



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

## **Abscesos más Comunes el la Cavidad Oral**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**p r e s e n t a n :**

**ELOY VALADES LOPEZ PORTILLO**

**JESUS ACUÑA ORTIZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## CAPITULO I

Introducción . . . . .	1
------------------------	---

## CAPITULO II

### ABSCESO PERIODONTAL

Definición . . . . .	2
Etiología . . . . .	2
Características Clínicas . . . . .	5
a) Absceso Periodontal Agudo. . . . .	5
b) Absceso Periodontal Crónico. . . . .	6
Características Radiográficas . . . . .	8
Características Histopatológicas . . . . .	8
Diagnóstico . . . . .	9
Diagnóstico Diferencial . . . . .	9
Pronóstico . . . . .	13
Tratamiento . . . . .	15
a) Tratamiento para el absceso periodontal Agudo. . . . .	15
b) Tratamiento para el absceso periodontal Crónico. . . . .	17
Complicaciones . . . . .	21

## CAPITULO III

### ABSCESO PERIAPICAL

Definición . . . . .	23
----------------------	----

Etiología . . . . .	.23
Absceso Periapical Agudo . . . . .	.26
Características Clínicas. . . . .	.26
Características Radiográficas. . . . .	.30
Características Histopatológicas. . . . .	.30
Absceso Periapical Crónico . . . . .	.31
Características Clínicas. . . . .	.31
Características Radiográficas. . . . .	.33
Características Histopatológicas. . . . .	.34
Diagnóstico . . . . .	.35
Pronóstico . . . . .	.37
Tratamiento . . . . .	.38
Absceso Periapical Agudo. . . . .	.39
Absceso Periapical Crónico. . . . .	.45
Complicaciones . . . . .	.48

CAPITULO IV

Conclusiones . . . . .	.50
------------------------	-----

CAPITULO V

Bibliografía . . . . .	.51
------------------------	-----

## C A P I T U L O

## I

INTRODUCCION

En este trabajo de Tesis tratamos de explicar el - Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento de los Abscesos más comunes de la cavidad oral; las cuales representan un problema para la salud de la población y siendo así mismo las patologías con las que más frecuentemente se encuentra el Odontólogo en la práctica diaria.

El objetivo fundamental, de este trabajo es lograr que el Odontólogo de práctica general pueda realizar el -- tratamiento eficaz de estas alteraciones tan frecuentes en su práctica cotidiana.

## C A P I T U L O

## I I

ABSCESO PERIODONTALDEFINICION:

El absceso periodontal es una inflamación localizada purulenta de los tejidos periodontales. También se le conoce como absceso lateral o parietal. Este absceso puede ser agudo o crónico.

ETIOLOGIA:

En la formación de un absceso periodontal por lo general hay una base mecánica, es decir, la mayor parte de los abscesos se originan porque se ocluye la boca de la -- bolsa e impide la evacuación libre del exudado. Por lo -- tanto se formará un absceso periodontal cuando:

a) Hay invasión de las bacterias desde la bolsa -- periodontal en el tejido conjuntivo hacia los tejidos pe-- riodontales más profundos, localizándose en la zona late-- ral de la raíz impidiéndose que pueda drenar hacia la cavi-- da bucal. La penetración de la bolsa y/o la invasión de -- bacterias puede suceder durante la masticación o por el -- uso de palillos.

b) Puede formarse un absceso periodontal donde -- existen bolsas que describen cursos tortuosos alrededor -- de la raíz que puede cerrarse dejando un fondo de saco en el extremo profundo de la bolsa.

c) También se obstruye la salida del exudado purulento de una bolsa cuando se contrae el margen gingival -- después del tratamiento periodontal incorrecto, donde se -- ha dejado tártaro, esto ocurre frecuentemente en el tratamiento de las bifurcaciones y trifurcaciones.

d) Se forma absceso periodontal cuando hay agran-- damientos gingivales que obstruyen el drenaje de la bolsa, este agrandamiento gingival se debe a una inflamación crónica de la pared gingival de la bolsa.

Puede haber formación de absceso periodontal sin - que exista infección periodontal, o sea, sin que exista -- una bolsa periodontal y esto puede suceder cuando:

a) Hay historia de trauma.

b) Cuando hay perforación de la pared lateral de - la raíz por el tratamiento endodóntico incorrecto.

c) En niños y adolescentes, en ocasiones suele presentarse cuando hay tratamiento de ortodoncia y las bandas se extienden por debajo del margen gingival.

Como hemos visto, un absceso periodontal por lo general se forma por la obstrucción del drenaje de una bolsa como sabemos, la formación de una bolsa es consecuencia a la enfermedad periodontal avanzada; hemos considerado im--portante recordár que hay factores predisponentes de tipo sistémico como por ejemplo la diabetes, que disminuye la - resistencia del huésped y por lo tanto hay mayor suscepti-bilidad a las infecciones.



### CARACTERISTICAS CLINICAS:

El absceso periodontal puede ser agudo o crónico.

### ABSCESO PERIODONTAL AGUDO:

El absceso periodontal agudo aparece súbitamente y en ocasiones suele ser grave. Este tipo de absceso se - - acompaña de diversos síntomas como dolor que puede ser pul-sátil e irradiado o de tipo sordo, uniforme y continuo. - En el absceso periodontal agudo también suele haber aumento de la sensibilidad a la palpación, y a la percusión horizontal del diente, sobre todo cuando se encuentran afectadas las bifurcaciones y las trifurcaciones, además existe movilidad dentaria en la zona afectada; el diente responde favorablemente a las pruebas de vitalidad pulpar.

En casos graves pueden presentarse efectos sistémicos como fiebre, linfadenitis, leucocitosis y malestar general.

El absceso periodontal agudo aparece como una elevación ovoidea en la encía vecina de la zona lateral de la raíz; la encía de la zona afectada es edematosa, roja, con una superficie brillante y lisa. La consistencia de la zona elevada varía, en ocasiones se presenta en forma de cú-

pula y es relativamente firme y otras veces se presenta en forma puntiaguda y es blanca.

