



# PATOLOGÍA PULPAR Y PERIAPICAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URGENCIA

## MATERIAL DOCENTE

### Descripción:

Breve documento de autoaprendizaje desarrollado para los alumnos de la carrera de Odontología sobre el diagnóstico y tratamiento de la patología pulpar y periapical con sus desenlaces.

## PATOLOGÍA PULPAR Y PERIAPICAL

Constituyen una de los motivos de consulta más frecuentes en la clínica odontológica, presentando diversos grados de severidad y complejidad que pueden llegar a comprometer la vida del paciente.

Se destaca la presencia de dolor como uno de los síntomas predominantes y que requiere de atención urgente.

Un punto de partida habitual radica en la necrosis pulpar y la participación de una flora bacteriana mixta aerobia/anaerobia cuya virulencia y agresividad, sumado a las condiciones sistémicas e inmunocompetencia del paciente afectado, determinarán la posibilidad de desencadenar un proceso infeccioso progresivo, modelado por la anatomía topográfica (diente causal, inserciones musculares, relaciones anatómicas), oportunidad de la consulta y tiempo de evolución, lo cual definirá:

- Estadío de presentación.
- Diagnóstico.
- Conducta terapéutica.

Una completa historia clínica, examen físico exhaustivo y complementarios pertinentes permitirán:

- Determinar la etiología y severidad del proceso infeccioso.
- Evaluar la condición sistémica e inmune.
- Determinar el lugar de atención (nivel primario, secundario, terciario).
- Indicar y ejecutar el tratamiento médico/quirúrgico/endodóntico necesario, o la derivación oportuna.

Planteado el diagnóstico e identificado el diente causal es indispensable un ejercicio de reflexión que determine, para ese paciente en particular, la indicación de una terapia conservadora (tratamiento endodóntico) o radical (recomendando la exodoncia). Los factores relacionados con la situación del diente mismo, estado general de la cavidad bucal y condición sistémica del paciente deberán ser evaluados al momento de tomar decisiones en conjunto con el paciente, en el contexto del consentimiento informado y las posibilidades reales de acceder a un tratamiento conservador.

La capacidad del organismo de circunscribir y localizar el proceso infeccioso da cuenta de los mecanismos defensivos operativos del paciente, que se evidencian en la clínica como colecciones purulentas que tienden a expresarse y aún exteriorizarse buscando una evacuación espontánea (abscesos). Por el contrario, una menoscabada reacción inmunitaria facilita la difusión de la infección a través de todos los tejidos que encuentra a su paso, siguiendo las zonas de menor resistencia, comprometiendo espacios musculares intercomunicados y colocando en serio riesgo la vía aérea y estructuras vitales (celulitis difusa/flegmón).

## COMPLEJO PULPODENTINARIO

El complejo pulpodentinario constituye una unidad embriológica, histológica y funcional, en donde ambos tejidos (pulpa y dentina) provienen de la papila mesenquimática del germen dentario.

La pulpa dentaria contiene células y componentes extracelulares que proveen funciones odontogénicas, nutritivas, sensitivas y defensivas a este tejido, al mismo tiempo que permite la preservación de la vitalidad durante la mantención de la homeostasis normal y durante la reparación después de una injuria.

Los irritantes pulpares se pueden clasificar en :

- Microbianos : Caries, enfermedad periodontal, anacoressis.
- Térmicos: Calor de la preparación cavitaria o de pulido.
- Trauma: Fractura coronaria, fractura corono-radicular, fractura radicular, concusión, luxación, avulsión, trauma oclusal.
- Químicos: Cementos, barnices, materiales de obturación.
- Procedimientos clínicos: Profundidad de preparaciones, deshidratación dentinaria, impresiones, ortodoncia, tratamiento periodontal.

Dependiendo del tipo de noxa que afecte al complejo pulpodentinario y su intensidad, será la respuesta defensiva que desarrollará el tejido, la cual puede ser:

- Respuesta vascular: Hiperemia pulpar (vasodilatación).
- Respuesta secretora: Dentina esclerótica (obliteración de los túbulos dentinarios).
- Respuesta celular: Dentina reparativa o reaccional (formación de nueva dentina).
- Respuesta defensiva: Inflamación pulpar.

La respuesta defensiva puede ser *reversible*, permitiendo la reparación del tejido pulpar o *irreversible*, provocando la pérdida permanente de tejido normal y reduciendo las capacidades innatas de reparación del complejo pulpodentinario, pudiendo causar finalmente la necrosis pulpar.

