



Acta Pediátrica de México

ISSN: 0186-2391

editor@actapediatrica.org.mx

Instituto Nacional de Pediatría

México

López-Fernández, RM; Téllez-Rodríguez, J; Rodríguez-Ramírez, AF
Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas
Acta Pediátrica de México, vol. 37, núm. 5, septiembre, 2016, pp. 302-305
Instituto Nacional de Pediatría
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423646942008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas

Odontogenic infections: clinical stages.

López-Fernández RM¹, Téllez-Rodríguez J¹, Rodríguez-Ramírez AF²

INTRODUCCIÓN

Las infecciones odontogénicas son una de las principales causas de urgencia en la práctica estomatológica. Afectan comúnmente a la población pediátrica. Las infecciones odontogénicas pueden tener distintos grados de gravedad e incluso algunas pueden ser muy complejas y necesitar atención en un hospital. Las infecciones odontogénicas son generalmente subestimadas en términos de su morbilidad o mortalidad.

Las celulitis pueden ser definidas como infecciones del tejido celulo-adiposo situado en intersticios aponeuróticos y relacionado con estructuras musculares, vasculonerviosas y viscerales que se manifiestan clínicamente como tumefacciones difusas, dolorosas, induradas y eritematosas.

El absceso es el estadio subsecuente, caracterizado por la acumulación de secreción purulenta constituida por una cavidad con tejido necrótico, bacterias y células implicadas en la respuesta inmunológica; se caracteriza por ser fluctuante, doloroso, de bordes definidos, con hiperemia e hipertermia.

LAS INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

En la cabeza y el cuello. La cavidad oral contiene la más variada población de bacterias, situadas sobre la mucosa, en las superficies dentarias y en el interior de los surcos creviculares. Estos microorganismos pueden causar infecciones cuando acceden a los tejidos profundos rompiendo el equilibrio de la ecología bucal.

¹Medico adscrito de Cirugía Maxilofacial/Estomatología.

²Residente de segundo año de Estomatología Pediátrica.

Instituto Nacional de Pediatría, México.

Recibido:04 de abril del 2016

Aceptado:05 de julio del 2016

Correspondencia

Ruby López Fernández
dra_rubylopez@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

López-Fernández RM, Téllez-Rodríguez J, Rodríguez-Ramírez AF. Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas. Acta Pediatr Mex. 2016;37(5): 302- 305.

Las bacterias aerobias involucradas en las infecciones odontogénicas son los estreptococos, que representan aproximadamente el 90%, y los estafilococos el 5%. Entre las bacterias anaerobias existe mayor abundancia de especies; entre las más comunes están los cocos grampositivos y los bacilos gramnegativos.

Los signos y síntomas varían de acuerdo con la gravedad de la infección y con el sitio involucrado. Por lo general, la zona facial comprometida se caracteriza por ser eritematosa, fluctuante y dolorosa a la palpación; presenta ocasionalmente trismus mandibular y disnea si los espacios masticadores están involucrados. El estado general suele estar comprometido con fiebre, astenia, adinamia, anorexia, diaforesis, somnolencia, palidez de tegumentos y desequilibrio hidroelectrolítico; puede haber obstrucción parcial de vías aéreas infectadas.

El diagnóstico se basa primeramente en la anamnesis, en donde se proporcionan datos de la evolución y duración de signos y síntomas, antecedentes patológicos, padecimiento actual, alergias; si el paciente se encuentra bajo tratamiento médico. Posteriormente continúa con el examen físico que debe incluir una valoración global del paciente. En el área orofacial se deben evaluar signos inflamatorios locales, la localización y extensión de los mismos, así como la causa del proceso. Los hallazgos físicos son complementados con estudios analíticos y de imagen.

El estudio y tratamiento a seguir es la eliminación del foco infeccioso, ya sea mediante la extirpación pulpar, debridación, eliminación de tejido necrótico o la exodoncia de los focos dentales realizada lo más pronto posible, así como iniciar antibioterapia, lo que dependerá de la gravedad del proceso infeccioso y el estado sistémico del paciente.

Posteriormente, se continúa el manejo quirúrgico, sin importar su gravedad, que consta del vaciamiento quirúrgico de los espacios anatómicos comprometidos y la instalación de un drenaje adecuado y de mantener los cuidados médicos complementarios: hidratación, soporte nutricional, fármacos analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios.