En la mayor parte de los casos la suave presión digital sobre la zona afectada, produce la expulsión del exudado purulento.

En el absceso periodontal agudo el hueso en ocasiones es destruido rápidamente, pero también es capaz de curar más rápidamente que un defecto crónico, debido probablemente al ambiente local de la inflamación aguda en contraste con la inflamación crónica.

#### ABSCESO PERIODONTAL CRONICO:

Este tipo de absceso presenta en la mucosa gingival, generalmente en la zona lateral de la raíz, una fistula purulenta con un orificio en forma de cráter; por este orificio se puede penetrar una sonda para establecer el trayecto fistuloso del absceso, la fistula se encuentra cubierta de tejido de granulación. La reparación del tejido gingival alrededor de la fistula produce pequeños nódulos firmes y persistentes de color rosado pálido.

En este tipo de absceso el paciente refiere una historia de exudación intermitente a través del orificio de la fistula.

El absceso periodontal crónico es generalmente - -  
asintomático, aunque en ocasiones el paciente puede sentir  
dolor vago; en algunos casos se presenta una ligera extru-  
sión del diente afectado y el paciente deseos de morder y  
frotar.

El absceso periodontal crónico puede sufrir exacer-  
baciones agudas con todos los síntomas mencionados en el -  
absceso periodontal agudo.

### CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El hallazgo más frecuente en el absceso periodontal es una zona radiolúcida situada en la zona lateral de la raíz.

En sus primeras etapas el absceso periodontal agudo no es visible en las radiografías, de la misma forma, - la localización de dicho absceso no es siempre clara pues cuando se trata de un absceso situado en la zona lingual y palatina o vestibular, la radiopacidad de la raíz dificulta su descubrimiento, no así cuando se localiza en la cara distal o mesial de las piezas dentales afectadas. También la radiografía puede variar debido a la morfología y extensión de la lesión; ya que como hemos dicho, una lesión pequeña en la cara lingual o vestibular puede no ser observada por la radiopacidad de la raíz.

### CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS:

El cuadro histopatológico del absceso periodontal agudo se caracteriza por modificaciones vasculares como -- vasodilatación, edema e infiltración de leucocitos polimorfonucleares (neutrófilos).

En cambio el cuadro microscópico del absceso periodontal crónico es una mezcla de modificaciones vasculares

y exudativas con proliferación de fibroblastos y formación de fibras de tejido conjuntivo, así como presencia de linfocitos y células plasmáticas.

#### DIAGNOSTICO:

El diagnóstico del absceso periodontal suele ser, fácil si se toman en cuenta los hallazgos clínicos unidos a la observación y al estudio cuidadoso de la radiografía.

Debe tenerse cuidado de no confundirlo con el absceso periapical, para esto debemos tener en cuenta hallazgos como caries extensas ó bolsas, vitalidad pulpar y un margen gingival sano.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

##### CON ABSCESO PERIAPICAL

El diagnóstico de un absceso periodontal agudo -- no siempre es fácil, porque son muchos los síntomas comunes con los abscesos originados por una pulpitis aguda. El dolor es un signo cardinal de ambos tipos de abscesos, el dolor del absceso periodontal es localizado, sordo y -- continuo y no se modifica por los cambios térmicos.

El dolor debido a una pulpitis puede afectar todo el lado derecho o izquierdo del maxilar y de la mandíbula y a veces es difícil localizar el diente enfermo hasta -- que se afecta el tejido conjuntivo periapical.

Como la pulpa carece de terminaciones nerviosas - propioceptivas el dolor puede referirse a cualquier diente del mismo lado de la cara. El dolor puede ser intermitente y puede aumentar o disminuir por la aplicación de calor o frío, según el grado de degeneración de la pulpa.

El dolor del absceso periapical suele ser más intenso que el del absceso periodontal.

La percusión es una prueba útil para localizar el diente afectado por una enfermedad pulpar o por una periodontitis. Los dientes con abscesos periodontales agudos, que afectan la región apical, bifurcación y una cantidad importante de tejido conjuntivo periodontal, duelen a la - percusión.

También parecen ser más largos y sensibles al contacto oclusal. Las pruebas se han de repetir e interpretar cuidadosamente ya que los pacientes aprensivos suelen dar respuestas falsas.

Un diente con absceso periodontal crónico no es doloroso a la percusión, y tras la destrucción completa de la pulpa tampoco lo es.

La presencia de una fistula en la pared lateral de la raíz sugiere una lesión periodontal, la fistula de los abscesos apicales aparece por lo general en la zona apical; aunque la presencia de una fistula con las características anteriores no puede considerarse como patognomónico de uno u otro tipo de abscesos.

Los hallazgos radiográficos tienen poca importancia en la diferenciación de ambos tipos de abscesos, como ya hemos mencionado, ésta dependerá de si se trata de abscesos agudos o crónicos, así como de la localización y extensión del absceso.

#### CON ABSCESO GINGIVAL:

La diferencia principal de ellos es la localización de ambos, ya que el absceso gingival se localiza en la encía marginal y éste se origina por lo general como respuesta inflamatoria a cuerpos extraños forzados dentro de la encía marginal.

En cambio, como ya hemos visto el absceso perio---

dontal ataca a los tejidos de soporte y aparece durante la enfermedad periodontal avanzada.



PRONOSTICO:

El pronóstico de los dientes con absceso periodontal dependerá de varios factores, entre estos tenemos que entre más aguda es la reacción inflamatoria más impresionante es la respuesta del tratamiento. Esto es debido a que en el absceso periodontal agudo hay una intensa actividad metabólica y el tratamiento que sigue a la resolución de la inflamación aguda se beneficia con la presencia de elementos reparadores de los tejidos, elementos que no se hallan presentes en la inflamación crónica.

El éxito del tratamiento de los abscesos periodontales no depende enteramente de la agudeza y cronicidad de la lesión, sino en gran parte de su localización y de la área de destrucción ósea.