El complejo pulpodentinario presenta una relación continua con los tejidos peri y pararadiculares, es decir, están comunicados anatómica y fisiológicamente. Todo lo que ocurre en el órgano pulpar repercute en los tejidos periodontales.

Desde el momento que existe pulpitis hay un acúmulo de células y mediadores inflamatorios en el área periapical. Las patologías pulpares así como las periapicales son un proceso dinámico. Microorganismos, sus subproductos y mediadores inflamatorios alcanzan los tejidos periapicales amplificando la respuesta inflamatoria.

Las patologías periapicales de origen pulpar se describen por lo tanto, como un trastorno inflamatorio de los tejidos perirradiculares, causado por la infección microbiana persistente dentro del sistema de canales radiculares (SCR).

Las vías de infección en estos casos pueden ser:

- Caries, iatrogenia operatoria, iatrogenia periodontal, trauma dentoalveolar (TDA), dentina expuesta.
- Tratamiento endodóntico defectuoso.
- Enfermedad periodontal.

Es importante por tanto, conocer la etiología de las diversas patologías que afectan al complejo pulpodentinario, analizar los signos y síntomas que el paciente presenta, realizar una correcta anamnesis, examen clínico y radiográfico, para establecer un diagnóstico certero que nos permita llevar a cabo un adecuado plan de tratamiento, logrando así el éxito de nuestra terapia.

## PATOLOGÍA PULPAR Y PERIAPICAL

Es de consenso tanto para patologías pulpares como periapicales de origen pulpar la clasificación difundida por la Asociación Americana de Endodoncia (AAE) en el Journal of Endodontics, volumen 35, número 12, Diciembre de 2009.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en su Guía Clínica de Urgencias Odontológicas Ambulatorias, declara que constituyen patologías GES:

- Pulpitis irreversible sintomática.
- Absceso dentoalveolar agudo ( Absceso apical agudo, estadio 1).
- Absceso subperióstico ( Absceso apical agudo, estadio 2).
- Absceso submucoso ( Absceso apical agudo, estadio 3).
- Absceso de espacios anatómicos buco-máxilo-faciales.
- Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico.
- Gingivitis necrotizante.
- Complicaciones post exodoncia (hemorragia y alveolitis).
- Traumatismo dentoalveolar.

Para efectos de esta guía, se considerarán las 6 primeras patologías incorporadas. Se sugiere revisar el siguiente link, donde se explicita el problema de salud, la guía clínica relacionada y el listado de prestaciones específicas. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-3696.html>

### **A) PATOLOGÍA PULPAR (Según clasificación de la AAE)**

1. Pulpa Normal
2. Pulpitis Reversible
- 3. Pulpitis Irreversible Sintomática**
4. Pulpitis Irreversible Asintomática
5. Necrosis Pulpar
6. Diente previamente tratado
7. Diente con terapia previamente iniciada

#### **A1.- PULPA NORMAL**

##### **Características:**

- Clínicamente libre de síntomas.
- Respuesta normal a los tests de sensibilidad (es importante calibrar la respuesta del paciente), esto significa que siente el frío y el calor, pero sin sensación dolorosa.
- Percusión del diente y palpación del fondo de vestíbulo asintomático.
- Radiografía no se observa nada especial ( indemnidad de la lámina dura).

## A2.- PULPITIS REVERSIBLE

Inflamación del tejido pulpar, que al eliminar el agente causal puede resolverse hacia un estado normal.

### Características:

- El paciente relata un dolor leve o moderado con alimentos dulces, ácidos, fríos. El dolor es provocado, leve/moderado, y dura igual a la duración del estímulo.
- Respuesta a los tests: normal o aumentada (leve/moderada) pero sólo el tiempo que dura la aplicación del estímulo.
- Paciente no necesita tomar antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Percusión y palpación normales.
- Radiografía: Línea Periodontal Apical (LPA) normal.

### Estrategia terapéutica:

- Eliminación de caries, protección pulpo dentinaria.
- Control de respuesta mediante tests de sensibilidad.

## A3.- PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMÁTICA (Patología GES)

Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos que indican un estado de inflamación pulpar incapaz de ser resuelta espontáneamente, y donde no será posible la reparación. Por lo tanto, es necesario realizar la terapia endodóntica.

