

Infecciones dentarias

¿Qué es la cirugía maxilofacial? Dentista fino o sacamuelas. Cirujanos de cabeza y cuello. Prevención, estudio, diagnóstico y tratamiento de cavidad bucal y territorio craneofacial, así como de las estructuras cervicales relacionadas directamente o indirectamente con las mismas.

Infección odontogena: tiene su origen en las estructuras que forman el diente o el periodonto. Las bacterias más frecuentes son los estreptococos viridans, S. mutans, bacteroides, fusobacterias.

- 1ª elección: amoxicilina o ac. Clavulánico
- Si alergia clindamicina
- Si ingreso: clindamicina y gentamicina.

Características : endógenas, polimicrobianas y anaerobios.

Microorganismos: en la flora bucal hay más de 500 especies de bacterias. _80% gérmenes:

- Streptococcus (más frecuente): **Streptococo viridans** (aerobios): salivarius en periodontitis y mutans en caries
- Peptoestreptococcus (anaerobios)
- Actinomicetes
- Lactobacillus
- Corynebacterium
- Bacteroides: anaerobios: fragilis, melaninogenicus, gingivitis.
- Fusobacterias: anaerobios.

No solemos hacer estudios microbiológicos salvo que busquemos algo en concreto.

Es una cirugía limpia contaminada. Pero a pesar de ello no tenemos mayor tasa de infecciones que en otras especialidades. En cuanto entramos en lugares como cuello el cuidado de la esterilidad debe de ser mayor.

⇒ **Caries:**

→ **Generalidades:**

Principal causa de infección odontogénica.

- DEFINICIÓN: proceso de estirpe multifactorial (flora acidógena) que destruye los tejidos duros dentales y que cursa con la creación de una cavidad progresando en profundidad.
- Factores defensivos: saliva, fluor, cepillo y desa dental
- Clínica:
 - Mancha mate → gris → cavidad → alimentos → dolor con estímulos
 - Mancha mate: reversible. Ttos fluoridación.
- Tratamiento:
 - Selladores de surcos y fisuras
 - Obturaciones (amalgama de plata/ composites)
 - Incrustaciones
 - Endodoncia
 - Exodoncia (ultimo recurso)

⇒ Pulpitis:

Cuando la carie llega hasta el canal bulbar dando dolor.

→ Generalidades: Inflamación del tejido conectivo pulpar .

→ Clasificación:

- Clínica: Reversible/irreversible
- Histológica: Aguda/ crónica

→ Etiología:

- Infecciosa (microorganismos): G- y anaerobios. La + freq.

→ Clínica:

- Crónica: generalmente asintomática.
- Aguda: dolor brusco, corta duración que cede al retirar el estímulo (frío)
- Aguda supurada: dolor espontáneo que se alivia con frío y aumenta con calor, decúbito y cb. posturales

→ Tratamiento:

- Amoxicilina (+ clavulánico)

- Clindamicina,
- Odontológico
- Apertura cameral (urgencia)- abrir la parte superior de la muela y dejar al aire el canal pulpar, se deja salir a las bacterias y se alivia mucho el dolor.

⇒ **Patología periapical:**

- Infección del ápice dental (punta de la raíz). La infección llega hasta este nivel.
- Etiología:
 - Infecciosa: caries, pulpitis, infección periapical
 - Traumáticas (traumatismos, oclusión no fisiológica, iatrogénicas)
 - Agentes químicos.
- Tratamiento: antibiótico: amoxicilina +/- ácido clavulánico, clindamicina...

Endodoncia (imprescindible) + apicectomia (legrado +cortar apice y sellado)

⇒ **ENFERMEDAD PERIODONTAL:**

- Sinónimos: Piorrea o periodontopatía

Es aquella patología que afecta a los tejidos de soporte dental: encía, lig. Periodontal y hueso alveolar.

