



GUIA DE ATENCIÓN INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

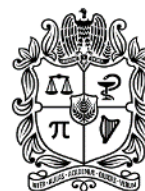
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEDE BOGOTA

ABRIL 2017



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	4
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3. ALCANCE	4
4. DEFINICIONES	4
5. CELULITIS (CIE-10:L032)	5
5.1. DEFINICION	5
5.2. CARACTERISTICAS CLINICAS	6
5.3. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	6
5.4. HALLAZGOS GENERALES	7
5.5. ETIOLOGIA GENERAL	7
5.5.1. Origen Dental	7
5.5.2. Origen Traumático	7
5.5.3. Origen No Dental	7
5.6. PROCESO DIAGNOSTICO	7
5.6.1. Identificación De La Lesión	7
5.6.2. Desarrollo de la Alteración	8
5.6.3. Examinación de la lesión	8
5.6.4. Imágenes Diagnósticas	8
5.6.5. Exámenes complementarios	9
5.6.6. Diagnósticos Diferenciales	9
5.7. MANEJO CLINICO	9
5.7.1. Eliminación Del Foco Odontogénico	10
5.8. MANEJO FARMACOLÓGICO	10
5.8.1. Terapia antibiótica	10
5.8.2. Terapia analgésica	10
5.9. COMPLICACIONES	11
5.9.1. Criterios De Remisión	11
5.9.2. Criterios De Hospitalización	11
5.10. EDUCACION DEL PACIENTE	11
5.11. FLUJOGRAMA	12
6. ABSCESO (CIE-10:K122)	13
6.1. DEFINICION	13
6.2. CARACTERISTICAS CLINICAS	13
6.3. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	13
6.4. PROCESO DIAGNOSTICO	13
6.4.1. Identificación De La Lesión	13
6.4.2. Imágenes Diagnósticas	13
6.4.3. Desarrollo de la alteración	14



6.4.4. Reexaminación de la alteración	14
6.4.5. Diagnóstico Definitivo	14
6.4.6. Diagnóstico diferencial	14
6.5. MANEJO CLINICO	14
6.5.1. Drenaje De La Acumulación Purulenta	15
6.5.2. Eliminación Del Foco Odontogénico	15
6.6. MANEJO FARMACOLÓGICO	16
6.6.1. Terapia Antibiótica	16
6.6.2. Terapia Analgésica	17
6.7. COMPLICACIONES	17
6.8. EDUCACION DEL PACIENTE	17
6.9. FLUJOGRAMA	18
7. PERICORONITIS	19
7.1. DEFINICION	19
7.2. CARACTERISTICAS CLINICAS	19
7.3. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	19
7.4. ETIOLOGIA	20
7.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	20
7.6. MANEJO CLINICO	20
7.8. MANEJO FARMACOLOGICO	21
7.8.1. Terapia Antibiótica	21
7.8.2. Terapia Analgésica	21
7.9. COMPLICACIONES	21
7.10. EDUCACION DEL PACIENTE	22
7.10. FLUJOGRAMA	23
8. FLUJOGRAMA RESUMEN	24
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25



1. OBJETIVO

Garantizar atención de calidad a la población inscrita en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, que presente procesos infecciosos de origen dental, así como a la población que refiera factores de riesgo o patologías sistémicas con manifestaciones en cavidad oral.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Garantizar un diagnóstico y manejo oportuno de las infecciones odontogénicas de la población inscrita.
- Establecer las pautas para el diagnóstico de procesos infecciosos de origen dental
- Establecer las pautas para el manejo de las infecciones odontogénicas, prevención y manejo de sus posibles complicaciones.

3. ALCANCE

La presente guía clínica se aplicara en la población inscrita en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, que presente procesos infecciosos de origen dental y/o sus posibles complicaciones.

4. DEFINICIONES

INFECCIÓN ODONTOGÉNICA

La infección odontogénica constituye la infección más común de la región cervicofacial, este tipo de infección como su nombre lo indica se origina del diente y/o de sus tejidos de soporte. Las principales causas de esta afección, es la caries como las enfermedades periodontales, hecho que justifica la importancia de prevenir estas enfermedades y evitar sus consecuencias (1-2).

Las infecciones odontogénicas, se define como procesos infecciosos en estado de celulitis o absceso que han evolucionado desde un diente, ya sea por origen pulpar y/o periodontal hasta los tejidos adyacentes, donde el pus ocupa los espacios del sistema muscular aponeurótico llegando a comprometer la vida del paciente (1- 2).

A pesar de la disponibilidad de antibióticos y de las técnicas quirúrgicas más avanzadas existen factores que complican de sobremanera el manejo de esta patología como son: el retraso en el inicio del tratamiento, la presencia de enfermedades sistémicas en el paciente y la naturaleza de



los microorganismos responsables. Por lo cual es necesario establecer un adecuado manejo y terapéutica mediante un diagnóstico oportuno que permita la resolución del proceso infeccioso en forma rápida y eficaz (1). Además el odontólogo debe estar en capacidad de limitar sus acciones de acuerdo a la magnitud de lo encontrado y de acuerdo a esto proceder a la remisión a niveles superiores. (SSB 2009)

En cuanto a la microbiología, las infecciones odontogénicas son en su mayoría polibacterianas causadas en promedio por 5 especies diferentes y, en más del 95% de los casos, por flora mixta, siendo en una proporción 3:1 anaerobias y aerobias respectivamente, así: anaerobio (75%) incluyen Peptostreptococcus, Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium, bacteroides y Aerobios (25%) incluyen estreptococos α -hemolítico. Estos microorganismos hacen parte de la variada población de bacterias de cavidad oral, localizados normalmente sobre la mucosa, en las superficies dentarias y en el interior de los surcos gingivales; pero que en determinadas circunstancias pueden comportarse de manera oportunista, estableciéndose el proceso infección, que de no ser tratado a tiempo, puede propagarse rápidamente, convirtiéndose en potenciales amenazas para la vida, al comprometer la vía aérea y generar septicemia. Pacientes de cualquier edad sin preferencia de sexo pueden ser susceptibles a este tipo de infecciones, los más frecuentemente afectados son aquéllos con una condición sistémica comprometida o población en edades extremas (2-3, 13-15).

La alta prevalencia de esta patología, se debe principalmente a las malas condiciones bucales de la población, (presencia de caries, enfermedad periodontal), lo que en algunos casos se ve agravado por factores de orden sistémico como la presencia de diabetes mellitus como principal comorbilidad asociada a las infecciones odontogénicas, por lo que es imperativo eliminar focos de infección y realizar control metabólico. Son factores predisponentes el alcoholismo, obesidad y edad avanzada. Como factores de riesgo locales se reconocen: dientes incluidos y/o impactados, quistes odontogénicos, heridas traumáticas intraorales, procesos neoplásicos en cavidad oral y en general procesos capaces de romper las barreras inmunológicas del organismo y desencadenar una infección (2,4,5).