### Características:

- El paciente relata dolor espontáneo y/o provocado, de intensidad moderada a severa, constante, pulsátil, irradiado y a menudo referido; pero al realizar los tests de sensibilidad con calor o frío la respuesta es severa. En ocasiones el paciente relata sensación de alivio con el frío (por ejemplo: bebiendo agua).
- Duración del dolor mayor a la duración del estímulo provocado.
- Dolor aumenta en decúbito y no cede o no se controla adecuadamente con AINEs.
- Percusión puede ser normal o presentar respuesta aumentada. Esto indica que existe un proceso inflamatorio a nivel de los tejidos periapicales, dada la liberación de citoquinas.
- Radiografía: LPA normal o engrosada.
- Tratamiento de elección: Biopulpectomía.
- En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

### **Estrategia terapéutica en la resolución de urgencia:**

En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

Como tratamiento conservador se deberá iniciar la terapia endodóntica que se describe a continuación:

- Cavidad de acceso.
- Abundante irrigación con hipoclorito de sodio (NaOCl) al 5,25%.
- Preparación del tercio cervical y medio de el o los canales (Flare).
- Apósito de motita de algodón estéril.
- Doble sellado (Fermín y vidrio ionómero).
- AINEs.

### **AINEs**

- Paracetamol 1 gr cada 8 hrs.
- Meloxicam 7.5 mg cada 12 hrs.
- Ibuprofeno 400 a 600 mg cada 8 hrs.
- Ácido Mefenámico 500 mg cada 8 hrs.
- Ketoprofeno 50 a 100 mg cada 8 hrs.
- Clonixinato de Lisina 125 mg cada 8 hrs.
- Revisar Escala Analgésica Organización Mundial de la Salud (OMS) en el siguiente link:  
<https://www.dolor.com/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms.html>

## **A4.- PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA**

Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos que indican un estado de inflamación pulpar incapaz de ser resuelta espontáneamente, y donde no será posible la reparación. Por lo tanto, es necesario realizar la terapia endodóntica.

### **Características:**

- Paciente no relata dolor, se asocia a caries de avance lento, cavitaciones o traumas.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: disminuida o levemente aumentada.
- Percusión y palpación normal o aumentada.
- Al test de exploración presenta respuesta.
- Radiografía: LPA normal o engrosada.
- Tratamiento de elección: Biopulpectomía.
- En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

## A5.- NECROSIS PULPAR

Es un diagnóstico clínico que indica muerte del tejido pulpar. Generalmente es un proceso gradual, salvo que se presente en dientes con traumatismo dentoalveolar severo.

### Características:

- Paciente asintomático.
- Cambio de coloración coronaria ( en caso de indemnidad coronaria).
- Respuesta a los tests de sensibilidad: negativa (no responde).
- Percusión y palpación normal o aumentada.
- Radiografía: LPA normal o engrosada.
- Al test de exploración no presenta respuesta.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.
- En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

## A6.- DIENTE PREVIAMENTE TRATADO

- Diente tratado endodónticamente con sus canales radiculares ya obturados.
- La obturación de los canales puede estar correcta o incorrecta en longitud y amplitud.

## A7.- DIENTE CON TERAPIA PREVIAMENTE INICIADA

- Diente con tratamiento iniciado, pero no finalizado. Sin canales obturados (es decir, se realizó cavidad de acceso de urgencia, pulpotomía cameral o pulpectomía).
- Cuando llega un diente con terapia previamente iniciada, se toma nueva radiografía obligatoriamente.

## B) PATOLOGÍA PERIAPICAL ( Según clasificación de la AAE)

- Tejido apical normal
- **Periodontitis apical sintomática**
- Periodontitis apical asintomática
- **Absceso apical agudo**
- Absceso apical crónico
- Osteitis condensante

Sólo constituyen una urgencia odontológica de resolución inmediata, según Guía MINSAL de Urgencias Odontológicas Ambulatorias:

- Absceso dentoalveolar agudo ( Absceso apical agudo, estadio 1).
- Absceso subperióstico ( Absceso apical agudo, estadio 2).
- Absceso submucoso ( Absceso apical agudo, estadio 3).

### B1.- TEJIDO APICAL NORMAL

- Diente con tejidos periradiculares normales.
- No presentan sensibilidad a las pruebas de percusión del diente o palpación de fondo de vestíbulo.
- La lámina dura que rodea la raíz está intacta y el espacio del LPA es uniforme.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: Puede ser positiva o negativa.