Si el absceso se encuentra en una bolsa infraósea, el pronóstico es claramente favorable, ya que en la mayor parte de los casos la terapéutica logra su objetivo y el defecto óseo es eliminado por neoformación ósea y una nueva fijación del diente.

Esto se debe a que las bolsas infraóseas desde el punto de vista histológico son iguales a las otras bolsas, con un lado formado por tejido duro, el cemento y por otro por tejido blando, el epitelio; la diferencia radica en --

que las bolsas infraóseas se hallan rodeadas de hueso por tres lados.

Si el absceso periodontal agudo se halla en la --- trifurcación de un molar del maxilar, el pronóstico del -- diente a largo plazo suele ser malo, debido a que la des-- trucción ósea es muy probable que invada la trifurcación - desde una superficie a la otra, haciendo imposible su con-- servación. Esto no es aplicable a los molares mandibula-- rez con absceso en la bifurcación que con frecuencia tiene pronóstico favorable, incluso cuando la infección ha atacado el tabique óseo interradicular y ha producido una aber-- tura desde la cara bucal a la lingual. La anatomía radicular menos complicada ofrece un mejor acceso para la higie-- ne oral.

En resumen, el pronóstico del absceso periodontal se base en la cantidad y naturaleza de la pérdida ósea, - de la posición estratégica del diente, de la movilidad --- (en el apogeo del absceso hay mayor movilidad y esto no, es un síntoma contundente para el pronóstico) y de la agu-- deza o cronicidad del proceso.

Podríamos decir que el pronóstico de un diente con absceso periodontal es prometedor, salvo en los casos en - que aparece osteomielitis localizada.

### TRATAMIENTO:

Existen varias formas de tratar los abscesos periodontales, pero la naturaleza de la lesión hace que el tratamiento quirúrgico sea el más efectivo. Los intentos de eliminar irritantes situados profundamente en la raíz, sin la ventaja de la facilidad y la visibilidad del método quirúrgico, no brindan éxitos lo suficientemente importantes para que se les considere un tratamiento rutinario para -- eliminar los abscesos periodontales. Los métodos que dependen principalmente de la acción local de los medicamentos, sean antibióticos o antisépticos, no tendrán éxito a menos que se eliminen los irritantes y se obtenga un drenaje adecuado por medio de procedimientos quirúrgicos.

Ante la presencia de un absceso periodontal se deben llevar a cabo ciertos procedimientos preliminares en la consulta inicial tendientes de determinar si el padecimiento es agudo o crónico.

Una vez hecho el diagnóstico si el absceso fuera agudo se llevará a cabo el siguiente tratamiento:

### TRATAMIENTO PARA EL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO:

Se aísla con gasa la mucosa gingival inflamada, -- se seca y se pasa una solución antiséptica, se aplica una

buena cantidad de anestesia local o t6pica, se palpa suavemente la zona para localizar la zona m1s fluctuante, con un bistur1 se hace una incisi6n a trav6s de la zona de mayor fluctuaci6n de la lesi6n, esta incisi6n debe extenderse desde el pliegue mucogingival hasta el margen gingival. Si la zona afectada es la zona lingual, se comienza la incisi6n en un punto inmediatamente apical a dicha zona y la incisi6n se termina hasta el margen gingival. Debe hacerse la incisi6n hasta llegar a tejido firme, si la incisi6n no es profunda no llegar1 a las zonas purulentas. La incisi6n es seguida de una hemorragia con mezcla de pus, posteriormente se lava la zona con agua est6ril por medio de una jeringa, despu6s puede ampliarse suavemente la incisi6n si as1 se requiere para un mejor drenado.

Si el diente est1 extraido y hay punto prematuro de contacto, hay que desgastarlo suavemente para aliviar el contacto con su diente antagonista. Para disminuir la molestia y la vibraci6n producida por el desgaste, se estabiliza el diente, sosteni6ndolo con el dedo 1ndice y pulgar, adem1s de usar agua para evitar el calentamiento.

Una vez que cese el drenaje se seca la zona y se pasa una soluci6n antis6ptica.

El paciente sin malestar general deber1 llevar a cabo en las pr6ximas 24 horas las siguientes indicaciones:

A) Efectuar enjuagues de agua tibia (medio vaso) con sal (una cucharadita) cada dos horas.

B) Tomar una dieta líquida abundante y descansar tanto corporal como mentalmente.

Cuando hay alteraciones corporales como fiebre se les indica además de los enjuagatorios un antibiótico adecuado, en caso de dolor se prescriben analgésicos.

Cuando el paciente vuelve al día siguiente se observa que el aumento de volumen ha desaparecido o se ha reducido notablemente y los síntomas agudos han disminuido. Después de este momento el tratamiento es igual al que se realiza cuando el paciente presenta un absceso periodon--tal crónico. Si el paciente no presenta mejoría se le da el tratamiento del día anterior.

#### TRATAMIENTO PARA EL ABSCESO PERIODONTAL CRONICO:

En primer lugar, se debe determinar si el absceso es vestibular o lingual (palatino). Para localizar la zona el operador debe sondear la fistula si ésta existiera ó bien, se sondeará el margen gingival siguiendo su trayecto de todo el canal hasta su terminación; en la mayoría de los casos puede localizarse fácilmente la ubicación del --

mismo, ya con estos datos se elige la vía de acceso pudiendo ser vestibular o palatina (lingual).

#### INCISION:

Una vez elegida la vía de acceso se elimina el sarro superficial, previa anestesia, si la vía de acceso fuera la vestibular, se hacen dos incisiones oblicuas desde el fondo del pliegue mucogingival hasta el margen gingival.

Si se opera por vía palatina al incidir se debe tomar en cuenta el paquete vasculonervioso palatino, que en estos casos es muy superficial por la colección purulenta que se forma entre el hueso y el periostio. La incisión debe hacerse en la encía marginal paralelamente al arco dentario a nivel de los ápices, esta incisión por lo general se hace en forma de media luna.

