

13  
24

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ASPECTO ACTUAL EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO  
MEDICAMENTOSO DE LOS ABSCESOS DE  
LOS ESPACIOS FACIALES APONEUROTICOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
REYNALDA ALICIA CALDERON QUINTERO

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO GOMEZ DEL RIO  
GUADALAJARA, JALISCO. 1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

	PAG.
INTRODUCCION -----	1
CAPITULO I	
ANATOMIA DE LOS ESPACIOS APONEUROTICOS FA- CIALES.-----	3
CAPITULO II	
ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LOS ABSCESOS DE- LOS ESPACIOS FACIALES.-----	21
CAPITULO III	
TRATAMIENTO QUIRURGICO MEDICAMENTOSO DE LOS ABSCESSOS DE LOS ESPACIOS FACIALES.-----	48
CASUISTICA -----	84
CONCLUSIONES -----	96
BIBLIOGRAFIA -----	98

## INTRODUCCION.

La cirugía bucal es una división dentro del gran campo de la Odontología; en ella misma se trata con diversidad de condiciones y se emplea variedad de procedimientos para servir como método curativo o paliativo en los casos en que es necesaria una esfera altamente especializada de la práctica. Requiere de los prácticos, diagnósticos precisos basados en un cabal conocimiento de la patología, fisiología, bacteriología, reconocimiento de las imágenes radiográficas normales y anormales, de los huesos faciales y anatomía. Demanda gran destreza adquirida por el entrenamiento y paciencia, meditada perseverancia en el manejo de las dificultades traumáticas, condiciones anormales o patológicas, halladas en la cavidad bucal.

En el año de 1864 la cirugía bucal, como especialidad de la odontología, fue incluida en el plan de estudios de la escuela de Odontología de Filadelfia, actualmente Escuela de Odontología de la Universidad de Temple.

Dentro de los alcances de la cirugía bucal se presenta el manejo de las infecciones agudas de la cavidad bucal específicamente los abscesos localizados en los espacios aponeuróticos faciales, englobando así su anatomía, etiología, diagnóstico y tratamiento quirúrgico medicamentoso.

Los sitios en que pueden localizarse las infecciones son determinados por los espacios aponeuróticos. Estos espacios son áreas potenciales entre los planos de la aponeurosis muscular. Los abscesos formados en dichos espacios generalmente son de origen odontogénico más no se

puede generalizar ya que la mayoría de los procesos inflamatorios agudos que se manifiestan en la cavidad bucal pueden durante su evolución, dar una infección aguda, sin embargo prácticamente la mayoría de las infecciones se originan en el componente óseo de los maxilares y es de origen dental: infecciones periapicales o del periodonto, quistes, fragmentos de raíces, infecciones residuales, sacos pericoronales. etc.

El tratamiento clínico de las infecciones constituye una ciencia a la vez que un arte. El cirujano utiliza todos los recursos científicos a su alcance: radiografías, registros de temperatura, hemogramas, cultivos, etc. No obstante el arte de tratar las infecciones consiste en la habilidad del cirujano para evaluar la infección en relación con el paciente.

## CAPITULO I.

## ANATOMIA DE LOS ESPACIOS APONEUROTICOS FACIALES.

La odontología, en cuanto a especialidad médica, necesita del conocimiento anatómico sólido para su práctica y desarrollo. Además del estudio de las características finas de las piezas dentarias y otras estructuras de la cavidad bucal, que es parte obligada del trabajo clínico-diario, los avances recientes en cirugía maxilofacial han hecho que el odontólogo necesite conocer con mayor detalle todos los elementos que componen la cabeza y cuello, para planear y ejecutar operaciones complejas y difíciles. (6)