### B2.- PERIODONTITIS APICAL SINTOMÁTICA

Inflamación, por lo general del periodonto apical. Se considera una urgencia de resolución inmediata, sin embargo, no corresponde a un cuadro constitutivo de las garantías explícitas en salud (GES).

#### Características:

- Paciente relata respuesta dolorosa al morder y/o percusión o palpación.
- Puede ser de origen: Traumática (diente con sobreoclusión, sobreinstrumentación, sobreobturación con cemento sellador o gutapercha) o infecciosa.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: positivo o negativo.
- Percusión aumentada.
- Respuesta normal o aumentada a la palpación de fondo de vestíbulo.
- Radiografía: Puede o no estar asociado con un área radiolúcida apical.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.

**Estrategia terapéutica en la resolución de urgencia:** Según etiología:

- **Traumática:**
  - **Dientes con sobreoclusión:** Alivio oclusión - AINEs.
  - **Dientes con sobreinstrumentación:** AINEs - Control.
  - **Dientes con sobreobturación de cemento sellador :** AINEs – Control.
  - **Dientes con sobreobturación de gutapercha:** Desobturación total.
    - Medicación intracanal con hidróxido de calcio.
    - Se sugiere referir a endodoncista por la complejidad.
  
- **Infeciosa:**

En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

Como tratamiento conservador se deberá iniciar la terapia endodóntica que se describe a continuación:

- Cavidad de acceso.
- Abundante irrigación con hipoclorito de sodio (NaOCl) al 5,25%.
- Preparación del tercio cervical y medio de el o los canales ( Flare).
- Apósito de motita de algodón estéril.
- Doble sellado (Fermín y vidrio ionómero).
- AINEs.

### **B3.- PERIODONTITIS APICAL ASINTOMÁTICA**

Inflamación y destrucción del periodonto apical de origen pulpar, que se presenta como un área radiolúcida apical a la radiografía. Histopatológicamente puede corresponder a granuloma periapical (GP) o quiste radicular inflamatorio (QRI).

#### **Características:**

- Paciente asintomático.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: Negativa.
- Percusión: respuesta normal.
- Respuesta normal a la palpación fondo de vestíbulo.
- Radiografía: Se observa área radiolúcida periapical, por lo que la línea periodontal apical, está ausente.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.
- En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

## **B4.- ABSCESO APICAL AGUDO ESTADÍOS 1,2 Y 3 = ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO, ABSCESO SUBPERIÓSTICO, ABSCESO SUBMUCOSO ( Patología GES)**

Etiología: Necrosis séptica o iatrogenia endodóntica. Se presentan 3 variantes:

### **ABSCESO APICAL AGUDO - ESTADÍO 1 (ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO):**

#### **Características:**

- Dolor severo, localizado, espontáneo, pulsátil.
- Sensación de diente elongado.
- Puede presentar compromiso del estado general (fiebre, adenopatías).
- Puede existir aumento de volumen facial y sensibilidad aumentada a la palpación de fondo de vestíbulo sin ocupación del mismo.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: negativa.
- Percusión aumentada, severa.
- Radiografía: Puede o no observarse un área radiolúcida periapical.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.

#### **Estrategia terapéutica en la resolución de urgencia:**

En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo. Habitualmente esta maniobra produce el vaciamiento espontáneo de la colección por vía alveolar.

Como tratamiento conservador se deberá iniciar la terapia endodóntica que se describe a continuación:

- Cavidad de acceso.
- Abundante irrigación con hipoclorito de sodio (NaOCl) al 5,25%.
- Preparación del tercio cervical y medio de el o los canales ( Flare).
- Apósito de motita de algodón estéril.
- Doble sellado (Fermín y vidrio ionómero).
- AINEs.
- Recetar antibioterapia sistémica al paciente.
- Controlar a las 24 hrs.
- Dependiendo del tipo y anatomía del diente comenzar tratamiento endodóntico o derivar a especialista en la sesión de control.

#### **Antibioterapia sistémica:**

- Amoxicilina 1 gr cada 12 hrs por 7 días / Amoxicilina 875 mg cada 12 hrs por 7 días.
- Amoxicilina/Ác. Clavulánico 875/125 mg cada 12 hrs por 7 días.

Pacientes Alérgicos a Penicilina:

- Clindamicina 300 mg cada 8 hrs por 7 días.
- Azitromicina 500 mg cada 24 hrs por 5 días.

