

GUIA DE MANEJO DE INFECCIONES DE ORIGEN DENTAL



DIEGO LUIS BESQUIVEL CAMPO		
Coordinador Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial	(Cargo)	Gerente Científico
Elaboró	Validó	Aprobó

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 2 DE 14

1. OBJETIVO

El objetivo de esta Guía es permitir al profesional de la salud consultar en forma rápida la información necesaria para valorar y dar atención oportuna a pacientes con infecciones de origen dental.

2. CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Tenga en cuenta:

- No administre medicamentos.
- Valore el estado de hidratación del paciente.
- No forzar movimientos de apertura mandibular si se presenta limitación.
- Ubique la zona anatómica de la cara o cuello la manifestación clínica de la infección.

3. DEFINICIONES

3.1 DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA:

Lesión infecciosa originada de los tejidos duros del diente (caries dental), del tejido periodontal o por trauma dental que se localiza en el proceso alveolar y se disemina por continuidad, por vía sanguínea a tejidos y órganos próximos o distantes al diente comprometiendo los mecanismos de defensa del huésped.

4. EPIDEMIOLOGIA

En dos estudios realizados por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Fundación Hospital de la Misericordia entre Enero de 1.992 a Agosto de 1.997 en un grupo de 79 niños y 49 niñas y de Enero de 2.000 a Enero de 2.005 en un grupo de 35 niños y 15 niñas las fracturas más frecuentes fueron la NasoOrbitomaxilar 50% en niños y 14% en niñas y la cigomática con 30% en niños y 42% en niñas., la causa más frecuente fueron los accidentes de tránsito y las caídas de su propia altura. Los grupos de edad más afectados fueron entre 6 y 10 años y luego entre 0 a 5 años.

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 3 DE 14

5. CARACTERISTICAS CLINICAS

1. Calor, dolor, rubor, tumor y pérdida de la función (trismus).
2. Celulitis.
3. Absceso.
4. Deshidratación.
5. Quemosis.
6. Parestesias.
7. Proptosis.
8. Crepitación.

FASES CLINICAS DE LA INFECCIÓN AGUDA.

- **Edema** = Transudado plasmático. Clínicamente se observa deformación de contorno difuso, consistencia blanda y depresible.
- **Celulitis** = Infiltrado celular. Clínicamente consistencia firme localizada o difusa, dura a la palpación con signos de inflamación aguda más aparentes.
- **Absceso**. Muerte celular, localización de restos celulares, mediadores químicos de la inflamación que se manifiesta clínicamente con presencia de exudado purulento, que fluctúa o crepita según los microorganismos aerobios o anaerobios presentes. Generalmente las fases se pueden ir desarrollando de acuerdo al tiempo de evolución y pueden estar presentes simultáneamente o ser difíciles de identificar (celulitis y absceso).

5.1 DIAGNOSTICO

- Historia clínica completa con énfasis en estado nutricional y factores de riesgo psicosociales y culturales.
- Presencia de factor etiológico (Focos cariogénicos, secuelas de trauma, pericoronitis, procesos periodontales)
- Cuadro clínico compatible (Signos de inflamación aguda).

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 4 DE 14

CONDICIONES DE ALERTA QUE INDICAN MANEJO HOSPITALARIO.

- Localización: (edema que este comprometiendo cualquier espacio de evolución rápida con riesgo de diseminación a estructuras vitales).
- Más de un espacio aponeurótico comprometido.
- Tiempo de evolución. (Generalmente más de 24 horas)
- Compromiso sistémico del paciente. (desnutrición, enfermedades debilitantes).
- Manifestaciones sistémicas de infección (fiebre, adinamia, trismus severo, disfagia, deshidratación entre otras).
- Paciente que no tolere la vía oral.
- Falta de compromiso de los padres.
- Complicación y no mejoría con el manejo ambulatorio.

EXÁMENES PARACLÍNICOS E INTERCONSULTAS.

- Radiografías: periapicales y/o panorámica.
- Ínter consulta y valoración por el cirujano maxilofacial.
- Cuadro Hemático ,Velocidad de sedimentación globular (VSG), cultivos y antibiogramas (Opcionales)

CONDICIONES DE ALERTA QUE INDICAN MANEJO HOSPITALARIO.