- Etiología: copiar cuadro
- Factores locales: placa bacteriana, impactación alimentaria (superficie interproximales), higiene oral deficiente, tabaco
- Factores generales: alteraciones endocrinas (DM), déficits de vitaminas, fármacos, ID (VIH), estrés, osteoporosis....
- Factores defensivos: higiene, no fumar, agentes antisépticos: clorhexidina
- Formas clínicas: gingivitis (solo encía) y periodontitis (se mete por debajo del hueso, entre los dientes)

❖ **Gingivitis**

- Generalidades: Infección de la encía.
- Formas clínicas: Aguda/crónica-Localizada/Generalizada

→ Clínica: cambios de coloración, sangrado, retracción.

→ Tratamiento: Higiene oral, odontológico. ATB.

- G.U.N.A: Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda

Más frecuente en jóvenes. Dolor, sangrado, necrosis de las papilas.

Pensar en VIH. Comienza en papilas interdentarias, con úlceras en sacabocados y membranas que se desprenden fácilmente. Olor y sabor desagradable.

→ Tratamiento: Etiológico, Instrucciones higiene oral, Enjuagues orales, Cobertura antibiótica: metronidazol (Flagyl®)

❖ Periodontitis:

→ Generalidades: se caracteriza por la formación de bolsas y pérdida de hueso (0.2 mm al año). A. Actinomycetemcomitans, P. Gingivalis. Es mas severa que la gingivitis, afecta al hueso, se

→ Clínica:

- Gingivitis
- Bolsas periodontales (que dan abscesos)
- Recesión de encía
- Reabsorción ósea
- Movilidad dental

→ Tratamiento:

- Odontológico.
- Selectivamente AB.
- En abscesos AB y drenaje

⇒ Pericoronaritis:

→ Infección de la corona del diente, inflamación de la enca que rodea al diente parcialmente erupcionado. Selectivo de terceros molares.

→ Clínica: dolor, trismus ocasional

→ Tratamiento: amoxicilina, cepillado.

—> Los dolores agudos en la cara, lo primero que debemos de pensar es en la boca, o de causa bucal o de ATM.

⇒ **CELULITIS:**

Si pasa la cabeza del diente, llega al raíz y luego al ápice, se puede propargar dando una celulitis.

Tumefacción de deforma el contorno facial, coloración rosada, sensación de molestia, dolor o no del diente responsable.

Ante la duda el paciente se queda hospitalizado

- **Celulitis aguda supurada:** dolor, fluctuación, MG, fiebre, leucocitosis.

Dx: OPG y TC.

Tratamiento: El drenaje debe de ser principalmente por via oral siempre que se pueda, pero si es inferior tendrá que hacerse desde abajo. Asi evitamos dejar cicatrices. (si tocamos la celulitis y vemos que fluctua, habrá que drenarlo, tras esto dejamos un drenaje porque si no se volverá a rellenar).

TC: para ver hasta donde llega la infección en los tejidos blandos. Espacios celulares de cuello y cara: para que se separe el cuello que es una zona esteril, de la boca que es una zona contaminada, tenemos el musculo milohioideo.

Supramilohioidea es infección superior, va hacia la lengua, inframilohioidea es una infección inferior que afecta al cuello. Si afecta al cuello la infección nos preocupa mucho mas y por tanto dejaremos al paciente ingresado.

También puede ir hacia atrás.

Si llegamos a espacio perifaríngeo:

- E. retofaríngeo
- E. laterofaríngeo
- E. vasculares

En ocasiones debemos de llamar al otorrino si no lo podemos drenar, para que ellos lo drenen con faringoscopia desde dentro.

⇒ **ANGINA DE LUDWING:**

El paciente se puede llegar a morir, es una celulitis difusa de comienzo supramilohioideo luego baja y se extiende hacia abajo, de comienzo agudo, rápida extensión sin respetar ninguna barrera anatómica. Suele ser de origen dentario mas en molares inferiores.

- Clínica: Fiebre, leucocitosis
- Exploración: Elevación del suelo de la boca (no se ve la uvula) y la lengua contacta con el paladar, pudiendo dar una alteración respiratoria y de la deglución.

Muchos acaban en quirófano con una traqueotomía.