### **AINEs**

- Paracetamol 1 gr cada 8 hrs.
- Meloxicam 7.5 mg cada 12 hrs.
- Ibuprofeno 400 a 600 mg cada 8 hrs.
- Ácido Mefenámico 500 mg cada 8 hrs.
- Ketoprofeno 50 a 100 mg cada 8 hrs.
- Clonixinato de Lisina 125 mg cada 8 hrs.
- Revisar Escala Analgésica Organización Mundial de la Salud (OMS) en el siguiente link: <https://www.dolor.com/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms.html>

## **ABSCESO APICAL AGUDO - ESTADÍO 2 (ABSCESO SUBPERIÓSTICO):**

### **Características:**

- Dolor severo, localizado, pulsátil, intenso.
- Aumento de volumen leve de fondo de vestíbulo y muy doloroso a la palpación, color de la mucosa eritematosa, y de consistencia renitente.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: negativo.
- Percusión aumentada.
- Radiografía: Puede o no observarse un área radiolúcida periapical.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.

### **Estrategia terapéutica en la resolución de urgencia:**

En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo. Habitualmente esta maniobra produce el vaciamiento espontáneo de la colección por vía alveolar.

Como tratamiento conservador se deberá iniciar la terapia endodóntica que se describe a continuación:

- Cavidad de acceso.
- Abundante irrigación con hipoclorito de sodio (NaOCl) al 5,25%.
- Preparación del tercio cervical y medio de el o los canales (Flare).
- Apósito de motita de algodón estéril.
- Doble sellado (Fermín y vidrio ionómero).
- AINEs.

## ABSCESO APICAL AGUDO -ESTADÍO 3 (ABSCESO SUBMUCOSO):

### Características:

- Dolor moderado, de menor intensidad que estadio 1 y 2.
- Ocupación del fondo de vestíbulo de consistencia blanda y doloroso a la palpación, mucosa enrojecida.
- Respuesta a los tests de sensibilidad: negativa.
- Percusión aumentada.
- Radiografía: Puede o no observarse un área radiolúcida periapical.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.

### Estrategia terapéutica en la resolución de urgencia

En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo. Habitualmente esta maniobra produce el vaciamiento espontáneo de la colección por vía alveolar. De lo contrario, realizar vaciamiento quirúrgico (ver recuadro).

Como tratamiento conservador se deberá iniciar la terapia endodóntica que se describe a continuación:

- Cavidad de acceso.
- Abundante irrigación con hipoclorito de sodio (NaOCl) al 5,25%.
- Preparación del tercio cervical y medio de el o los canales ( Flare).
- Apósito de motita de algodón estéril.
- Doble sellado (Fermín y vidrio ionómero).
- AINEs.
- Incisión vestibular para permitir vaciamiento del pus (incisión, vaciamiento de colección purulenta, irrigación abundante con suero fisiológico, eventual instalación de drenaje).

En los casos de colección purulenta en **absceso apical agudo estadio 3 (Absceso submucoso)**:

- Realizar vaciamiento de la colección mediante la incisión aguda y luego diéresis roma de la mucosa comprometida, abundante irrigación con suero fisiológico, dejar que cierre por segunda intención la herida del vaciamiento. Evaluar instalación de drenaje tipo penrose o tubo de silicona.
- Considerar la indicación de terapia antibiótica en caso de compromiso del estado general, con cualquier diagnóstico.
- Factores locales como: disnea, trismus, disfagia, derivar a servicio de urgencia terciario para valoración de la necesidad de hospitalizar.

En los cuadros de **Periodontitis apical sintomática de origen infeccioso y en los 3 estadios de absceso apical agudo**, si el tiempo y los recursos disponibles lo permite, el ideal como estrategia terapéutica de resolución de urgencia desde el punto de vista endodóntico es:

- Cavidad de acceso.
- Irrigación abundante con NaOCl 5,25%.
- Preparación del tercio cervical y medio de el o los canales (Flare).
- Uso de lima de pasaje (lima #8 o #10), siempre y cuando ya se haya alcanzado diámetro apical mínimo de 20 y cuando por razones anatómicas se determina que la lima maestra no será mayor a #35.
- Diámetro apical adecuado, según anatomía y patología.
- Medicar con CHX 2%.
- Apósito de algodón estéril.
- Doble sellado (Fermín y vidrio ionómero).

#### **Definición lima de pasaje:**

Lima de diámetro # 8 o 10 que se utiliza a la longitud real del diente (LRD) con el objetivo de permitir el recambio constante del irrigante, favoreciendo la desinfección del canal cementario.