El campo debe ser lo suficientemente amplio para permitir una visión adecuada y una buena accesibilidad, por lo que se recomienda que las incisiones abarquen por lo menos un diente a cada lado del absceso. Un colgajo demasiado angosto o demasiado corto pone en peligro el resultado del tratamiento.

### LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO:

Con un bisturí periodontal o un elevador de periós-  
tio, se separa el colgajo del espesor total y se sostiene  
con un elevador de tejidos. A veces se recomienda hacer -  
incisiones verticales (mesio-distalmente) a nivel de la pa-  
pila para facilitar el colgajo.

Una vez levantado el colgajo encontramos las lesio-  
nes que a continuación se describen:

- 1o. Tejido de granulación en el margen gingival.
- 2o. Cálculos en la superficie radicular.
- 3o. Una zona ósea lisa con múltiples zonas sangrantes.
- 4o. Un trayecto fistuloso en el hueso alveolar.
- 5o. Tejido esponjoso purulento en el orificio de la -  
fistula.

### ELIMINACION DEL TEJIDO DE GRANULACION, CALCULOS Y ALISADO

#### DE LA RAIZ:

Una vez observado cuidadosamente el campo se proce-  
de a eliminar el tejido de granulación con curetas; para -  
proporcionar una visión clara de la raíz, se quitan los de-  
pósitos adheridos a ella, se alisan las superficies radicu-

lares con curetas y azadas. Si hay fistula se explora y - se curetea.

No se toca el hueso, excepto, en los casos en que las fistulas esten separadas por un rodete delgado de tejido óseo pues por lo general éstos estan afectados patologicamente.

#### REPOSICION DEL COLGAJO:

Antes de volver el colgajo a su sitio, se lava con agua tibia. En la mayoría de los casos, el margen del colgajo presenta epitelio de una bolsa periodontal, este epitelio se elimina haciendo un corte a bisel interno, a lo largo del margen con una tijera.

Posteriormente se coloca una gasa hasta que cese la hemorragia, se sutura y se coloca un apósito quirúrgico periodontal, que generalmente se elaboran a base de oxido de zinc y eugenol. Se indica al paciente que no se enjuague por un lapso de 24 horas, después de las cuales podrá usar un enjuague de sabor agradable así como cepillarse -- con suavidad utilizando un cepillo multicerdas suave.

El paciente debe volver a la semana siguiente, momento en que se le retira el apósito y las suturas, además de enseñarle el control de placa. Por lo general no es --



necesario volver a colocar el apósito.

Las encías adquieren su aspecto normal en seis u -  
ocho semanas y la reparación del hueso tarda aproximadamente  
nueve meses.

#### COMPLICACIONES:

A) Muchos abscesos periodontales se diagnóstican equivocadamente como abscesos periapicales y los dientes - se extraen porque los dentistas son reacios a tratarlos.

B) Un absceso periodontal puede extenderse y causar muerte pulpar y por lo tanto un absceso periapical.

C) Puede evolucionar y causar un quiste periodontal.

D) Si la infección es capaz de vencer las barreras fisiológicas, puede llegar a tomar mucha extensión y adquirir caracteres de gravedad originando abscesos migratorios profundos como celulitis que es una infección de los tejidos blandos.

E) Puede formar también una osteomielitis que es -- una infección del tejido óseo.

F) Los abscesos periodontales también pueden extenderse a la sutura intermaxilar y producir fusión imperfecta de la línea media entre los incisivos centrales maxilares.

## C A P I T U L O

## I I I

ABSCESO PERIAPICALDEFINICION:

Es un proceso supurativo en la zona periapical con destrucción de tejido y acumulación de exudado purulento.

El absceso periapical puede ser agudo o crónico.

El absceso periapical puede recibir varios nombres como son: Absceso dentoalveolar, Absceso apical, Patósis - periapical, Periodontitis supurativa y Periodontitis aguda o crónica.

ETIOLOGIA:

Es difícil determinar que gérmenes en particular - producen infección periapical, en la mayoría de los casos son cocos aerobios y anaerobios de los cuales los estrepto - cocos ocupan la mayor parte de los responsables de la infección periapical.

Appleton al realizar una investigación de 107 casos con absceso periapical cita a los microorganismos más

comunmente encontrados:

Streptococcus	Hemolyticus
Streptococcus	Pyogenes
Streptococcus	Viridians
Staphylococcus	Avres
Staphylococcus	Albus
Staphylococcus	Citreus
Diplococcus	Neumonae

Estos microorganismos piógenos y patógenos invaden el periodonto apical. Esta invasión puede llevarse a cabo a partir del proceso de putrefacción de la masa pulpar por el flujo y reflujo de la linfa en el conducto de la ya desaparecida circulación sanguínea; o bien en la formación de gases originados por la putrefacción protéica que al no encontrar una salida al exterior forzan el material purulento a través del foramen apical.

También puede formarse un absceso periapical al forzarse el material purulento contenido en la cámara pulpar y los conductos, debido a una fuerza exterior como un traumatismo ó, por utilizar instrumentos para tratamientos endodónticos empleados sin precaución, é incluso, en la masticación puede ser forzado este material infectado a través del foramen sobre todo cuando existen procesos cariosos extensos.

Hay causas en la formación de un absceso periapical menos comunes como las infecciones a través de la vía hematógica o por infecciones contiguas.

Podemos concluir que en la formación de un absceso periapical intervienen varios elementos como son microorganismos patógenos principalmente streptococcus que invaden el periodonto apical debido a causas de tipo mecánico (flujo y reflujo de la linfa, presión excesiva sobre el material purulento provocando su paso a través del foramen apical).

El absceso periapical puede ser agudo o crónico.

## ABSCESO PERIAPICAL AGUDO

### CARACTERISTICAS CLINICAS:

El absceso periapical presenta en su evolución varias etapas, dependiendo de la etapa en que se encuentra, esta enfermedad serán los signos y síntomas que presente y como veremos más adelante, también dependiendo de la etapa será el tratamiento.