5. CELULITIS (CIE-10:L032)

5.1. DEFINICION

Se define como la inflamación difusa del tejido celular subcutáneo, ocasionada por procesos infecciosos odontogénicos que se diseminan en espacios intersticiales aponeuróticos, afectando tanto los espacios adyacentes a los dientes cercanos como los distantes a ellos como: espacio bucal (60% de los casos), seguido del espacio infraorbitario (13% de los casos), maseterino, submandibular, submentoniano y/o sublingual. Clínicamente se caracteriza por deformación del contorno extra oral que crea un borraramiento de los surcos faciales, con la piel tensa brillante,



con coloración eritematosa, bordes no definidos, hipertermia, existe un foco odontogénico evidente. A nivel general el paciente manifiesta adinamia, malestar general y diaforesis, puede presentar trismus, deshidratación, deglución limitada, fiebre, taquicardia o taquipnea, pulso débil e irregular; a nivel local el paciente presenta limitación en función por dolor agudo pulsátil e irradiado que aumenta a la palpación (3).

La celulitis puede presentar graves complicaciones como la sinusitis, la obstrucción de las vías respiratorias, mediastinitis, trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral o incluso la muerte (3-4).

Las infecciones odontogénicas se propagan desde las estructuras óseas a través del hueso cortical por la vía de menor resistencia, comprometiendo espacios fasciales, determinados por las estructuras en la proximidad de las raíces del diente. Los espacios fasciales - aponeuróticos, se clasifican como primarios: incluyen bucal, canino, sublingual, submandibular, submental y espacios vestibulares, que se definen como contiguas al sitio de la infección (3-4).

Después de que la infección se propague a los espacios primarios, pueden progresar para incluir los espacios secundarios incluyen pterigomandibular, infratemporal, maseteros, laterales faríngeos, superficiales y profundos temporales, masticador y retrofaríngeo (3).

5.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Deformación de contorno extraoral
- Borramiento de surcos faciales
- Piel tensa y brillante
- Piel con coloración violácea o eritematosa
- Foco odontogénico evidente
- Limitación en la función
- Calor local a la palpación
- Dolor a la palpación (1)

5.3. HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

- Restos radiculares con lesiones apicales
- Periodontitis
- Dientes en erupción
- Lesiones radiolúcidas de origen infeccioso (1)



5.4. HALLAZGOS GENERALES

- Adinamia
- Malestar general
- Fiebre: Mayor a 38 grados centígrados
- Diaforesis
- Taquicardia: Frecuencia cardiaca mayor a 90 Pulsaciones/minuto
- Pulso débil e irregular
- Dolor agudo, pulsátil e irradiado
- Taquipnea: frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones / minuto (1,8

5.5. ETIOLOGIA GENERAL

5.5.1. Origen Dental

- Proceso relacionado con estructuras embrionarias como sacos dentarios (pericoronitis), quistes odontogénicos asociados infectados (quistes abscedados).
- Asociados a estructuras de sostén del órgano dentario (abscesos periodontales) (1)

5.5.2. Origen Traumático

- Traumatismos dentoalveolares: contusiones, luxaciones (1)

5.5.3. Origen No Dental

- Osteomielitis
- Sinusitis maxilar no odontogénica.
- Infecciones de las glándulas salivales: Parotiditis, Adenitis submaxilar, etc.
- Infecciones dérmicas: foliculitis, dermatitis, Piógenas (erisipela), etc.
- Infecciones ganglionares, como consecuencia de cualquier lesión mencionada anteriormente. (1)

5.6. PROCESO DIAGNOSTICO

5.6.1. Identificación De La Lesión

Paciente con las siguientes características: deformación del contorno extra oral con, o aún sin borramiento de los surcos faciales consistente pero depresible a la palpación; piel tensa y brillante, eritema, aumento de temperatura local, trismus, deshidratación, fiebre, taquicardia o taquipnea, pulso débil e irregular, diaforesis. Trismus local, si hay compromiso de músculos masticatorios. A



nivel local el paciente presenta limitación en función por dolor agudo pulsátil e irradiado que aumenta a la palpación y existe un foco odontogénico evidente (3).

Importante tener en cuenta, las comorbilidades de base del paciente: historia de diabetes, enfermedad o insuficiencia renal, inmunodeficiencias, alcoholismo, abuso de sustancias psicoactivas así como ingesta de medicamentos como anticoagulantes, antiagregantes, inmunosupresores, etc., de riesgo ante el manejo quirúrgico, ya que son parámetros indispensables para determinar tratamiento (2).

5.6.2. Desarrollo de la Alteración

- Definir tiempo de evolución
- Definir situaciones odontogénicas previas a la aparición de la deformación de Contorno: odontalgias severas, afecciones periodontales, cuadros de pericoronitis previos, antecedente de fractura dental o trauma dentoalveolar.
- Defina tratamiento que ha recibido el paciente.(1)

5.6.3. Examinación de la lesión

Al examen clínico, deberá realizar registro de signos vitales, evaluar la apariencia general de paciente y su postura (3).

El clínico, deberá definir la extensión de la lesión y los espacios aponeuróticos comprometidos así como posibilidad de compromiso de espacios aponeuróticos profundos o críticos por riesgo de diseminación de la infección e identificar el foco odontogénico (2).

Evaluar la vía aérea: posición de la lengua, piso de boca, desplazamiento de las paredes faríngeas, posición de la úvula, si existe cambio de voz y si existen alteraciones de la agudeza visual (3).

Esto debe ser seguido por examen radiográfico.

5.6.4. Imágenes Diagnósticas

1) Radiografía panorámica

Es particularmente útil para identificar la causa de la infección proporcionando una buena visualización del maxilar y las estructuras dentales mandibulares pero proporcionando poca información sobre la gravedad de la infección. (8,19)



2) Radiografía Periapical

Su uso es limitado por el trismus que cursa el paciente, solo brindará información de 2 o 3 dientes (8).

3) Tomografía contrastada

Permite evaluar posibles focos de infección, así como el compromiso de espacios aponeuróticos, evaluando vía área y presencia de colecciones de material purulento, esta ayuda diagnostica solo se utiliza en III Y IV nivel de atención (2, 8, 13,19).