El tratamiento médico-farmacológico se realiza de manera empírica, en el que la penicilina sigue siendo el antibiótico de elección, al ser sensibles a ella los aerobios grampositivos y los anaerobios habitualmente aislados. Otros antibióticos eficaces son: ceftriaxona, clindamicina y metronidazol.

Algunos antibióticos pueden penetrar en estos espacios. El antibiótico que mejor penetra un absceso es la clindamicina, que alcanza una concentración de 33%. Este hecho podría explicar en parte su gran utilidad; así mismo influye la penetración del antibiótico en los huesos maxilares, lo cual es otra importante consideración, especialmente en la osteomielitis.

Según diversos factores como la gravedad de la infección, la etapa clínica del proceso infeccioso y el estado sistémico del paciente, se puede valorar la combinación y sinergia de antibióticos, aplicando un segundo o tercer esquema; por lo general en el hospital.

Las complicaciones de infecciones odontogénicas que pueden presentarse son infecciones orbitarias, fascitis necrosante, trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral y mediastinitis.

ETAPAS CLÍNICAS

Es importante valorar primeramente la extensión y gravedad de la infección odontogénica para

poder establecer si el tratamiento será ambulatorio o intrahospitalario.

Los criterios de hospitalización son: disnea, trismus intenso, celulitis rápidamente progresiva; odinofagia (deglución dolorosa); disfagia (deglución difícil no dolorosa); extensión a espacios faciales profundos afectados (espasmos primarios y secundarios); fiebre superior a 38°C; paciente no cooperador o incapaz de seguir el tratamiento ambulatorio (por negligencia familiar y falta de recursos económicos); fracaso del tratamiento inicial; afectación grave del estado general: cefalea, depresión, disminución de la agudeza visual, crisis convulsivas, náuseas, vómitos, deshidratación, anorexia, desnutrición y pacientes inmunocomprometidos.

Las etapas de progresión de la infección son: celulitis y absceso. La diferencia entre celulitis y abscesos se basa en la duración, el dolor, el tamaño, la localización, la palpación, pus, gravedad y tipo de bacteria (**Cuadro 1**).

Durante el curso de una infección la celulitis se considera la fase inicial y el absceso la etapa final; debe de realizarse drenaje quirúrgico y la colocación de un catéter del medio bucal y espacios aponeuróticos al medio externo con el fin de continuar con la vía de drenaje como se muestra en las **Figuras 1-3**.

Cuadro 1. Diferencias entre celulitis y absceso

Característica	Celulitis	Absceso
Duración	0-3 días	3-5 días
Dolor	Muy intenso y generalizado	Localizado
Localización	Bordes difusos	Bordes circunscritos
Palpación	Indurado	Fluctuante
Pus	No	Sí
Grado de severidad	Mayor	Menor
Bacterias	Aerobias	Anaerobias



Figura 1. Marcaje quirúrgico para drenaje de absceso.



Figura 2. Disección de planos profundos y salida de material purulento.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Velasco I, Soto R. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad. Rev. Chilena de Cirugía. 2012;64:586-698.
2. Vicente JC. Celulitis Maxilofaciales. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal. 2004;9:126-128.
3. Montañez F. Infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. Revista ADM 2006;63(2):74-79.
4. Rabie M. Shanti, Shahid R. Aziz. Should we wait for development of an abscess before we perform incision and drainage?. Oral maxillofacial surg clin, 2011;23:513-518.



Figura 3. Colocación de catéter para drenaje.

5. Montañez F. Infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. *Revista ADM* 2006;63(2):74-79.
6. Lypka M, Hammoudeh J. Dentoalveolar infections. *Oral maxillofacial surg clin.* 2011;23:415-424.
7. Flynn TR, Shanti RM, Levi MH, Adamo AK, Kraut RA, Trieger N. Severe odontogenic infections, part 1: Prospective report. *J. Oral maxillofac Sug.* 2006;64(10):93-103.
8. Gillbert DN, Moellering Jr. RC, Sande MA, The Sanford Guide to antimicrobial therapy. 32nd edition. Hyde park. Antimicrobial therapy Inc. 2000.
9. Rodríguez Alvarez ME, De La Teja Angeles E, Tellez Rodríguez J, López Fernández R, Durán Gutiérrez A. Criterios de hospitalización en un centro de tercer nivel de atención pediátrica: enfoque estomatológico. *Acta Pediatr. Mex* 2011;32(1):46-51.