En la primera etapa de la formación de un absceso periapical agudo solo se encuentra una inflamación de la membrana periodontal (periodontitis), los síntomas suelen ser mínimos y en algunas ocasiones sólo se presenta ligera molestia, a medida que esta etapa avanza la molestia en el diente empieza a aumentar de magnitud y el paciente muerde continuamente para sobreponerse al dolor localizado en el diente. Si el diente no es tratado en esta etapa, empieza el diente ha hacerse más sensible tanto a la percusión como a la oclusión, debido a la abscedación que va sufriendo.

Esta primera etapa puede instalarse en forma súbita sin previo aviso o desarrollarse en forma paulatina con algunos avisos e intervalos irregulares.

En la segunda etapa, donde ya existe formación de pus y acumulación de exudado purulento en el tejido peria-

pical el dolor suele ser muy intenso, en ocasiones mal localizado debido a que a veces tiende a irradiarse hacia -- otras zonas; el diente se siente extruído y hay gran sensibilidad a la percusión e incluso a la oclusión. Aparecen además, los cuatro signos cardinales de la inflamación que son: Calor, Rubor, Dolor y Tumor. La tumefacción aparece debido a la rápida infiltración leucositaria para la batalla contra los microorganismos invasores así como por la - acumulación de líquido en los tejidos, esta tumefacción en un principio es densa pero a medida que avanza y se va formando más exudado purulento, la tumefacción se vuelve fluctuante.

En este proceso patológico se destruyen muchas células, y esto sumado a la acumulación de exudado inflamatorio, provoca la fusión de los diversos centros de forma- - ción de pus y el aumento de la presión en la zona provocada un dolor intenso y constante que suele aumentar gradualmente de intensidad cuando el paciente se encuentra en posición horizontal.

Entre los signos y síntomas que presenta el absceso periapical agudo tenemos que en algunas ocasiones hay - aumento de la temperatura provocada por los mecanismos de defensa del organismo contra la infección, también podemos encontrar aceleración del pulso, malestar general, pérdida del apetito y leucocitosis, generalmente de 10,000 a - - - 20,000 leucocitos.

Entre los signos y síntomas locales tenemos como ya hemos visto dolor intenso y constante que a veces suele ser mal localizado, además entre estos signos y síntomas encontramos tumefacción, sensibilidad a la percusión e incluso a la oclusión, en algunas ocasiones hay movilidad -- del diente afectado, un dato muy importante que debe tomarse en cuenta es que no existe respuesta a las pruebas de vitalidad pulpar; el aliento del paciente suele ser fétido o sea con un claro olor a pus. También pueden estar los ganglios linfáticos regionales afectados.

En la etapa final de la formación de un absceso periapical agudo el exudado purulento acumulado se abre paso por la vía de menor resistencia, cruza la lámina ósea externa y levanta el periostio con gran dolor. Al atravesar este tejido fibroso el dolor suele ceder, aunque el exudado no escape enseguida, sino que distiende la mucosa hasta que se establece un tracto fistuloso por la presión del contenido del absceso. Tan pronto como escapa el exudado purulento ceden la tumefacción y los síntomas agudos, -- siempre y cuando no se obstruya el drenaje.

Hay ocasiones en que las fistulas se forman en lugares distantes tal como la nariz, mejillas, seno maxilar, garganta, etc.

El absceso periapical agudo puede presentarse a --



cualquier edad, no es infrecuente encontrar casos de infección periapical en niños de 3 a 5 años de edad o puede descubrirse en edad avanzada, por ejemplo en un octogonario - que cree haber perdido todos sus dientes, pero en el que - han quedado alguna raíz de un diente provocando la infección local.

### CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El absceso periapical agudo es un proceso de instalación rápida que con excepción del ensanchamiento del ligamento periodontal y en algunas ocasiones pérdida de la -continuidad de la lámina dura, no suele haber signos radiográficos debido a que se trata de un proceso de instala- -ción rápida, a menos de que se trate de un proceso crónico quedado una exacerbación aguda.

### CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS:

La histopatología del absceso periapical agudo consiste en un foco de infección alrededor del foramen apical rodeado por una zona de infiltración de leucocitos polimorfonucleares y otras células inflamatorias.

La infección se extiende del espacio periodontal al hueso esponjoso; debido a la hiperemia de los vasos sanguíneos, infiltración leucocitaria y al acúmulo de pus, -- primero serán invadidos los espacios medulares y después - los canales de havers, en esta etapa la osteogénesis cesará, los osteoblastos desaparecerán de la médula ósea y se infiltrarán leucocitos dando como resultado una cavidad -- ósea y se infiltrarán leucocitos dando como resultado una cavidad ósea por la reabsorción de las trabéculas óseas.

El absceso en desarrollo contiene pus a presión. Esto produce la extensión de la infección a lo largo de -- la línea de menor resistencia hacia la superficie del hueso provocando acumulación de pus debajo del perióstio dando lugar a un absceso subperióstico, al cabo de algún tiempo el exudado purulento se abre camino a través del periostio y el tejido blando, formando así una fistula.

### ABSCESO PERIAPICAL CRONICO

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Una infección periapical crónica constituye una -- continuación de las causas y los efectos de las lesiones -- agudas sin los síntomas de la inflamación aguda debido a -- la descarga periódica de pus.

En el absceso periapical crónico generalmente no -- existe dolor, el paciente suele tener una historia de do-- lor e inflamación; aunque el dolor y la inflamación pueden presentarse debido a la agudización cuando se interrumpe -- el drenaje, esto puede suceder en cualquier momento.

Puede existir una tumefacción dura o distensión de la tabla alveolar, o bien, una fistula en la superficie de la mucosa que tiende a descargar periódicamente exudado p -- urulento. La pus también puede ser expulsada a través del

conducto del diente afectado cuando el conducto se encuentra abierto al exterior o puede haber expulsión de pus sin evidencia de salida al exterior debido a que el exudado -- puede vaciar directamente su contenido en el torrente sanguíneo o en los senos vecinos.