5.6.5. Exámenes complementarios

- Según sea el caso: según comorbilidades de base que presente el paciente: hemoglobina glicosilada, carga viral para pacientes con VIH, entre otros.
- Cuadro hemático: Leucocitosis: > 8.000, velocidad sedimentación globular aumentada (1, 11)

5.6.6. Diagnósticos Diferenciales

- Enfisema (CIS-10:J43)
- Adenitis
- Sialodentitis aguda
- Edema angioneurótico
- Trauma facial
- Parotiditis (CIE-10:B269)
- Celulitis en piel: el origen pueden ser infecciones cutáneas o reacciones a picaduras de insectos que generan deformación de contorno, la causa odontogénica no es evidente.(1)

5.7. MANEJO CLINICO

La infección odontogénica, debe ser abordada desde 3 ámbitos terapéuticos: tratamiento etiológico odontológico que frecuentemente incluirá actuaciones quirúrgicas de mayor o menor envergadura; tratamiento sistémico de soporte, que incluirá manejo del dolor, medidas físicas para el control de la inflamación, hidratación, equilibrio de la glucemia, etc. y tratamiento antibiótico (2-5).

Como manejo inicial, el paciente que es valorado durante una fase aguda debe iniciar terapia antimicrobiana, y eliminar el agente causal, mientras la apertura oral sea aceptable para realizar el procedimiento correspondiente: exodoncia, tratamiento de conductos, y/o terapia periodontal: eliminar los focos infecciosos (restos radiculares o piezas dentales con enfermedad periodontal) (2, 3, 8)



5.7.1. Eliminación Del Foco Odontógeno

- Realice apertura, remoción de pulpa necrótica, ambientación, alivio de oclusión.
- Haga instrumentación periodontal, detartraje, eliminación de tejido de granulación.
- Realice la exodoncia.
- Remita al especialista en caso que con las medidas anteriormente señaladas no muestren resolución del problema. (1)

5.8. MANEJO FARMACOLÓGICO

5.8.1. Terapia antibiótica

PRIMERA ELECCION: Amoxicilina capsulas 500 Mg, VO, c/8 horas, por 7 días

SEGUNDA ELECCION: Clindamicina, 300 mg VO, C/6 horas, por 7 días

TERCERA ELECCION: Azitromicina, 500 mg VO, C/24 horas, por tres días (8 -10).

En el caso de la terapia antibiótica, en forma empírica, se usan las penicilinas debido a su alta efectividad en el territorio orofacial variando la dosis según el paciente; también se usan asociaciones de antibióticos para ampliar el espectro, como la combinación de penicilinas más metronidazol. En caso de alergia a las penicilinas, está documentada la eficiencia de la clindamicina, aunque se ha descrito resistencia de hasta un 11% en cepas anaerobias para este antibiótico, por lo que se está postulando el uso de moxifloxacina, como alternativa para pacientes alérgicos a penicilinas, o a infecciones odontogénicas que no respondan a manejo con penicilina, clindamicina, evitar en personas menores de 18 años. (8, 17)

5.8.2. Terapia analgésica

AINES, puede manejarse con las siguientes opciones:

- Ibuprofeno tabletas 600mg cada 6 horas por 5 días
- Naproxeno tabletas 250mg cada 6 horas x 5 días
- Diclofenaco tabletas 50mg cada 8 horas por 5 días

En caso de que paciente presenta alguna contraindicación para medicación con AINES, se debe manejar analgesia con:

- Acetaminofén tabletas 500mg 1 – 2 tabletas cada 6 horas x 5 días
- Acetaminofén 500mg + codeína 15mg cada 6 horas por 5 días



5.9 COMPLICACIONES

- Compromiso simultáneo de espacios Aponeuróticos, fascitis cervical necrotizante, mediastinitis necrotizante descendente, sinusitis de origen odontogénico (10, 17).
- Extensión de cavidad craneal, Absceso cerebral, meningitis (10, 17).
- Trombosis del Seno Cavernoso (9 -11).

5.9.1. Criterios De Remisión

- Cuando la celulitis afecte topográficamente a los espacios profundos.
- Cuando se sospeche alta virulencia del germen.
- Cuando se sospeche o conozcan estados de inmunosupresión
- Cuando exista rápida propagación entre espacios contiguos.
- Cuando exista resistencia a la antibiòticoterapia inicial (12).

5.9.2 Criterios De Hospitalización

- Hipotermia marcada.
- Pacientes con deterioro uní o multiorgánico.
- Leucocitosis > 12.000 con desviación izquierda (neutrofilia)
- Leucopenia
- Deglución limitada, odinofagia, disfagia, disfonía
- Deshidratación
- Trismus
- Compromiso de la vía aérea
- Sospecha de inmunodeficiencia o diabetes no controlada (12)