- Localización: (edema que este comprometiendo cualquier espacio de evolución rápida con riesgo de diseminación a estructuras vitales).
- Más de un espacio aponeurótico comprometido.
- Tiempo de evolución. (Generalmente más de 24 horas)
- Compromiso sistémico del paciente. (desnutrición, enfermedades debilitantes).
- Manifestaciones sistémicas de infección (fiebre, adinamia, trismus severo, disfagia, deshidratación entre otras).
- Paciente que no tolere la vía oral.
- Falta de compromiso de los padres.
- Complicación y no mejoría con el manejo ambulatorio.

5.2 TRATAMIENTO

- Estabilice el paciente: administre líquidos y electrolitos.
- Inicie terapia antibiótica de acuerdo a los tejidos comprometidos.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES PARA ANTIBIOTICOTERAPIA.

- **¿Qué es dosis de carga de antibiótico?** Es una dosis mayor que la terapéutica (generalmente el doble de esta), administrada 1 o 2 horas antes del procedimiento quirúrgico (premedicación).

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 6 DE 14

- **¿Cuándo administrar dosis de carga?** Se recomienda cuando el huésped se encuentra debilitado, los microorganismos en fase de crecimiento acelerado y el riesgo de una bacteriemia a distancia es posible.
- **¿Cuándo NO es necesaria la premedicación con dosis de carga?** Cuando la infección es **localizada** y de evolución **crónica** y **el huésped es inmunológicamente competente (sin compromiso sistémico)**
- **¿Qué es dosis de apoyo al tratamiento quirúrgico?** Son las dosis terapéuticas de los antibióticos de acuerdo a su farmacocinética.
- **¿Cuándo administrar dosis de apoyo?** Cuando la infección esta localizada en fase de edema o infiltrado sin invadir espacios aponeuróticos y el huésped es inmunológicamente competente.
- **¿Cuándo NO administrar dosis de carga?** Cuando el huésped es sistémicamente sano, inmunológicamente competente y la infección se encuentra en fase de Absceso porque hay muerte celular y la virulencia de las bacterias disminuye y el organismo circunscribe esta área y por la circulación muchas veces no hay difusión.
- **¿Por qué NO administrar antibióticos innecesariamente?** Porque los antibióticos, igual que todos los fármacos tienen efecto sistémico no sólo local; lo que significa que se pueden producir efectos secundarios que muchas veces son mayores a los riesgos que se tratan de prevenir como son los de producir resistencia a los mismos, sobreinfección, sensibilización y alergias.
- Control del dolor por vía IV.

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 7 DE 14

TABLA # 1.

SELECCIÓN DEL TIPO DE ANTIBIÓTICO

(Para manejo ambulatorio)

DOSIS DE CARGA

	PRIMERA ELECCIÓN	PRIMERA ALTERNATIVA	ALERGICOS A LA PENICILINA
Niños. (> 30 Kg.)	- Amoxicilina (POS): 50 mg/Kg.	- Penicilina Fenoximetilica (POS): 50 mg/Kg.	- Eritromicina (POS): 20 mg/Kg. - Cefalexina: 25- 50 mg/Kg.
Adultos.	- Amoxicilina (POS): 2 gramos.(dosis carga) 500 mgr. c/ 8 h. (dosis terapéutica)	-Penicilina Fenoximetilica (POS): 2 gramos. (dosis carga). 500mgr. c/8h. (dosis terapéutica)	- Eritromicina (POS): 1 gramo. - Clindamicina: Vía oral: 300 – 450 mg. C/6 horas. Inyectable: - Cefalexina: 2 gr.(dosis carga)

Nota:- Clindamicina (NO POS) = Solo en adultos

- Vía Oral = 300 – 450 mgr. C/6 horas

- **Inyectable: 1.200 – 1.800 mgr. / día, repartidos en 3 ó 4 dosis.**

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 8 DE 14

PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA.