El término "anatomía" deriva de las raíces griegas - que significan "cortar", "seccionar", o como entendemos - "disecar". El campo de la anatomía humana, en etapas iniciales, fue definido adecuadamente con dicho término, por que se ocupaba de estructuras que podían ser separadas - por disección y que eran visibles a simple vista, Esto es lo que ahora llamamos anatomía macroscópica. Sin embargo, la anatomía a pesar de ser una ciencia morfológica, nunca lo fue totalmente, pues incluso en los primeros escritos se señalan teorías (fundadas algunos, y otras absurdas) - sobre la importancia de las diversas partes del cuerpo, y su funcionamiento. Por consiguiente, esta disciplina siempre ha incluido datos sobre la función que desempeñan partes del organismo, y la forma en que la ejecutan. Un estudio anatómico que no considera el funcionamiento, sería semejante al aprendizaje de los nombres y la disposición de las diversas partes del motor de un automóvil, sin te

ner idea de como funciona. Por consiguiente al considerar las infecciones de las regiones mandibular y maxilofacial es necesario conocer y comprender los espacios anatómicos infectados, por lo cual el objetivo de este capítulo es - desglosar ampliamente la anatomía de los espacios aponeu- róticos faciales, para posteriormente abarcar el tema de los abscesos que se forman en dichos espacios. (6)

### ESPACIOS APONEUROTICOS FACIALES.

Los sitios en que pueden localizarse las infecciones son determinados por los espacios aponeuróticos. Estos es- pacios son áreas potenciales entre los planos de las apo- neurosis musculares. Cuando una infección destruye el te- jido conectivo laxo que habitualmente une las aponeurosis entre sí, el espacio así creado entre los planos se deno- mina espacio aponeurótico. (13)

Para tratar las infecciones invasoras agudas, es ne- cesario conocer cabal y prácticamente estas vías anatómi- cas.

### APONEUROSIS CERVICAL PROFUNDA.

Las descripciones de las aponeurosis cervicales son- sumamente confusas. Esto es causado en parte por la com- plicada estructura del tejido conectivo cervical y en par- te por diferencias en la definición del término aponeuro- sis y por diferencias en la terminología. (11)

La descripción siguiente de las aponeurosis cervica-

les intenta coordinar función y estructura y torna la descripción aplicable a las necesidades de la cirugía. (11)

La aponeurosis cervical profunda consiste en las siguientes partes:

- 1) Una capa superficial o de envoltura.
- 2) La vaina carotídea.
- 3) La hoja pretraqueal.
- 4) La hoja prevertebral.

#### CAPA SUPERFICIAL O DE ENVOLTURA.

La capa superficial o de envoltura rodea todo el cuello. Se inserta por arriba en mandíbula, arco cigomático, apófisis mastoides y línea curva superior del hueso occipital. Abajo está insertada en espina de la escápula, acromion, clavícula y esternón. En la parte anterior se funde con la hoja del lado opuesto y se inserta en la sínfisis mentoniana y en el hueso hioides. En su parte posterior se fija en el ligamento nuchal y en la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical. Esta capa se divide para rodear dos músculos, esternocleidomastoideo y trapecio y dos glándulas: submaxilar y parótida. También se divide arriba del mango del esternón para formar el espacio suprasternal. La capa de envoltura guarda relación con tres espacios aponeuróticos importantes en la difusión de las infecciones dentales: submaxilar, submentoniano y parotídeo. (7)



### VAINA CAROTÍDEA.

La vaina carotídea es una vaina tubular que rodea a las arterias carótida primitiva e interna, la vena yugular interna y el nervio vago. Se funde con la capa de envoltura cuando ésta se divide para rodear al esternocleidomastoideo. Cerca de la base del cráneo la vaina carotídea es especialmente densa y aquí también se inserta a la vaina de la apófisis estiloides. (7)

### HOJA PRETRAQUEAL.

La capa pretraqueal se extiende a través del cuello desde la vaina carotídea de un lado hasta la del lado opuesto. Forma una envoltura para la glándula tiroides. Se inserta por arriba en los cartílagos tiroides y cricoides de la laringe; debajo pasa el tórax, donde se continúa con el pericardio fibroso. (7)