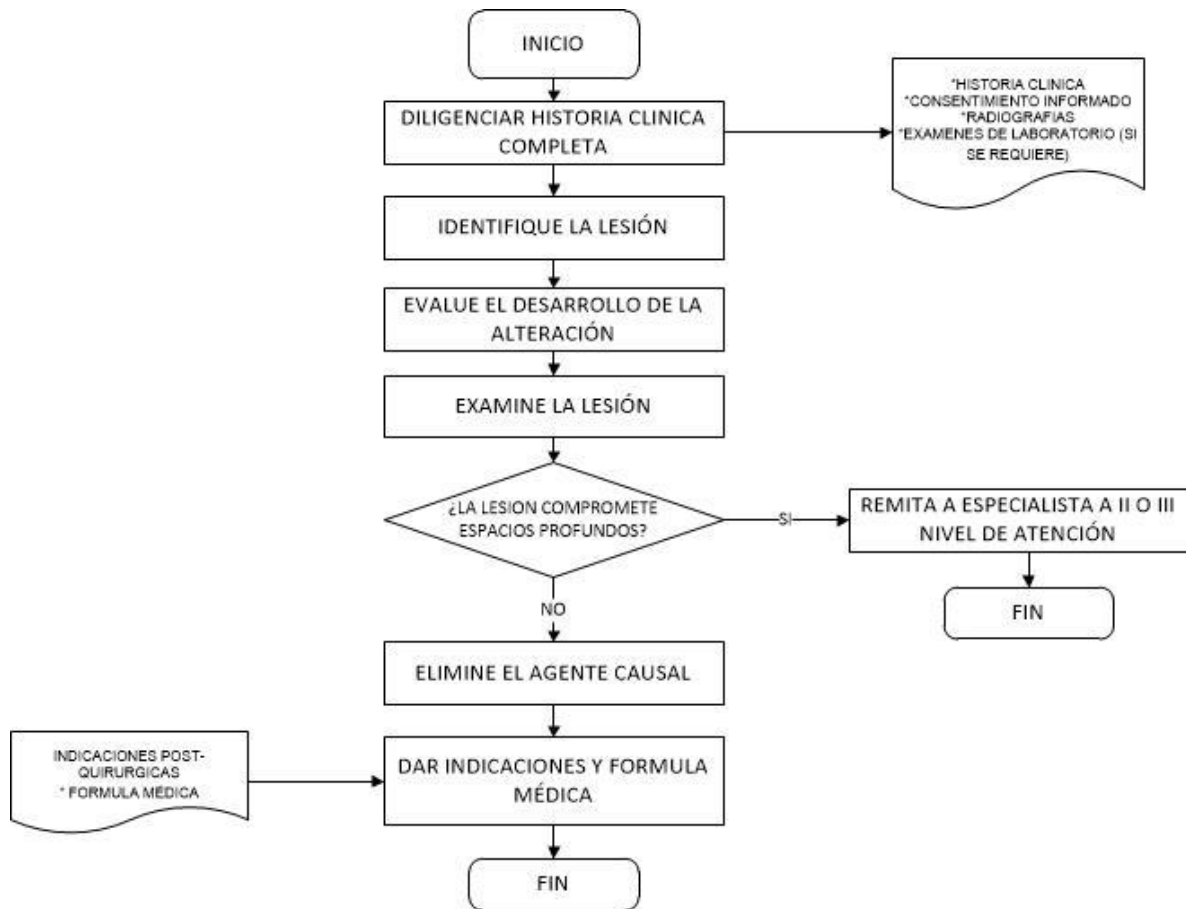
5.10. EDUCACION DEL PACIENTE

El paciente debe mantener una higiene oral estricta, reposo, dieta blanda, el paciente debe continuar con el manejo farmacológico instaurado según el caso hasta finalizar esquema antibiòtico, así como la utilización de enjuagues con clorhexidina dos veces al día durante una semana.

En caso de presentar dolor severo, edema exagerado, fiebre, debe acudir nuevamente al servicio.
(8)



5.11. FLUJOGRAMA





6. ABSCESO (CIE-10:K122)

6.1. DEFINICION

Es la colección de material purulento que contiene tejido necrótico, bacterias y glóbulos blancos muertos. El absceso se desarrolla posterior al estadio de celulitis, presentando fluctuación del área localizada. Las bacterias de este tipo de infecciones también tienen la capacidad de propagación hematogena debido a la alta vascularidad de las estructuras de cabeza y cuello, permitiendo que las infecciones se diseminen a la órbita, el cerebro y la columna vertebral (4).

6.2. CARACTERISTICAS CLINICAS

- Deformación de contorno bien delimitada.
- Fluctuante a la palpación.
- Zona eritematosa relacionada.
- Dientes relacionados muestran pruebas de Vitalidad negativas.
- Adenopatías regionales dolorosas (12).

6.3. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

- Procesos cariosos con compromiso de cámara.
- Lesiones apicales.
- Periodontitis apical crónica (CIE-10:K053).
- Fracturas dentales y/o alveolares.
- Trauma mandibular.

6.4. PROCESO DIAGNOSTICO

6.4.1. Identificación De La Alteración

Inflamación bien localizada y delimitada, dolor localizado, fluctuante a la palpación, con presencia de fistula o drenaje de material purulento, menor compromiso de la función, paciente refiere un curso mayor de 5 días de historia de la infección (crónico) (16, 17).

6.4.2. Imágenes Diagnósticas

- 1) **Radiografía panorámica:** permite evaluar, descartar e identificar los posibles focos de infección dental y compromiso de estructuras adyacentes (7,18).
- 2) **Radiografía periapical:** su uso es limitado por el trismus que cursa el paciente, solo brindará información de 2 o 3 dientes (7).



- 3) **Tomografía contrastada:** permite evaluar posibles focos de infección, así como el compromiso de espacios aponeuróticos, evaluando vía área y presencia de colecciones de material purulento, esta ayuda diagnóstica solo se utiliza en III Y IV nivel de atención (2, 8, 13,19).

6.4.3. Desarrollo de la alteración

Generalmente previo a la colección de pus, el paciente refiere mayor dolor, espontáneo y severo. La tumefacción suele ser de crecimiento lento pero en condiciones de invasividad marcada de la infección, o de condición sistémica especial, podría ser de evolución particularmente rápida. Es importante conocer el tratamiento farmacológico previo e identificar como este pudo modificar la evolución normal de la enfermedad (16-17).

6.4.4. Reexaminación de la alteración

La Colección de pus tiene forma de domo bien delimitado, la cual fluctúa a la palpación, y presenta un dolor entre leve y moderado al examen clínico se debe buscar el origen de la infección, examinando las estructuras dentales adyacentes y definiendo su estado pulpar. Esta maniobra podría dificultarse si el trismus es severo. En caso de Abscesos orofaciales, es importante definir el espacio aponeurótico comprometido para establecer el riesgo presente (16-17).

6.4.5. Diagnóstico Definitivo

La alteración debe cumplir con la mayoría de criterios clínicos anteriormente mencionados cuyo foco de infección sea dental y así establecer el manejo adecuado (16- 17).

6.4.6. Diagnóstico diferencial

- Procesos infecciosos localizados en la piel como infección por estafilococos.
- Respuesta a la presencia de cuerpo extraño en piel o picadura de insecto.
- Quistes de desarrollo odontogénico.
- Sialadenitis.
- Adenitis cervicofacial.

6.5. MANEJO CLINICO

Se debe determinar el foco de infección, la gravedad de la infección, y el estado de los mecanismos de defensa del paciente (8).



El punto más importante en el tratamiento de infecciones dentales es la eliminación de la fuente primaria de la infección. Esto se logra mediante la exodoncia del diente afectado y la extirpación quirúrgica de tejido afectado; o pulpectomía y terapia endodóntica posterior. En el caso de un absceso agudo, incisión y drenaje para eliminar material purulento acumulado. El procedimiento de incisión y drenaje debe romper todos tabiques del absceso y drenar a la mayor cantidad de pus como sea posible. Después del drenaje, el uso de irrigación profusa. En caso de absceso periapical, se deberá realizar apertura cameral para retiro de tejido pulpar necrótico y favorecer el drenaje al mismo tiempo (8-17):

6.5.1. Drenaje De La Acumulación Purulenta

Establezca una vía de drenaje para el material purulento. Se sugiere que solo en nivel I de atención, se realice el drenaje de abscesos dentoalveolares y submucosos. Drenajes más complejos deben ser remitidos a niveles de atención superiores.

1. Anestesia

Utilice técnicas tronculares o lo más alejado al sitio de la infección si la situación lo permite.

