, a partir de donde pueden aparecer distintas entidades clínicas.

Otras causas: accidentes de erupción, lesiones mucosas, traumatismos, iatrogenia,...

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

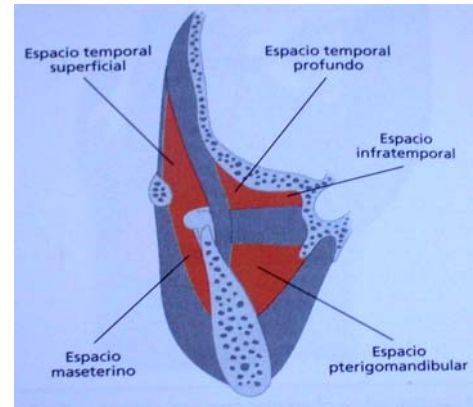
VÍAS DE DIFUSIÓN PRIMARIAS:

Absceso vestibular: en región vestíbulo oral o zona de unión de mucosa de la mejilla con la encía del reborde alveolar. Es el cuadro clínico más frecuente.

Absceso palatino: Muy doloroso

Absceso fosa canina: tumefacción de la región nasogeniana, con la desaparición del pliegue nasolabial y un posible edema del párpado, con un cuadro clínico parecido al de la dacriocistitis.

Fig.1 espacios masticadores



Localización perinasal o infranasal: menos habitual.

Localización labial: puede implicar el vestíbulo y el tejido adiposo del labio superior.

Absceso bucal o geniano: clínicamente aparece como una tumefacción de la mejilla.

Localización sinusal: patología frecuente de causa múltiple.

La ausencia de tratamiento de la sinusitis odontogénica puede causar la difusión del proceso infeccioso a los otros senos paranasales, causando la llamada pansinusitis y sufrir una ulterior difusión determinando cuadros clínicos graves (infección del globo ocular, trombosis del seno cavernoso, meningitis)

Absceso pterigomaxilar: trismus. De origen en los molares o por propagación.

Absceso sublingual: tumefacción del suelo de la boca. La implicación bilateral ocasiona el levantamiento de la lengua con la consiguiente dificultad para tragar. La difusión del proceso infeccioso en dirección posterior puede ser causa de un cuadro clínico más grave: la celulitis cervical descendente o angina de Ludwig.

Espacio submental: por debajo de la inserción del músculo milohioideo.

Espacio submandibular/paramandibular: tumefacción submandibular, monolateral, que puede extenderse hasta el hueso hioides.

La **angina de Ludwig** se trata de una celulitis difusa que afecta bilateralmente a los espacios submandibulares, sublinguales y submentales. En la actualidad se observa en raras ocasiones, tiene un pronóstico muy desfavorable y debe ser tratado en régimen hospitalario como una urgencia. Normalmente por estreptococo hemolítico.

Cuando el proceso infeccioso implica directamente al tejido óseo, se desarrolla un cuadro de **osteomielitis de los maxilares**. En la actualidad poco frecuente, gracias a la fácil distribución de antibióticos.

VÍAS DE DIFUSIÓN SECUNDARIAS

La forma de difusión más frecuente es la contigüidad con los espacios cervicales siguiendo las vías de menor resistencia, determinadas principalmente por la dirección de las fascias musculares y cervicales. Menos frecuente son la diseminación hemática o linfática.

Absceso masetérico-mandibular: clínica de dolor intenso, trismus y tumefacción en la zona de la superficie externa de la rama mandibular. No hay implicación cutánea ya que la infección está generalmente contenida por la presencia del masetero.

Absceso pterigomandibular: Trismus intenso sin tumefacción externa, disfagia y dolor intenso.

Espacio temporal: Clínica de tumefacción temporal, por encima del arco cigomático, a la que asocia un dolor intenso, espontáneo o provocado por la apertura de la boca, causado por la distensión de la fascia temporal.

Espacio parotídeo: Por sí mismo no causa trismo, pero éste se presenta por la implicación simultánea de los espacios maseterino y pterigomandibular.

Espacio faríngeo: por fortuna, las infecciones odontogénicas raras veces afectan a estas regiones profundas. Se trata generalmente de infecciones agresivas y de rápida diseminación cuyo cuadro clínico puede ser tan grave que puede poner en peligro la vida del paciente. La gravedad está determinada por las importantes estructuras anatómicas presentes en estos

espacios (vena yugular interna, arteria carótida, nervios craneales), por la posible obstrucción de las vías aéreas y por la posibilidad de una rápida difusión caudal (mediastinitis)

Espacio prevertebral: Su implicación, que puede producirse secundariamente a la del espacio retrofaríngeo, puede diseminarse con rapidez caudalmente, incluso por debajo del diafragma.