- Complicaciones:
 - Riesgo de disnea, disfagia y cianosis.
 - Alta mortalidad
 - Ingreso hospitalario el 100% de las veces.
 - Debemos de drenar el foco, dar antibióticos clindamicina, ...

→ Si el paciente tiene la celulitis en la zona inframilohioidea como hemos dicho ya debe quedarse ingresado !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

CRITERIOS DE DERIVACION HOSPITALARIA: stand by me. Celulitis rápidamente progresiva, disnea, disfagia, extensión a planos profundos, fiebre superior a 38 grados, trismus intenso (menos de 10 mm), fracaso del tratamiento inicial, afectación grave del EG, pacientes ID.

→ Lo que manda es la clínica; no tiene lógica que un paciente que esta leyendo el periódico (es decir, se encuentra perfectamente) aunque tenga una la Angina de Ludwig le hagamos directamente una traqueotomía, tampoco nos debemos de guiar solo por la imagen. En este caso haríamos un drenaje externo

OTRAS COMPLICACIONES;: FISTULAS CERVICOFACIALES, FASCITIS NECROTIZANTE, MEDIASTINITIS, SEPTICEMIA, SINUSITIS, MENINGITIS.

- TRATAMIENTO:
 - Valorar ingreso hospitalario / seguimiento estrecho.
 - Quirúrgico: incisión y drenaje
 - Antibióticos:
 - Amoxicilina-ácido clavulánico (Augmentine®)
 - Clindamicina (Dalacin®) +/- Gentamicina
 - Antiinflamatorios
 - Dexametasona (Decadrán®) / Metilprednisolona (Urbasón®)
 - AINES

OSTEITIS Y OSTEOMIELITIS

- La infección del tejido conjuntivo intraóseo provocado generalmente por cocos piógenos.
 - **OSTEITIS:** lesiones circunscritas y delimitadas sin formación de sequestros. Para otros la infección exclusiva de Conductos de Havers. (Tejido oseo como tal)
 - **OSTEOMIELITIS:** cuando el proceso es más extenso y existen sequestros óseos. (comprende todas las estructuras: hueso, vasos, nervios, periostio...)
 - Infección de la médula: **mielitis o medulitis**
 - Infección del periostio: **periostitis**
 - CONSIDERACIONES GENERALES:
 - Mandíbula > Maxilar superior
 - Osteomielitis del proceso alveolar: sequestros / regeneración ósea dificultosa (posee poco tejido esponjoso)
 - . - Dientes incluidos: + aparición y evolución de las osteomielitis
 - Abscesos subperiósticos y periostitis: + freq. niño.
 - Etiopatogenia:
 - Causas locales: dentarias, paradentarias, celulitis externas, implantes osteointegrados, causas físicas o químicas.
 - Formas clínicas:
 - Osteoperiostitis aguda/crónica
 - OSTEITIS AGUDA - **Alveolitis (seca)**, supurada y marginal) tras exodoncia
 - Tto con alvogil
 - OSTEITIS CRÓNICA o esclerosante o condensante
- ⇒ **OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES:** (única pregunta en el Mir)
- Alteración del aporte sanguíneo óseo, con inhibición de osteoblastogenesis y aumento de apoptosis de los osteocitos
 - Es un entidad poco frec.
 - Principales causas:
 - Causa físico: radioterapia de cabeza y cuello
 - Causa químico: BIFOSFONATOS

- El primer caso en 2003 de osteonecrosis por bifosfonatos.

→ **Radioterapia:**

- Exposición de hueso maxilar irradiado a través de piel o mucosa mas de 3 meses.
- Incidencia de 5 %
- Dosis de RT > de 60 Gy
- Mas frec en mandíbula
- Tratamiento: resección conservador del hueso afectado
- **En pacientes con RT no extraer dientes hasta pasado 1 año de la última dosis**