- **En Niños:**

- **Acetaminofen. (POS)**

Presentación:

Tabletas 500mg

Solución oral 100mg gotas orales

Jarabe al 3 %

Dosis:

- Menores de un año = de 15 a 20 gotas cada 6 horas.
- De 1 a 3 años = de 20 a 30 gotas cada 6 horas. (2 a 3 gotas por Kr./peso)
- De 3 a 6 años jarabe (150 mg./5ml) una charradita cada 6 horas.
- De 6 a 12 años jarabe (150 mg./5ml) 1 a 2 cucharaditas cada 6 horas.
- Mayores de 12 años una tableta de 500 mg. Cada 6 horas.

- **Ibuprofeno:**

5 -10 mg/Kg. Cada 8 horas, dependiendo del compromiso del paciente. (Se prefiere por su efecto analgésico y anti-inflamatorio en casos muy agudos).

Presentación comercial: Dol, Febrifén suspensión 100 mg. /5ml. Frasco x 100 ml. (No POS).

- **Presentación : (Uso en adultos)**
(POS)

- **Ibuprofeno** grageas de 400 mg. Cada 6 horas.
- **Naproxeno**, Tabletas o cápsulas de 250 mgr.
- **Diclofenaco sódico:** Grageas 50 mgr.
Solución inyectable de 75 mgr./ 3 ml.

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 9 DE 14

5.2.1 MANEJO QUIRÚRGICO:

- **Eliminación de la causa.**

En el tratamiento de las infecciones odontogénicas es de vital importancia la identificación y tratamiento del diente responsable, sí, se trata de dientes temporales generalmente se extraen. Sí son permanentes y esta indicada la exodoncia, se realiza, de lo contrario se efectúa manejo endodóntico o periodontal.

- **Drenaje definitivo.**

Permite la descompresión de los tejidos, evita la diseminación por continuidad, controla la liberación de mediadores químicos, enzimas, prostaglandinas, etc., mejora la sintomatología, cambia el PH y el medio ambiente en los tejidos reduciendo la supervivencia bacteriana. Se realiza

con anestesia local si el manejo es ambulatorio o general sí el paciente esta hospitalizado de acuerdo al número de espacios comprometidos, y del estado general del paciente, en este caso el manejo es por parte de cirugía oral y maxilofacial.

Sí hay material purulento muy localizado limitado a un espacio aponeurótico superficial y el drenaje se puede realizar intraoralmente, se procede a realizarlo antes de la exodoncia.

PASOS EN LA TÉCNICA DE DRENAJE INTRAORAL.

1. ANESTESIA LOCAL: En lo posible, se prefiere la anestesia troncular, evitando la punción directa sobre el absceso o infiltrativa mesial y distal al sitio afectado. (sin embargo, su efecto puede ser pobre, pero por esto no se debe omitir este paso).
2. TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO:

	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 10 DE 14

2.1 **¿Cuándo Tomarla?** En situaciones que clínicamente son muy agresivas, en residivas o en lesiones refractarias a los tratamientos convencionales.

2.2 **Pasos para la Toma de la Muestra:**

- realizar limpieza del área a puncionar con solución antiséptica.,
- Punción y aspiración con jeringa hipodérmica. (No existe cantidad mínima para ser representativa)
- Sellar la punta de la aguja con tapón de caucho que suministran en el laboratorio Inmediatamente.
- Elaborar solicitud de cultivo especificando sitio de toma de la muestra, cantidad enviada, requerimiento del examen solicitado: cultivo y/o antibiograma, si el paciente esta tomando antibiótico anotar lo.
- Transporte. Inmediatamente la muestra al laboratorio con la orden cancelada.

3. **INCISIÓN:** Se incide la mucosa en el sitio más fluctuante, con hoja de bisturí No. 15. La incisión se hace desde la periferia hacia el centro para evitar una presión excesiva sobre la base del absceso que es la zona más sensible. El bisturí no debe profundizarse demasiado, nunca debe llegar hasta el periostio, sólo se incide la mucosa y la incisión se puede ampliar al retirar el bisturí para permitir el drenaje y un correcto posicionamiento del dren sin lesionar estructuras importantes (Fig. 1: A, B, C, D y E.)