2. Incisión

Con una hoja de bisturí numero 15 realice una incisión de aproximadamente medio centímetro, de extensión y 5 milímetros de profundidad, escoja un sitio en declive donde la gravedad permita la salida del contenido purulento. Ubique la Incisión en mucosa sana. Evite hacer la incisión donde se observa la fistula o la colección de material purulento, ya que la cicatrización puede verse afectada, porque el tejido lesionado se encuentra hipóxico, friable y con posibilidades de necrosarse. Al hacer la incisión intraoral se debe tener especial atención con el nervio mentoniano, vasos palatinos, y conductos de excreción glandular.

3. Debridamiento

Con el debridamiento se pretende romper las fibras que dificultan la salida de microorganismos y fragmentos tisulares necrosados. Además este procedimiento favorece al alivio de la sintomatología debido a que con la descompresión cede parcialmente el dolor. El debridamiento debe realizarse con una pinza hemostática curva paralela a las estructuras anatómicas vecinas, explorando completamente todos los espacios afectados por la infección, en todas las direcciones, de manera cuidadosa y suave, logrando romper las tabicaciones del absceso.

- Realice una presión leve en la base del absceso para facilitar el drenaje.
- Lave dentro de la incisión con suero fisiológico y espere a que la colección de pus termine de salir.



- Si la colección de pus es extensa y se considere que va a haber un drenaje posterior, Inserte un dren de tipo PEN-ROSE tela de caucho dentro de la incisión y manténgalo en posición con un punto simple de sutura. No deben utilizarse gasas como drenajes, ya que impiden el drenaje y son un reservorio de gérmenes.
- Cite a controles diarios para realizar lavados dentro de la cavidad a través del dren.
- Evalúe la evolución del proceso; cuando observe resolución con ausencia de exudado purulento retire el dren, es decir entre 3 a 5 días.
- Cite a controles diarios para realizar lavados dentro de la cavidad a través del dren.
- Evalúe la evolución del proceso; cuando observe resolución con ausencia de exudado purulento retire el dren (1, 2, 16).

6.5.2. Eliminación Del Foco Odontógeno

Después de eliminar los signos y los síntomas, realice la exodoncia del diente causal, aplicando los conceptos expuestos anteriormente en relación con la técnica anestésica. Tenga en cuenta que antes de hacer la exodoncia no debe haber colección de pus en la zona, para evitar la dispersión del exudado en el proceso alveolar. Sin embargo considere que en algunos casos la vía de drenaje del exudado podría ser a través del alveolo. La eliminación del foco podría corresponder al mismo tiempo al drenaje. Después de la exodoncia, irrigue abundantemente con solución salina, para eliminar completamente los restos de pus. (2, 16)

6.6. MANEJO FARMACOLÓGICO

6.6.1. Terapia Antibiótica

Primera Elección: Amoxicilina Capsulas 500 Mg, Vo, C/8 Horas, Por 7 Días.

Segunda Elección: Clindamicina, 300 Mg Vo, C/6 Horas, 7 Días.

Tercera Elección: Azitromicina, 500 mg VO, C/24 horas, por tres días. (8-10)

En el caso de la terapia antibiótica, en forma empírica, se usan las penicilinas debido a su alta efectividad en el territorio orofacial variando la dosis según el paciente; también se usan asociaciones de antibióticos para ampliar el espectro, como la combinación de penicilinas más metronidazol. En caso de alergia a las penicilinas, está documentada la eficiencia de la clindamicina, aunque se ha descrito resistencia de hasta un 11% en cepas anaerobias para este antibiótico, por lo que se está postulando el uso de moxifloxacina, como alternativa para pacientes alérgicos a



penicilinas, o a infecciones odontogénicas que no respondan a manejo con penicilina, clindamicina, evitar en personas menores de 18 años. (8, 17)

6.6.2. Terapia Analgésica

AINES, puede manejarse con los siguientes antiinflamatorios:

- Ibuprofeno tabletas 600mg cada 6 horas por 5 días
- Naproxeno tabletas 250mg cada 6 horas x 5 días
- Diclofenaco tabletas 50mg cada 8 horas por 5 días

En caso de que paciente presenta alguna contraindicación para medicación con AINES, se debe manejar analgesia con:

- Acetaminofén tabletas 500mg 1 – 2 tabletas cada 6 horas x 5 días
- Acetaminofén 500mg + codeína 15mg cada 6 horas por 5 días

6.7. COMPLICACIONES

- DRENAJE ESPONTANEO: Formación de cicatrices en forma de estrella en la piel de difícil reparación.
- SEPSIS: Compromiso sistémico que produce debilitamiento, adinamia, fiebre, diaforesis.
- OTRAS COMPLICACIONES: fascitis cervical necrotizante, mediastinitis necrotizante descendente, sinusitis de origen odontogénico.