### HOJA PREVERTEBRAL.

La aponeurosis prevertebral está delante de la columna vertebral y los músculos prevertebrales; a los lados se funde con la vaina carotídea y también forma el piso del triángulo posterior del cuello situado entre el trapecio y el esternocleidomastoideo. Abajo envía una prolongación tubular alrededor de vasos axilares y plexo braquial, hasta la axila. (7)

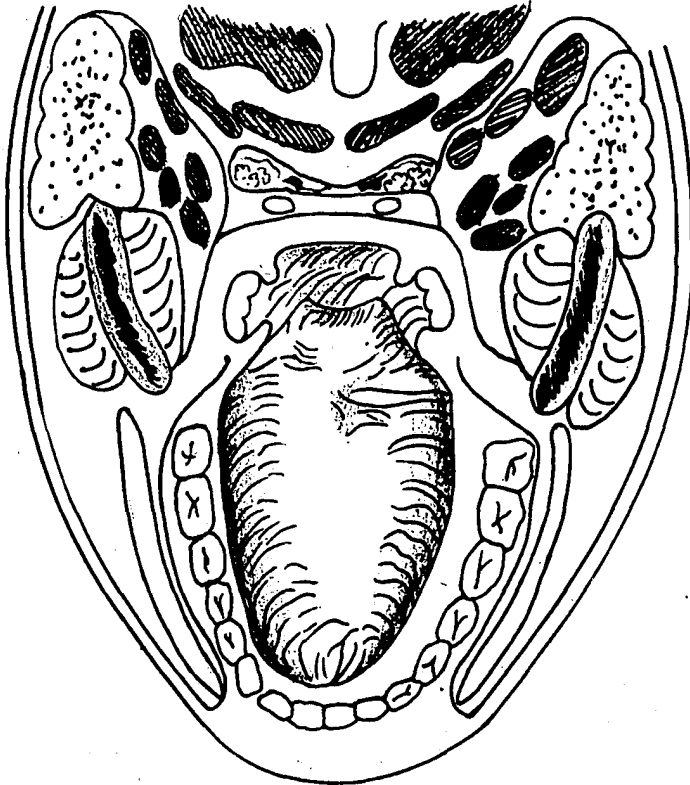
Entre las capas pretraquial y prevertebral existe un espacio grande, el espacio visceral, continuo con el diafragma. En la porción superior de este espacio están la fa-

ESPACIO  
RETROFARINGEO

ESPACIO  
PAROTIDEO

ESPACIO  
FARINGEO  
LATERAL

ESPACIO DEL  
MASETERO



ESPACIOS APONEUROTICOS PROXIMOS A LOS MAXILARES.

ringe y la laringe; en la parte inferior, esófago y tráquea, que se continúan hacia abajo hasta el mediastino. Este espacio puede ser atacado por las infecciones dentales, lo que causa mediastinitis. (7)

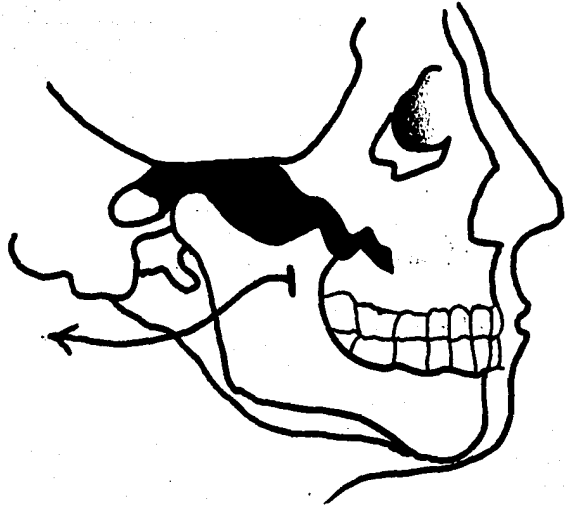
## ESPACIO MASTICADOR.