4. **EXPLORACIÓN Y SALIDA DE MATERIAL PURULENTO:** Para conseguir un drenaje efectivo se introducen unas pinzas mosquito curvas, que se abren sucesivamente para romper todas las celdas del absceso.

5. **LAVADO:** Irrigando copiosamente con suero fisiológico.

6. **COLOCACIÓN DE DREN:** A través de la incisión se introduce un dren de Penrose, consistente en un cilindro de paredes de látex delgado que está empacado y esterilizado, el que se sutura con un punto para evitar su desplazamiento.

7. ELIMINACIÓN DE LA CAUSA: Se realiza dependiendo de la causa con tratamiento de endodoncia, periodoncia o la exodoncia cuando esta indicada. (aquí se puede reforzar técnicas anestésicas).

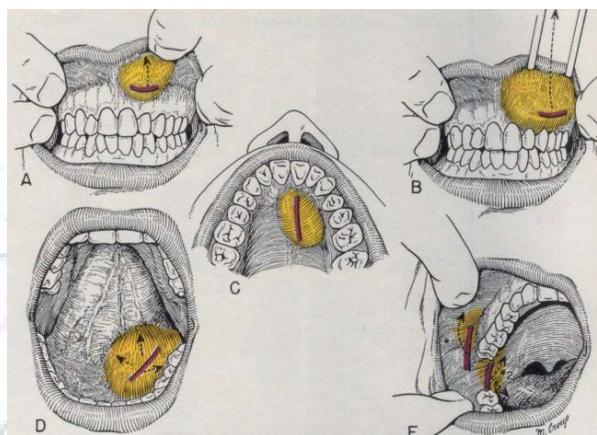


Fig. 1.

INCISIONES SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL ABSCESO

5.3 TERAPIA DE APOYO.

1. Dieta blanda hipercalórica.
2. Abundantes líquidos.
3. Higiene oral estricta.

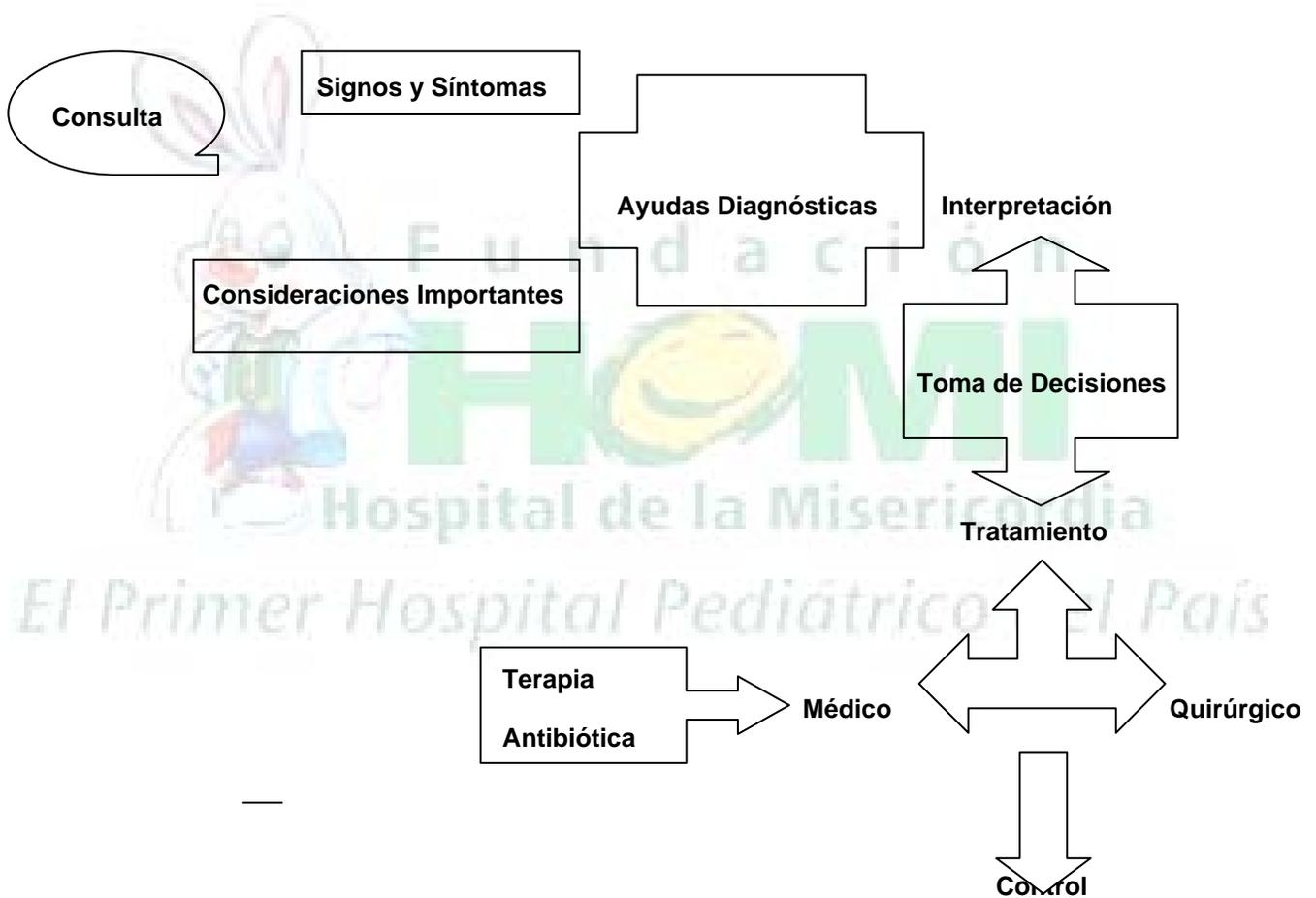
	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 12 DE 14