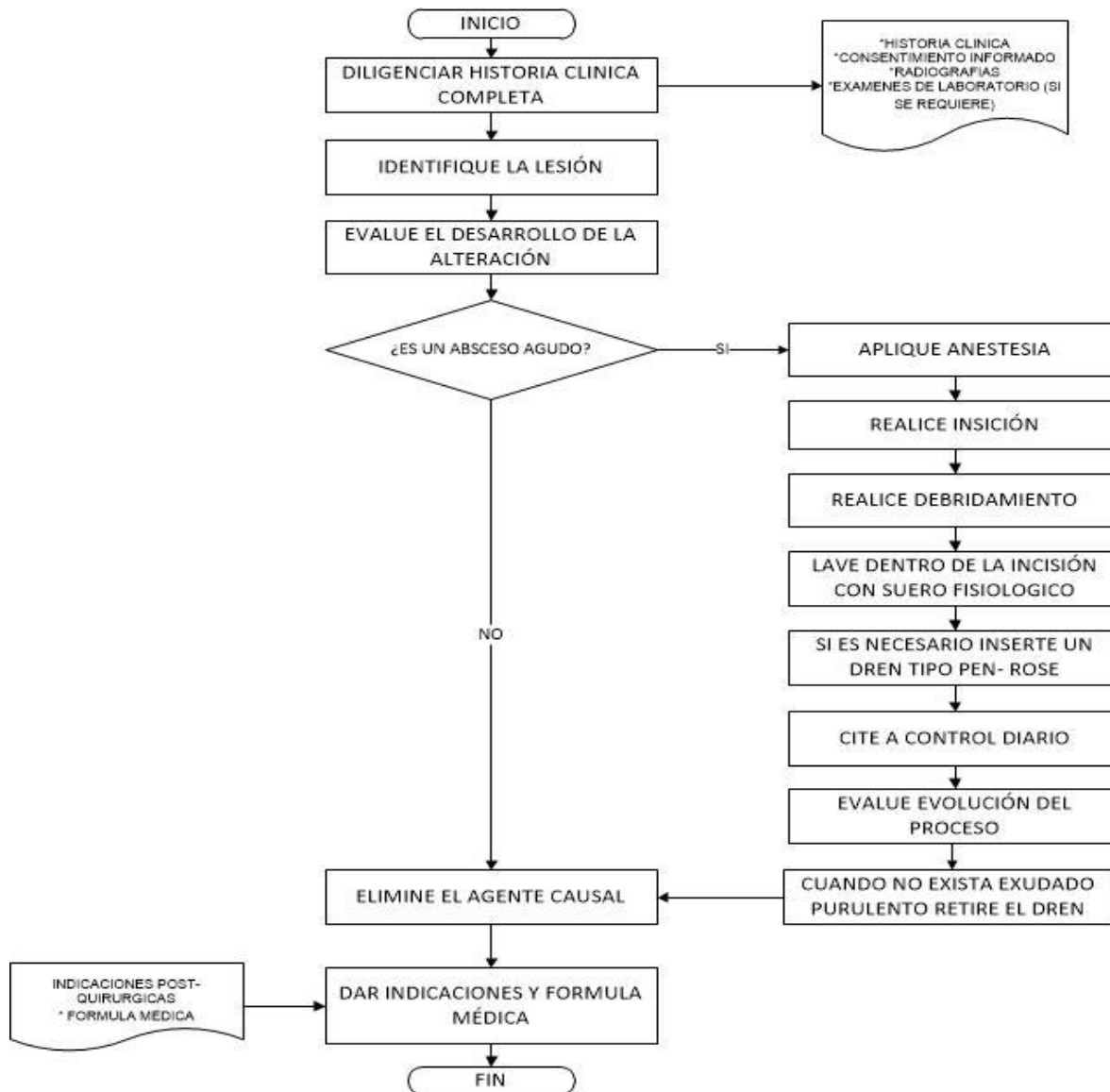
6.8. EDUCACION DEL PACIENTE

El paciente debe mantener una higiene oral estricta, reposo, dieta blanda, el paciente debe continuar con el manejo farmacológico instaurado según el caso hasta finalizar esquema antibiótico, así como la utilización de enjuagues con clorhexidina dos veces al día durante una semana.

En caso de presentar dolor severo, edema exagerado, fiebre, debe acudir nuevamente al servicio (8).



6.9. FLUJOGRAMA





7. PERICORONITIS

7.1. DEFINICION

Inflamación aguda de los tejidos adyacentes a un diente en proceso de erupción. Puede variar desde una gingivitis hasta un verdadero absceso periodontal el cual puede complicarse con celulitis de espacios adyacentes. Clínicamente se caracteriza por presentar signos clásicos de infección, es decir inflamación, eritema de los tejidos circundantes, fiebre, dolor localizado y limitación en la función masticatoria y/o deglutoria. La principal etiología es el acúmulo de detritus y biopelícula entre el tejido blando y la corona del diente en erupción (frecuentemente tercer molar inferior) lo que produce la pericoronitis que la evolucionar y coleccionar pus alrededor de la corona del diente evoluciona a un absceso pericoronar (20).

7.2. CARACTERISTICAS CLINICAS

SIGNOS

- Presencia de diente semierupcionado o en proceso de erupción.
- Deformación de contorno de los tejidos blandos adyacentes y eritema.
- Presencia de irritantes locales (placa, cálculo, cuerpos extraños).
- Exudado de surco.
- Limitación de la función.
- Fiebre.(1)
- Adenopatías generalmente dolorosas asociadas

SINTOMAS

- Dolor constante de tipo opresivo
- Odinofagia, disfagia
- Malestar general
- Dolor a la palpación (1)

7.3. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

- Diente en proceso de erupción.
- Zona radiolúcida relacionada con la corona del diente.
- Pérdida ósea como producto de enfermedad periodontal o proceso infeccioso. (1)



7.4. ETIOLOGIA

- Acumulo de restos alimenticios y placa bacteriana entre el tejido blando y la corona del diente en proceso de erupción o semi- incluido y/o retenido.
- Lesión periodontal (pericoronitis)
- Acumulo de pus alrededor de la corona del diente. (Absceso pericoronar). (1)

7.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Diagnostico basado solo en criterios clínicos.
- Diagnóstico diferencial: quistes de erupción (CIE-10:K090).

7.6. MANEJO CLINICO

1) INSTRUMENTACION-DRENAJE

- Pida al paciente que haga un enjuague con clorhexidina.
- Elimine todos los irritantes locales presentes
- Drene el material purulento por surco.
- Con jeringa haga un lavado abundante con Clorhexidina seguido de suero fisiológico.
- Si se observa un absceso franco en la zona retrodistal realice una incisión anteroposterior para drenar el material purulento.
- En caso de terceros molares, evaluar mal posición y espacio disponible para su adecuado proceso de erupción de lo contrario requerirá exodoncia al igual que el diente antagonista.(1)

2) INSTRUCCIONES

Realizar instrucciones al paciente en técnicas de higiene oral, específicas para la zona afectada, como el uso de jeringas con agujas anguladas y eliminando su punta, utilizando enjuagues orales antimicrobianos en las dos maniobras, como enjuague y dirigido al sitio afectado, con la jeringa. (1, 8)

3) REMISION

- No intente remover el diente comprometido, porque la anestesia no tendría efecto y se puede favorecer la diseminación de la infección a otros espacios.
- Remita a nivel II o III, en caso de comprometer vía área, imposibilidad de adecuada nutrición (odinofagia –disfagia) o riesgo de diseminación rápida a espacios profundos del cuello por comorbilidades de base del paciente. (8, 17)



7.8. MANEJO FARMACOLOGICO

7.8.1. Terapia Antibiótica

En el caso de la terapia antibiótica, en forma empírica, se usan las penicilinas debido a su alta efectividad en el territorio orofacial variando la dosis según el paciente; también se usan asociaciones de antibióticos para ampliar el espectro, como la combinación de penicilinas más metronidazol. En caso de alergia a las penicilinas, está documentada la eficiencia de la clindamicina, aunque se ha descrito resistencia de hasta un 11% en cepas anaerobias para este antibiótico, por lo que se está postulando el uso de moxifloxacina, como alternativa para pacientes alérgicos a penicilinas, o a infecciones odontogénicas que no respondan a manejo con penicilina, clindamicina, se indica evitar en personas menores de 18 años. (8, 17)

Primera Elección: Amoxicilina Capsulas 500 Mg, Vo, C/8 Horas, Por 7 Días.