El espacio masticador incluye la región subperióstica de la mandíbula y una especie de cabestrillo aponeurótico que contiene la rama de la mandíbula y los músculos de la masticación. Este espacio está formado por la división de la capa de revestimiento de la aponeurosis cervical profunda. Esta división ocurre en el sitio en que la aponeurosis se inserta al borde inferior de la mandíbula. La hoja externa de la aponeurosis cubre la cara externa de la mandíbula, los músculos masetero y temporal, mientras que la hoja interna cubre la cara interna de la mandíbula y los músculos pterigoideos interno y externo. El cabestrillo aponeurótico no sólo se inserta en el peristio de la mandíbula sino que también lo refuerza a lo largo del borde inferior. Por delante del espacio masticador la aponeurosis cervical profunda también ayuda a formar el espacio para el cuerpo de la mandíbula. Por ello el espacio del cuerpo de la mandíbula y el espacio masticador se continúan subperióticamente. Debido a que el peristio mandibular se inserta firmemente en su parte inferior la infección sigue la línea de menor resistencia, que es posterior a la región de los molares, hasta el espacio masticador. La inserción perióstica firme también evita la extensión de la infección hacia el cuello. (7)

Hacia atrás el espacio masticador está limitado lateralmente por el espacio parotideo y por dentro por el espacio faringeo lateral. En su parte superior se continúa con los espacios temporales superficial y profundo. (7)

La arteria maxilar interna y la mayoría de las ramas del nervio mandibular lo atraviesan; el área de tejido conectivo está situada en la parte media de la rama de la mandíbula, entre esta y el pterigoideo interno, y la parte media anterior con respecto a la porción anterior de la inserción del músculo temporal.