Los dientes con absceso periapical crónico suelen ser menos traslúcidos y el sonido a la percusión suele -- ser más sordo que el de un diente con pulpa viva. El diente sin pulpa, como sucede en el caso del absceso periapical no responden a las pruebas de vitalidad pulpar, tales como calor, frío o a la corriente eléctrica.

En ocasiones la palpación de la encía en la zona -- apical muestra pérdida del soporte óseo y en algunas ocasiones, sobre todo en dientes superiores, la palpación da como resultado un ligero dolor debido a la proximidad con la infección.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Los hallazgos radiográficos en el absceso periapical crónico dependen en gran parte de la cantidad de hueso destruido. En algunas ocasiones se reabsorve poco hueso - aunque haya inflamación extensa de la cara, esto puede ocurrir por la relación estrecha de la raíz con la superficie del hueso, que permite que el pus se acumule fuera del maxilar sin destrucción del hueso esponjoso. En cambio en otros casos el hueso es dañado considerablemente, sobre todo cuando las trabéculas óseas han sido dañadas, situación que no sucede si el pus se acumula en los espacios medulares.

En la radiografía de un absceso periapical crónico veremos, por lo tanto, una cavidad de tamaño variado -- según el caso, de forma circular aunque irregular, translúcida alrededor de la raíz, en ocasiones puede presentarse reabsorción de la raíz.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS:

Este tipo de absceso está caracterizado por una cavidad central de tamaño variable conteniendo pus, que suele ser más fluida y menos serosa que el pus del absceso iperiapical agudo. El absceso periapical crónico contiene algunos leucocitos polimorfonucleares, pero los exceden en número los linfocitos, célula plasmática y monocitos.

Alrededor de la cavidad se encuentra tejido de granulación infiltrado con células inflamatorias crónicas, esta zona esta delimitada por una cápsula de tejido fibroso ya que yace el lado del hueso. El hueso suele mostrar resorción y aposición, la raíz suele mostrar en algunos casos también reabsorción.

DIAGNOSTICO:

El absceso periapical puede ser diagnóstico por el dolor intenso, irradiado y mal localizado, además de -- la gran sensibilidad del diente afectado.

A medida que avanza esta enfermedad se observará - una fistula que drena en la zona apical de la raíz. Radio gráficamente puede observarse reabsorción del hueso a ni-- vel apical. En el diagnóstico de esta enfermedad es pri-- mordial importancia valorar si existe ó no vitalidad pul-- par.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:CON ABSCESO PERIODONTAL:

El absceso periapical muchas veces se confunde con el absceso periodontal, por esta razón muchos dientes se - extraen o se tratan endodónticamente siendo dientes con -- pulpas sanas, por equivocación en el diagnóstico.

El dolor es un síntoma característico de ambas patologías. Las fistulas también se presentan en ambos abscesos; generalmente en el absceso periapical, las fistulas se localizan en la zona apical y en cambio en el absceso periodontal las fistulas se localizan en la zona lateral de la raíz; ésto no implica que en ocasiones un absceso periapical puede tener una fistula que drene en la zona lateral de la raíz.

La Radiografía tiene poca importancia en el diagnóstico diferencial de estas patologías, pues como ya hemos visto las características radiográficas dependen de la etapa, extensión y localización del proceso patológico. En cambio una prueba que nos es de gran utilidad, es la vitalidad pulpar, ya que en el absceso periodontal si hay respuesta a las pruebas de vitalidad pulpar o sea pruebas térmicas y eléctricas; en cambio en el absceso periapical la vitalidad pulpar se ha perdido, debido a que la pulpa se encuentra en proceso de putrefacción, por lo tanto no habrá respuesta a los estímulos recibidos.

La presencia de bolsas y de enfermedad periodontal sugieren la existencia de un absceso periodontal. La presencia de procesos cariosos extensos sugieren la presencia de un absceso periapical.



### GRANULOMA Y QUISTE:

Clinicamente no se pueden distinguir entre un diente con absceso periapical crónico y un diente con quiste o granuloma; esta diferencia solo se pueda establecer radiográficamente. El granuloma y el quiste apical se observa como una zona radiolúcida, circular bien definida con un margen bastante nítido, en cambio el absceso periapical crónico se observa como una zona radiolúcida circular aunque irregular su margen no es nítido.

El quiste y el granuloma solo pueden ser diferenciados histológicamente, es por eso que los consideramos con igual características para su diferencia con el absceso periapical crónico.

### OSTEITIS SUPURADA:

El absceso periapical y la osteitis supurada tiene semejantes características clínicas la diferencia radica en que la osteitis supurada provoca una mayor destrucción ósea, esto solo se puede observar radiográficamente.

### PRONOSTICO:

El pronóstico de un paciente con absceso periapi--

cal agudo suele ser favorable, debido a que una reacción - inflamatoria aguda responde mejor al tratamiento que una - reacción de tipo crónico; a pesar de que en la inflamación aguda hay tumefacción, superación y distensión de los tejidos vecinos, así como movilidad dentaria debido a la acumulación de pus.

Es claro que hay que prestar atención y consideración al estado de salud general del paciente y el valor -- del diente afectado.

Podemos concluir que el pronóstico de un paciente con absceso periapical es bueno si se lleva a cabo una terapéutica apropiada.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento de un paciente con absceso periapical dependerá de la valoración hecha tanto al paciente como al diente para poder decir si el diente se extraerá o se conservará.

Una vez hecha la valoración, si el diente puede -- ser conservado, el tratamiento en este caso dependerá de - la reacción inflamatoria y de la cantidad de exudado presente en los tejidos circundantes.

AESCESO PERIAPICAL AGUDO:

En la primera etapa de esta patología, donde no ha habido una formación franca de pus, sino más bien una inflamación de los tejidos periapicales, el tratamiento se llevará a cabo de la siguiente manera:

- 1o. Se colocará el dique de goma.
- 2o. Se abre cuidadosamente el diente para exponer la cámara pulpar y los conductos.
- 3o. Se remuevan los restos de pulpa necrótica, cuidando de no forzarlos a través del foramen apical.
- 4o. Se lava la cámara y los conductos con una solución antiséptica fuerte, como el hipoclorito de sodio.
- 5o. Se coloca una torunda de algodón impregnada con clorofenol alcanforado.
- 6o. Se obtura temporalmente por un lapso de 24 horas o más, si el diente ya no duele se seguirá la técnica endodóntica que más adelante explicaremos.