Se utiliza con movimiento pasivo de entrada y salida.

- Se usará lima de pasaje después de haber conformado el SCR hasta una lima #20 (como mínimo), y sólo en aquellos casos en que por motivos anatómicos (canal curvo y/o fino en tercio apical o escaso remanente de dentina parietal) la lima maestra (LM) no podrá ser mayor a #35; todos aquellos casos en que la LM sea #40 o más, no se utilizará lima de pasaje.

## B5.- ABSCESO APICAL CRÓNICO

Reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por un inicio lento, molestias leves o ausentes y descarga intermitente de exudado purulento a través de un tracto sinusal/fístula, siendo éste su signo patognomónico.

### Características:

- Paciente no presenta dolor o presenta molestias leves.
- Presenta un tracto sinusal/fístula (activo o inactivo).
- Respuesta a los tests de sensibilidad: negativo.
- Percusión: Aumentado leve.
- Radiografía: Puede o no observarse un área radiolúcida periapical.
- Para reconocer el diente causal es muy recomendable realizar el cateterismo fistular.
- Tratamiento de elección: Necropulpectomía.
- En caso que el diente tenga una condición irreversible o irrecuperable, se indicará la exodoncia del mismo.

## B6.- OSTEITIS CONDENSANTE

Lesión radiopaca difusa que representa una reacción ósea localizada a un estímulo inflamatorio de bajo grado, generalmente visto en el ápice del diente. Se presenta generalmente en pacientes jóvenes.

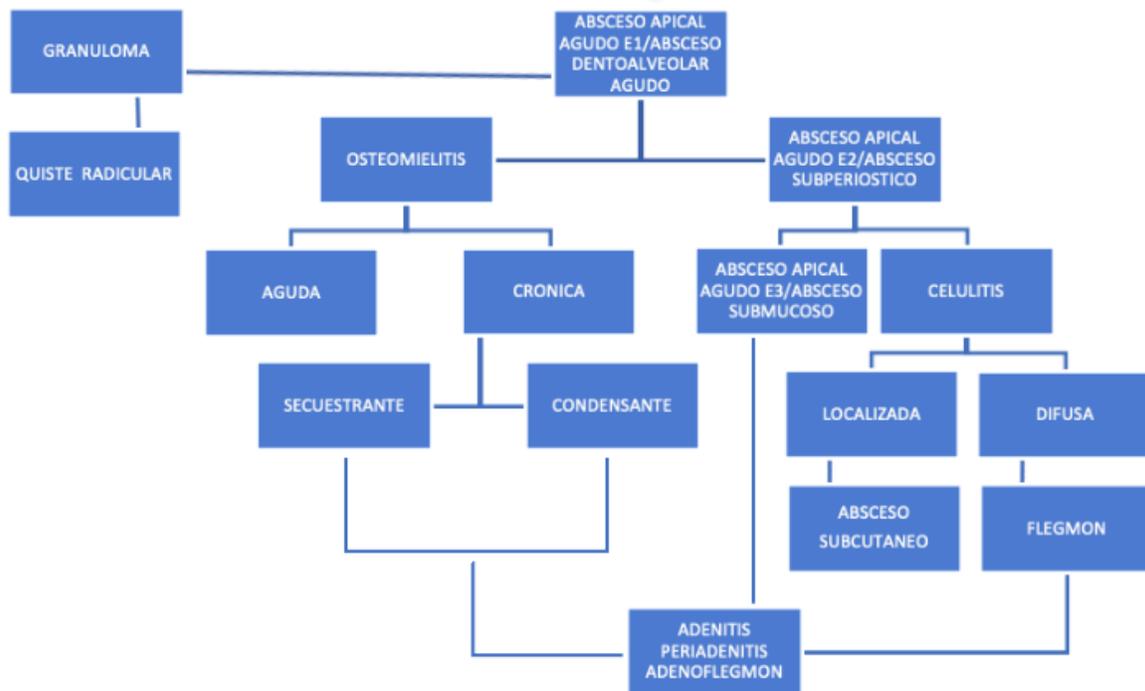
### Características

- Clínicamente se asocia caries profunda y restauración extensa en niños y adultos jóvenes.
- Dependiendo de la causa (pulpitis o necrosis pulpar) puede ser sintomática o asintomática.
- Puede o no haber sensibilidad a palpación o percusión.
- Radiográficamente se observa aumento difuso y concéntrico radiopaco alrededor de la raíz dentaria.
- Respuesta a los tests sensibilidad pulpar negativa o aumentada.