Segunda Elección: Clindamicina, 300 Mg Vo, C/6 Horas, 7 Días.

Tercera Elección: Azitromicina, 500 mg VO, C/24 horas, por tres días. (9-11)

7.8.2. Terapia Analgésica

AINES, puede manejarse con los siguientes antiinflamatorios:

- Ibuprofeno tabletas 600mg cada 6 horas por 5 días
- Naproxeno tabletas 250mg cada 6 horas x 5 días
- Diclofenaco tabletas 50mg cada 8 horas por 5 días

En caso de que paciente presenta alguna contraindicación para medicación con AINES, se debe manejar analgesia con:

- Acetaminofén tabletas 500mg 1 – 2 tabletas cada 6 horas x 5 días
- Acetaminofén 500mg + codeína 15mg cada 6 horas por 5 días

7.9. COMPLICACIONES

- Diseminación de la infección a espacios aponeuróticos tales como: Submandibular, Retrofaríngeo, faríngeo lateral, entre otros. (2)
- Angina de Ludwig.
- Extensión y diseminación a cavidad craneal: absceso cerebral, meningitis (10, 17).
- Trombosis del Seno Cavernoso (9 -11).
- Compromiso severo de la infección: mediastinitis (17)



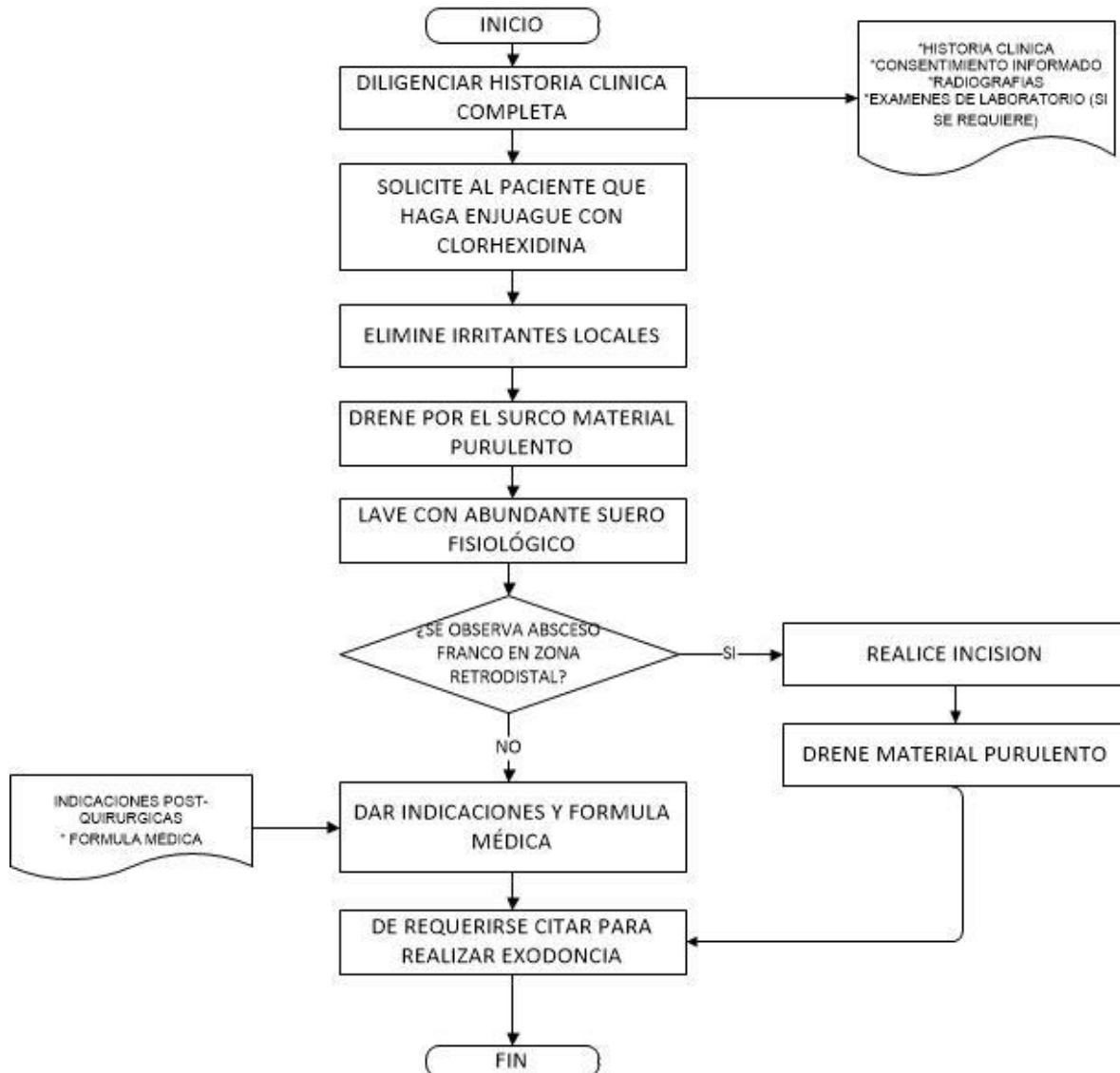
- Sepsis. (17)
- Fallas en la nutrición del paciente pueden aumentar la posibilidad de diseminación de la infección y posteriores complicaciones. (2, 8)

7.10. EDUCACION DEL PACIENTE

El paciente debe mantener una higiene oral estricta, lavados exhaustivos con clorhexidina, mediante jeringa con aguja angulada, 2- 3 veces al día durante 1 o 2 semanas, dieta blanda; debe continuar con el manejo farmacológico instaurado según el caso hasta finalizar esquema antibiótico, así mismo debe acudir a centro de remisión, en caso de requerirlo para realizar seguimiento y manejo quirúrgico respectivo (drenaje - exodoncia). (8,17)