En la segunda etapa del absceso periapical cuando comenzó una franca formación de exudado purulento y la acumulación de este en el tejido periapical, el diente se encuentra muy sensible al tacto y el paciente refiere dolor de gran intensidad por lo que la intención primaria de esta visita (que por lo regular es de urgencia), es el de establecer el drenaje ya sea a través de los conductos radicales o de los tejidos blandos.

El drenaje del exudado purulento a través de los conductos radiculares puede lograrse, obteniéndose acceso a la cámara pulpar y los conductos, es aconsejable en este caso que al exponer la cámara y los conductos se sostenga el diente con el dedo índice y pulgar para evitar en lo más posible la vibración y las molestias; ya que como hemos dicho el diente en esta etapa se encuentra muy sensible al tacto, y por lo tanto, a la vibración.

Una vez hecha la cavidad se retiran los restos de tejido pulpar necrótico con una lima o ensanchador fino, si se logró el drenado es aconsejable en este caso, dejar el diente abierto por 24 horas o más para que el diente pueda seguir drenando, hasta que cedan los síntomas agudos, una vez establecido el drenaje al paciente sentirá una gran mejoría debido a que el dolor se reducirá considerablemente.

Si el abrir el diente no fuyera exudado de los conductos, es una señal de que la formación de pus no se produce en la vecindad del foramen apical o que aún no hay una formación franca de pus y el absceso se encuentra en su primera etapa, en este caso los conductos no se dejarán abiertos, ya que no se obtiene ningún beneficio, sino que dejando el diente abierto se podría agregar una complicación más por el peligro de sumar una infección a los tejidos periapicales. En este caso es conveniente lavar los -

conductos con una solución germicida potente y colocar una obturación temporal.

En cambio cuando existe pus o exudado se le debe - permitir drenar lo más rápido posible, y cuando el pus no logra salir por los conductos radiculares y la tumefacción es considerable, se tratará de obtener el drenaje por medio de una incisión intrabucal de los tejidos blandos. El momento apropiado para llevar a cabo esta incisión es cuando los tejidos se encuentran fluctuantes y el lugar apropiado para hacer la incisión con bisturí o con lanceta en la zona blanquecina se observa en el tejido inflamado.

El alivio del dolor y de las perturbaciones orgánicas asociadas con el absceso periapical agudo son de primerísima importancia, ya que como hemos visto hay pacientes que suelen presentar fiebre que puede ser ligera o llegar a varios grados de temperatura, también se presenta fatiga y pérdida del apetito debido a la infección y al dolor que alteran el descanso y tranquilidad. Es aconsejable también indicar al paciente fomentos de agua caliente sobre la zona afectada de la cara, de este modo se provoca una hiperemia que ayuda a combatir la infección y la colección de pus.

Para aliviar el dolor aparte de la apertura de la cavidad (drenado, se podrán prescribir analgésicos, ya sea de la serie salicílica, parizolónica o anilida, si es-

tos resultan insuficientes se podrá administrar Darvon --- (clorhidrato de dextropropoxifeo) y si es necesario Deme--rol (Mepiridina).

En algunos casos cuando la tumefacción es considerable de instalación rápida y persistente, se debe administrar antibióticos. Por lo general, se prefieren las penicilinas y en caso de alergia a este medicamento, algún - - otro antibiótico de amplio espectro.

Si el paciente presenta mejoría como resultado del tratamiento de urgencia, se llevarán a cabo los siguientes procedimientos: Si se ha dejado la cámara pulpar abierta, deberá administrarse el antibiótico hasta que se halla sellado la cámara pulpar y uno o dos días después. Esto --- tiende a impedir la formación de un nuevo absceso por la - acción de las bacterias presentes en el conducto en el momento de efectuar el cierre. Si el paciente permanece - - asintomático después de colocar los medicamentos y sellar la cámara pulpar podrá realizarse la preparación sistemática de los conductos en la siguiente cita.

Para la preparación de los conductos radiculares - se colocará correctamente el dique de goma, se desinfectará la zona con una substancia antiséptica y se reabrirá el diente con una cavidad que permita poder abordar los con--ductos radiculares con facilidad.

Los conductos radiculares deben ser abordados de tal manera que resulte accesible en toda su extensión para permitir la limpieza y desinfección de sus paredes.

Una vez establecidos los conductos radiculares se procede a llevar a cabo la conductometría.

#### LA CONDUCTOMETRIA:

Significa la obtención de la longitud del diente que debe intervenir tomando como punto de referencia su borde incisal o una cúspide en el caso de dientes posteriores. La medida así obtenida permite controlar el límite de la profundización de los instrumentos y de los materiales de obturación.

Para obtener la conductometría se introduce un instrumento (lima, sonda, gutapercha, etc.) con un tope; el extremo del instrumento debe alcanzar la zona periapical de acuerdo con la medida que se toma de la radiografía preoperatoria, se toma una radiografía con el instrumento colocado, una vez revelada ésta, se observa si la posición del instrumento es la correcta, se mide la longitud para tomar esta medida como control para los demás instrumentos que serán utilizados; si el instrumento quedará corto o largo se rectifica la medida del tope y se tomará otra radiografía hasta obtener la medida correcta.

### PREPARACION QUIRURGICA:

Controlada la longitud del diente que intervinimos, debemos proceder con la preparación quirúrgica de los conductos.

El ensanchamiento de los conductos y el aislado -- de sus paredes está en estrecha relación con la amplitud original y la profundidad de la destrucción, así como de -- la infección existente en sus paredes .