## ESQUEMA DE LA HISTORIA NATURAL DE LAS INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

Todo proceso infeccioso se relaciona con la repercusión linfática regional pudiendo expresarse como la reacción de los ganglios tributarios de la zona original afectada.

Las infecciones odontogénicas acá nombradas, son consideradas patologías insertas en el GES a excepción de la osteomielitis, granuloma o quiste radicular.



## ABSCESOS DE ESPACIOS ANATÓMICOS BUCO- MÁXILO- FACIALES

Dependiendo de la región donde se encuentre, por cercanía, el pus puede difundir a otros espacios anatómicos, como el espacio pterigomandibular, maseterino, submandibular e incluso hacia la región temporal a través del cuerpo adiposo de la mejilla.

Son de especial importancia clínica aquellos procesos infecciosos que se alojan en espacios más profundos y que pueden comprometer la vía aérea afectando la vida del paciente.

La colección purulenta sobrepasa la inserción muscular y se aloja en el tejido celular subcutáneo constituyendo lo que se conoce como Celulitis, la cual puede tener una presentación localizada, (absceso subcutáneo) y una difusa (flegmón).

### FLEGMÓN DE ORIGEN ODONTOGÉNICO.

- Representa un cuadro infeccioso que se localiza en el tejido celular subcutáneo, que compromete, además, al tejido sub-aponeurótico y que, prácticamente en todos los casos, cursa con un mayor o menor grado de compromiso sistémico.
- Tiene diversas formas clínicas de presentación, pero la más frecuente de observar es el osteoflegmón, que tiene como punto de partida el tejido óseo secundario a infecciones odontogénicas, a diferencia del adenoflegmón que tiene origen ganglionar.
- Si las condiciones generales del paciente no son las adecuadas (co-morbilidad, desnutrición, alcoholismo) o si la virulencia de los patógenos es alta o si los tratamientos efectuados no son los adecuados, la infección puede progresar por los tejidos vecinos agravándose el cuadro y comprometiendo así la vida del paciente.

### Características

- Compromiso sistémico.
- Astenia, adinamia.
- Sensación febril.
- El dolor, como síntoma principal, es reemplazado por el aumento de volumen.
- Asimetría facial evidente.
- Facies febril, palidez, sudoración.
- En casos graves hay disociación pulso - temperatura.
- Piel comprometida sobre el aumento de volumen, caliente, rojo, adherido y el proceso hace cuerpo con el hueso.
- Consistencia firme (leñosa).
- Pérdida de turgor y elasticidad de la piel.
- Presencia de trismus severo cuando se comprometen los espacios de músculos masticadores, compromiso respiratorio, cuando está comprometido el piso de boca, o espacio látero- faríngeo.

### **Estrategia terapéutica: Tratamiento de atención terciaria (hospitalario)**

- Paciente debe ser hospitalizado, en general hospitalización de 4 a 7 días.
- Si existe enfermedad de base (diabetes descompensada, inmunosupresión), puede ser de más días (7-15 días).
- Identificar el diente causal, realizar cavidad de acceso si es posible rehabilitar el diente, de lo contrario, realizar exodoncia. Considerar la severidad de la infección y el riesgo de compromiso sistémico.
- Drenaje al constatar la presencia de colección purulenta. El tratamiento quirúrgico dependerá de factores locales pudiendo ser temprano o más tardío.
- Terapia antibiótica empírica, para comenzar tratamiento:
  - Penicilina Sódica (PNC), 4 millones por vía endovenosa (EV) cada 6 horas + Metronidazol 500 mg (endovenoso) cada 8 horas.
  - Alternativa: Amoxicilina/ácido clavulánico (EV).
  - Paciente con alergia a PNC: Clindamicina 600 mg cada 8 horas(EV), durante 5-7 días.
- Analgésicos y antiinflamatorios endovenosos.
- Dieta blanda, reposo relativo.
- Revulsivos locales para el edema (calor local).
- Hidratación (suero glucosado 5%)
- Control de signos vitales (pulso, presión, temperatura cada 6-8 horas).
- Una vez que el paciente está de alta, derivación si procede al especialista para tratamiento definitivo, dentro de las 48 horas siguientes, con radiografía del diente causal si es posible.