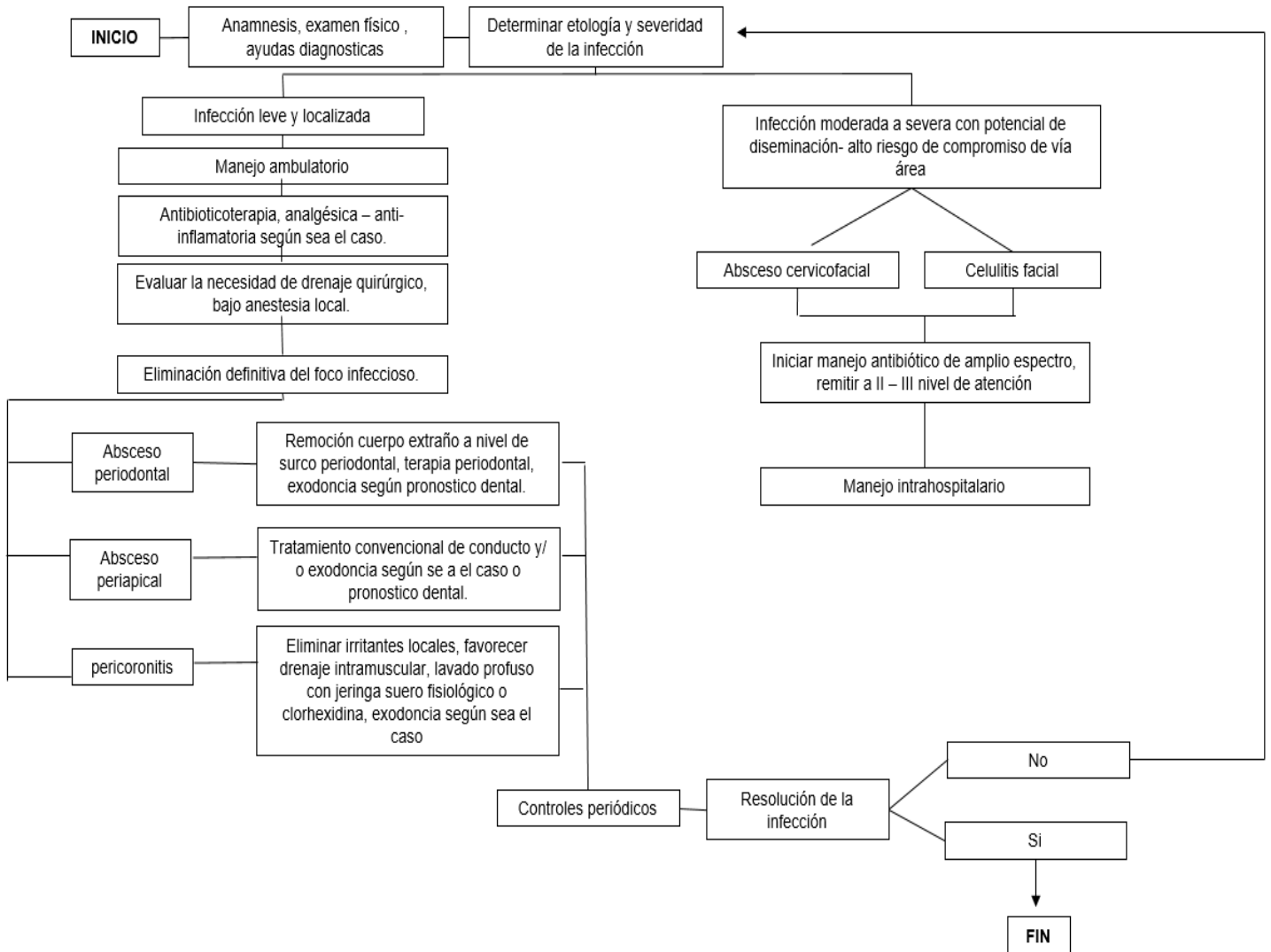


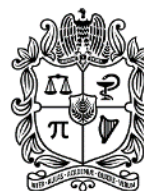
7.10. FLUJOGRAMA





8. FLUJograma RESUMEN





9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD ORAL - CIRUGÍA BÁSICA. Secretaria de Salud de Bogotá. 2009
2. Lypka M, Hammoudeh J. Dentoalveolar infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2011;23(3):415–24.
3. Curtis J. Holmes, Robert Pellecchia. Antimicrobial Therapy in Management of Odontogenic Infections in General Dentistry. *Dent Clin N Am* 60 (2016) 497–507
4. Flynn TR, Shanti RM, Levi MH, et al. Severe odontogenic infections, part 1: prospective report. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1093
5. Flynn T. What are the antibiotics of choice for odontogenic infections, and how long should the treatment course last? *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2011; 23(4):519–36. 7
6. Flynn TR, Halpern LR. Antibiotic selection in head and neck infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2003;15:17
7. Robles Raya P. y Col. Me voy al dentista: ¿antibiótico como prevención o como tratamiento? *Aten Primaria*. 2013;45(4):216-221
8. Orrett E. Ogle. Odontogenic Infections. *Dent Clin N Am* 61 (2017) 235–252
9. Yarrington CT Jr. The prognosis and treatment of cavernous sinus thrombosis. Review of 878 cases in the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1961;70(7):263–7.
10. Marilyn E. Levi, Vincent D. Eusterman. Oral Infections and Antibiotic Therapy. *Otolaryngol Clin N Am* 44 (2011) 57–78.
11. Stewart K, Izzo R S, Vazquez David. Do dental infections really cause central nervous system infections?. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 23(2011) 569-578.
12. Caccamese Jr, Coletti D. Deep Neck Infections: Clinical Considerations in aggressive disease. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 20 (2008) 367–380.
13. Lazor JB, Cunningham MJ, Eavey RD, et al. Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck space infections, *Otolaryngol head Neck surg* 1994;111:746.
14. Rega AJ, Aziz SR, Ziccardi VB. Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1377-80.
15. Haug R. The changing microbiology of maxillofacial infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2003; 15:1-15.
16. Peterson LJ. Principles of management and prevention of odontogenic infections. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, et al, editors. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. 4th edition. St Louis (MO): Mosby; 2003.
17. Shanti RM, Aziz SR. Should we wait for development of an abscess before we perform incision and drainage? *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 23 (2011) 513–518
18. Fernández MA, González P, Mardones M, Bravo R. A severe septic condition of odontogenic infections. *rev. med. clin. condes* - 2014; 25(3) 529-533



19. Alotaibi N, Cloutier L , Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases 132 (2015) 261–264.
20. Hull MW, Chow AW. An approach to oral infections and their management. Curr Infect Dis Rep 2005;7:17–27.

Elaboró:	María Mercedes Paredes Valencia	Revisó:	Dr. José Manuel Moreno G	Aprobó:	Consejo de Facultad
Cargo:	Docente Cirugía Oral y Maxilofacial	Cargo	Docente Cirugía Oral y Maxilofacial	Cargo	Decano Vicedecano Director de Bienestar Representante de los Profesores Directora Centro de Investigación y Extensión Directora Departamento de Salud Oral. Directora Área Curricular Estudiante Secretario de Facultad Representante Estudiantes de pregrado
Fecha:	Abril 2017	Fecha:	Julio 2017	Fecha:	Agosto 2017