Si un conducto es curvo y estrecho sus paredes deben ser rectificadas para suavizar la curva existente y su diámetro aumentado para hacer posible la introducción de -- la sustancia obturatriz que ha de apoyarse sobre sus paredes. En cambio, si un conducto es amplio y sus paredes -- rectas la obturación de los conductos radiculares podrá -- realizarse sin mayores modificaciones de la anatomía de -- los conductos, pero si a pesar de la amplitud sus paredes están reblandecidas e infectadas, será necesario eliminar todo este tejido minuciosamente hasta obtener paredes lisas y duras.

Para poder llevar a cabo la preparación quirúrgica los conductos se harán movimientos de tracción y rotación en cada una de las paredes correspondientes a cada -- cara del diente, estos movimientos se alternan con irrigación de los conductos, con un germicida potente (hipoclo-



rito de sodio, agua oxigenada, etc.).

Después de limar los conductos se secan.

Una vez terminada la limpieza y desinfección de -- los conductos radiculares, se procederá a obturar estos y a colocar la restauración definitiva para el diente intervenido.

Se llevará un control radiográfico para los dien-- tes tratados con procedimientos endodónticos, para valorar la evolución que va teniendo a través del tiempo, es aconsejable llevar este control por cinco años.

#### EL ABSCESO PERIAPICAL CRONICO:

Se tratará de la misma manera que el absceso periapical agudo, o sea, se llevará a cabo los siguientes procedimientos:

1. Aislamiento del campo operatorio.
2. Apertura de la cavidad.
3. Eliminación de los restos pulpares necróticos.

4. Conductometría.
5. Preparación quirúrgica de los conductos.
6. Obturación del conducto radicular.
7. Restauración definitiva del diente.
8. Control radiográfico.

En el tratamiento de algunos abscesos periapicales crónicos está indicada la sobreinstrumentación para poder abordar directamente el foco de infección y destruir de -- esta manera la cronicidad para establecer el drenaje, en - este caso la habilidad del operador y el instrumental adecuado permitirán conseguir una ligera sobreobturación con materiales lentamente reabsorbibles.

Hay autores que también recomiendan en ciertos casos la colocación de solución de luqol en el tratamiento - del absceso periapical crónico, ya que este medicamento es timula la curación y reparación del tejido periodontal api cal.

En la mayoría de los casos del absceso periapical crónico hay presencia de fistulas que sanarán una vez eli minada la pulpa necrótica y obturado el conducto. Si a pesar del tratamiento las fistulas persisten debe sospe---

chase que la terapia de conductos y la obturación no fueron realizadas cuidadosamente, o bien, que las condiciones del ápice no eran las adecuadas para tratar el caso con -- una terapia de conductos únicamente, en este caso se combi nará el tratamiento endodóntico con una cirugía periapical con obturación retrógrada del conducto.

### COMPLICACIONES:

Si un absceso periapical no es tratado a tiempo o la terapéutica no es la apropiada puede traer como consecuencias varias complicaciones como:

A) Un granuloma que es una masa localizada de tejido de granulación en la zona apical.

B) Absceso periodontal debido a la extensión de - la infección hacia el tejido periodontal, este absceso es una infección de los tejidos de soporte del diente.

C) El absceso periapical puede invadir los tejidos blandos y provocar una celulitis.

D) También puede invadir los tejidos duros y provocar una osteomielitis que es una infección de los huesos.

E) En casos graves puede provocar una bacteremia que es una diseminación bacteriana de la sangre.

F) También puede producirse una trombosis del -- seno cavernoso que es la formación de trombos en esta región anatómica.

G) En niños, puede afectar el germen dentario de

dientes permanentes llegando a destruirlo completamente, así como alcanzar los centros de crecimientos mandibular especialmente la región condilar produciendo desfiguramiento.

### CONCLUSIONES

Estas enfermedades de los abscesos son facilmente controlables mediante la previa identificación y conocimiento de las causas que generan estas enfermedades facilitando la elección de un tratamiento adecuado.

La difusión de los signos y síntomas característicos de estos abscesos facilitan la identificación y reconocimiento de las mismas, esta acción refuerza el diagnóstico clínico abriendo un campo donde surgirán nuevas investigaciones aún más profundas que redundarán en un rápido y eficaz control de las enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cirugia Bucal con Patologia Clinica y Terapeutica  
Ries Centeno, G.A.;  
Buenos Aires, México, Editoreal el Ateneo 1979.
- 2.- Diagnóstico en Patologia Oral.  
Zegarelli, E.V.  
Barcelona, Editoreal Salvat 1978.
- 3.- Endodoncia.  
Maisto, O.A.  
Buenos Aires, Editoreal Mundi 1975
- 4.- Enfermedad Periodontal en Niños y Adolescentes.  
Baer, P.N.  
Buenos Aires, Editoreal Mundi 1975.
- 5.- Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento  
Burket, L.W.  
México, Editoreal Interamericana, 1973.
- 6.- Microbiologia, Medica Manual  
Jawetz, E./Melnick, J.L./ Adolborg, E.A.  
México, Editoreal el Manual Moderno 1971.

## 7.- Microbiología Odontológica

Nolte, W.A.

México, Editoreal Interamericana 1971.

## 8.- Patología Bucal

Bhaskar, S.N.

Buenos Aires, Editoreal El Ateneo, 2a. Edición 1975.

## 9.- Patología Oral.

Thoma, K.H. / Gurlin, R.J./ Golman, H.M.

Barcelona, Editoreal Salvat 1979.

## 10.- Periodoncia Clínica

Glickman, I.

Editoreal Interamericana 4a. Edición 1974.

## 11.- Tratado de Cirugía Bucal

Kruger, G.O.

México, Editoreal Interamericana 4a. Edición 1979.

## 12.- Tratado de Patología Bucal.

Shafer, W.G./ Hine, M.K./ Levy, B.M.

México, Editoreal Interamericana 4a. Edición 1977.

## 13.- Enfermedades de la Mucosa Oral.

Pindboro, J.J.

Editorial Salvat, 2a. Edición 1974.



14.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica  
Endodoncia  
México, Editorial Interamericana, 1979.