4. En pacientes atendidos ambulatoriamente se les programa un control en 24 a 48 horas, dependiendo del estado sistémico, del contexto socio cultural, advirtiéndole que si no hay mejoría debe consultar inmediatamente al Servicio de Urgencias y que posiblemente requerirá una radiografía panorámica. En el control se recomienda irrigar con suero fisiológico movilizándolo el dren. El paciente debe mostrar evolución satisfactoria con disminución de los signos de inflamación aguda y estabilización del estado sistémico.
5. Continuar tratamiento por consulta externa.



El Primer Hospital Pediátrico del País

FLUJOGRAMA



	NOMBRE DE LA GUÍA DE MANEJO XXXXXXXX		VERSIÓN: XX
	CODIGO GM – GCXX – XX	FECHA EDICION DD – MM – AAAA	PÁGINA: 14 DE 14

6. METODOLOGIA

El paciente es atendido por el residente quién debe presentarlo al docente para definir conducta quirúrgica y realizar la atención por el binomio docente-resident

7. BIBLIOGRAFIA

1. **Newman, Michael G. and Winkelhoff, Arie J. ANTIBIOTIC AND ANTIMICROBIAL USE IN DENTAL PRACTICE. 2da. ed. Ed. Quintessence books. Chicago. 2.000.**
2. **Palau, C., Jorge Mauricio y Alvarez, M. Ramón. USO DE ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRIA. 3ra. ed., Ed. Celsus. 1.995.**
3. **Esquivel, C. Diego y Low, P. Eduardo. INFECCIONES ODONTOGÉNICAS EN PEDIATRIA. EN: Guías de manejo en estomatología pediátrica. Fundación Hospital de la Misericordia, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. ECOE Ediciones. Bogotá, 1998.**
4. **Groupe Rhône-Poulenc. ANTIBIOTICOS... temática siempre actual. Specia, Tomo 1-88. 1994.**
5. **González A. Marco Antonio, Lopera L., William Dario y Arango, V. Álvaro. FUNDAMENTOS DE MEDICINA. 9na edición. Ed. Cib. Medellín. 2.000.**
6. **Hupp Tucker, Peterson Ellis. CONTEMPORARY ORAL AND MAXILOFACIAL SURGERY. 2da. Ed. Bosón. 1994.**
7. **Rojas, William. INMUNOLOGÍA. Undecima edición. Ed. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia. 1999**
8. **Fundamentos de Medicina. Manual de Terapéutica. Ed. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia. 2004**
9. **Actualizado Febrero de 2008**