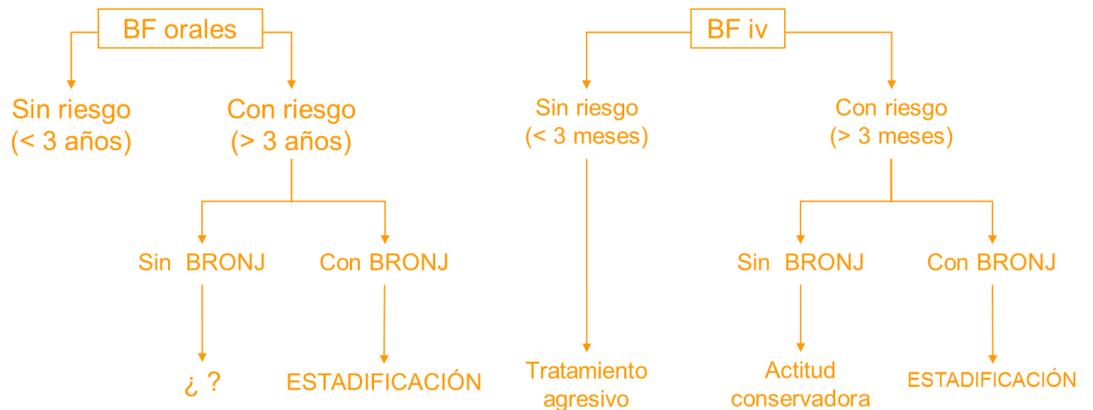
→ **Bifosfonatos:**

Definición según la AAOMS (2009)

1. Tratamiento previo o actual con un bisfosfonato;
2. Hueso necrótico, expuesto en la región maxilofacial que persiste durante más de 8 semanas (6 semanas en autores españoles) (hueso amarillo negro, expuesto en boca); y
3. No antecedentes de radioterapia de los maxilares
 - Bifosfonatos como tratamiento para: Osteoporosis, Enfermedad de Paget (refractaria a otros tratamientos), Hipercalcemia inducida por tumor, Lesiones osteolíticas en Mieloma Múltiple, Metástasis óseas predominantemente lítica: Ca. Mama, Ca. Próstata.
 - Afectos adversos por bifosfonatos iv: Reacciones inflamatorias agudas sistémicas: fiebre mialgia, artralgia, nausea, vómitos y edema en el sitio de la infusión, Trastornos oculares: conjuntivitis, Trastornos renales, Anormalidades electrolíticas: hipocalcemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia; **Osteonecrosis de los maxilares**, Reacciones alérgicas menos del 1 %.
 - Mas conocidos:
 - Ac zoledronico (Zometa o Aclasta), IV
 - Ibandronato (Bonviva) VO y IV
 - Risedronato (Actonel) VO
 - Alendronato (Fosamax) VO

→ **Clinica:** Áreas de hueso expuesto blanco-amarillento, superficie irregular o lisa, Bordes inflamados o ulcerados, fístulas intra o extraorales, Dolor (2/3)

TRATAMIENTO



→

Tratamiento ****

Toma bifosfonato: via oral o via IV. Si es via oral hasta dentro de tres años no tiene riesgo. Si es via iv no tiene riesgo si es menos de tres meses....

Resumen: si toma bifosfonatos; si es oral menos de tres años no pasa nada, y si es via iv menos de tres meses, no pasa nada. Si es mas de tres meses en vi o mas de tres años en vo. No tocar el hueso, mandar a maxilo.

Estadificación del paciente

-**Estadio I:** asintomáticos sin infección

Colutorios (como tratamiento)

Valorar *drug holiday*: sólo útiles interrupciones prolongadas (6-12m)

-**Estadio II:** evidencia de infección (eritema, dolor con/sin supuración)

Colutorios + antibióticos + nuevo cultivo-AB

Valorar desbridamiento sólo en casos de mala respuesta a tratamiento antimicrobiano completo.

TRATAMIENTO DENTAL PARA PACINETES EN TERAPIA CON BFS

- Control riguroso higiene y salud oral
- Control prótesis removibles
- Manejo no quirúrgico de las infecciones dentales en lo posible (endodoncia)
- **NO TOCAR EL HUESO u can't touch this**
- NO QUIRURGICO:
Antibioterapia: amoxicilina +ac. Claculanico, clindamicina, eritromicina
Antimicóticos: nistatina oral, miconazol, fluconazol.