Fascitis cervicofacial necrosante: signos y síntomas típicos de un flemón, que tiende a superficializarse causando la necrosis de la misma piel.

TRATAMIENTO

1º Tratamiento antibiótico:

Penicilinas de primera elección, frente estreptococo y anaerobios orales. La amoxicilina y ácido clavulánico presenta un espectro de acción extendido a los Gram – productores de β -lactamasas.

En alérgicos (2% de la población) la clindamicina se concentra de forma selectiva en el tejido óseo.

Las cefalosporinas deberían reservarse para infecciones graves y producidas por bacterias resistentes a los antibióticos comunes. En pacientes alérgicos existe riesgo de reacciones alérgicas cruzadas.

2º “Ubi pus ibi evacua”: Drenaje del absceso que elimina la condición de anaerobiosis y disminuye la tensión de los tejidos.

3º Tratamiento de la causa: remitir a la mayor brevedad a su odontólogo o cirujano maxilofacial para tratamiento restaurador/exodoncia de la pieza/s implicadas en la infección.

4º Criterios de ingreso hospitalario:

- Signos infecciosos clínicos significativos (postración, deshidratación, afectación importante del estado general, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, escalofríos)
- Disfagia, odinofagia,
- Trismus (“verdadero” no antiálgico)
- Diseminación a paladar blando, suelo de boca o espacios fasciales cervicales la infección suele requerir ingreso hospitalario y tratamiento i.v, con prioridad a los antibióticos y corticoides.
- Datos radiológicos que indiquen osteomielitis. Necesitará desde tratamiento antibiótico en periodo de 3 a 6 meses a cirugía en el caso de fístulas, supuración y secuestros. Corticotomía extendida del segmento óseo infectado y/o oxigenoterapia hiperbárica.

Las infecciones asimismo pueden seguir otras vías de diseminación de forma primaria o bien asociándose a un cuadro de diseminación clásico (a fascias cervicales):

Difusión de la infección por vía hemática. La infección produce en primer lugar una tromboflebitis de las venas, los émbolos sépticos se desprenden y se difunden. Las infecciones que se originan en el maxilar superior pueden alcanzar el seno cavernoso anteriormente a través de las venas oftálmicas superior e inferior o posteriormente a través del plexo pterigoideo. La tromboflebitis del seno cavernoso puede formar un absceso cerebral. Son complicaciones gravísimas y difíciles de tratar.

Difusión de la infección por vía linfática:

- linfadenitis reactiva: dolor a la palpación, móvil
- linfadenitis supurativa: dolor espontáneo, menor movilidad, límites difuminados.
- adenoflemón: de los ganglios afectados a los tejidos circundantes.

INFECCIONES FACIALES NO ODONTOGÉNICAS

PATOLOGÍA SALIVAR INFECCIOSA

-Cólico salival: tumefacción súbita de la glándula parótida o submaxilar que se produce característicamente durante o tras la comidas.

Etiología: obstrucción de los conductos, litiasis.

Clínica: tumefacción, dolor, falta de secreción salival o la expresión glandular.

Tratamiento: ATB, AINE, ingesta de agua abundante, masajes expresión glandular, evitar alimentos sialogogos.

-Sialadenitis supurativa: tumefacción con signos inflamatorios a nivel de alguna glándula salival mayor.

Posible existencia de salida de saliva turbia/purulenta por conductos de Stenon o Wharton.

Mayor predisposición en desnutridos, postoperados y tratamientos ansiolíticos, o sialoadenitis crónica.

Tratamiento. ATB, AINE más expresión glandular e hidratación. Valorar ingreso

INFECCIONE LOCALE POST-EXODONCIA

Alveolitis seca o supurada: dolor intenso a los días post-exodoncia. Tratamiento: ATB, analgésicos, lavados, cementos de eugenato.

QUISTE BRANQUIAL

Masa cervical localizada por delante del músculo ECM. Adultos jóvenes coincidiendo con cuadro de infecciones de vías altas.

QUISTE TIROGLOSO

En triángulo anterior del cuello.

Epidemiología similar al quiste branquial.

Se moviliza con la deglución y protusión lingual

INFECCIONES MICÓTICAS INVASIVAS

Mucormicosis: poco frecuente pero muy grave. Típico en inmunodeprimidos o diabéticos incontrolados. La forma más frecuente es la rinocerebral.

Tratamiento: anfotericina B i.v asociada o no a Rifampicina, amplio desbridamiento quirúrgico, cámara de oxígeno hiperbárico y control de las enfermedades predisponentes

Aspergilosis: la forma invasiva es similar a la mucormicosis. Seguiremos el mismo tratamiento urgente.