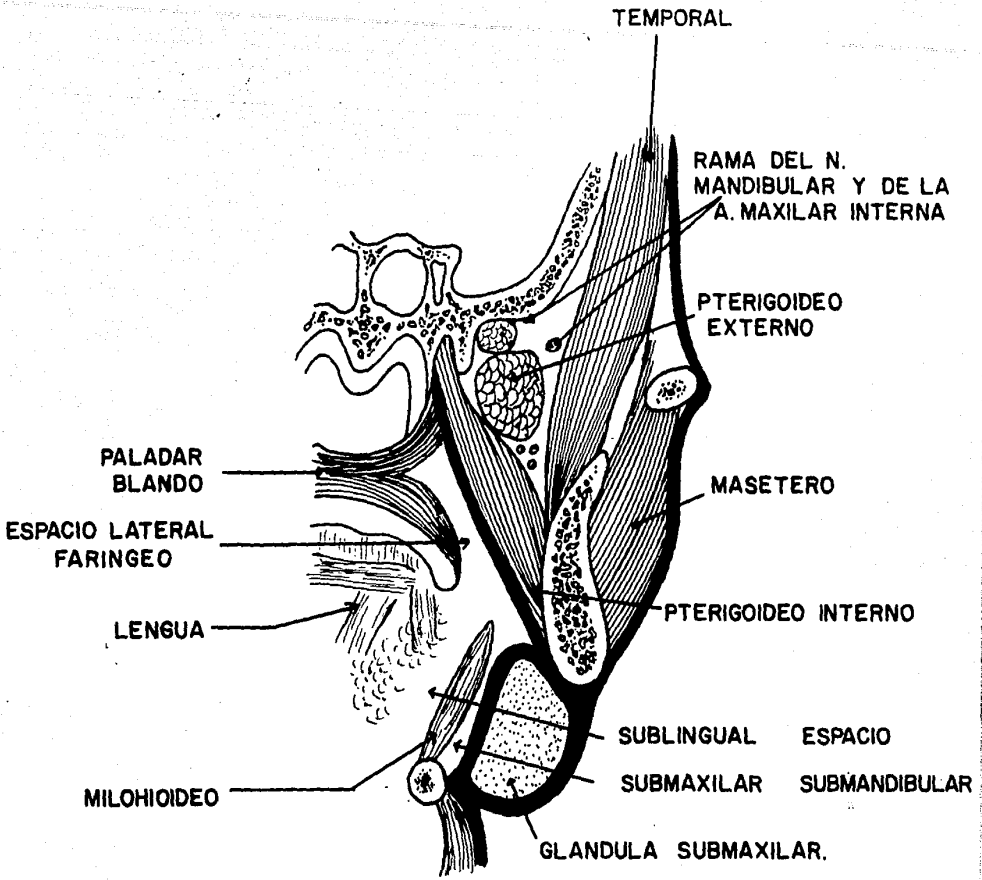
**ESPACIO  
MASTICADOR**



## ESPACIO SUBMANDIBULAR.

A la parte anterior del espacio perifaríngeo se le denomina convenientemente espacio submandibular. En realidad constituye un grupo de espacios que se comunican entre sí o se puede hacerlos comunicar con la relativamente escasa presión de una inyección. Considerando de manera global, el espacio submandibular se halla limitado arriba por la membrana mucosa de la lengua, mientras que su piso está constituido por la capa anterior o superficial de la aponeurosis profunda a medida que se extiende desde el hueso hioides hasta la mandíbula. Su extensión inferior está representada por la inserción de la aponeurosis del hueso hioides. (1)

Algunas de las subdivisiones del espacio submandibular son obvias: el músculo milohioideo, que corre a través del piso de la boca, divide el espacio submandibular en una porción por encima de este músculo y otra por debajo de él. No obstante, estas dos subdivisiones se comunican entre sí por la glándula submaxilar que yace parcialmente por encima y parcialmente por debajo de la porción posterior del milohioideo. (1)





### ESPACIO SUBMAXILAR.

Dícese a veces que es espacio existente por debajo del músculo milohioideo, a menudo denominado espacio submaxilar, se halla subdividido en espacios submentonianos y submaxilares subsidiarios por inserción de la aponeurosis del vientre anterior del músculo digástrico; el espacio submentoniano, correspondiente al triángulo del mismo nombre, yace en la parte media del vientre anterior del digástrico, el espacio submaxilar en posición látero-posterior con respecto a él, pero las inyecciones se extienden fácilmente por debajo del vientre anterior del digástrico, desde un espacio hasta el otro. Estos espacios solo consisten en una tenue línea de clivaje entre la aponeurosis y los músculos. a no ser que se encuentren distendidos de forma anormal. (1)

### ESPACIO DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

La cápsula de la glándula submaxilar suele ser descrita como que encierra un espacio: el espacio submaxilar (o lo que es menos confuso, el espacio de la glándula submaxilar), pero esta descripción suele inducir a error; la glándula submaxilar no se halla suelta dentro de su vaina de modo que, abierta esta última, pueda retirarse fácilmente la glándula allí contenida; más bien la glándula y sus respectivos ganglios linfáticos se hallan incrustados en esta aponeurosis, y los tabiques de la glándula forman una línea de continuidad con la cápsula. Por lo tanto, en esencia puede decirse que el espacio submaxilar constituye la substancia de la glándula y ganglios. (1)

### ESPACIO SUBLINGUAL.

Los espacios que se hallan por encima del músculo mi lohioideo pueden ser denominados, en conjunto, espacio sublingual, y están formados por tejido conectivo laxo situado entre los músculos de la lengua y alrededor de la glándula sublingual, los nervios lingual e hipogloso y una porción de la glándula submaxilar y su conducto. El espacio sublingual se halla, en gran parte, duplicado pero los espacios de ambos lados se comunican en la parte anterior. El espacio sublingual, a su vez, ha sido subdivididado en tres compartimientos sobre la base de su relación con los músculos geniogloso y geniohideo, pero esta subdivisión parecería innecesariamente compleja. (1)

### ESPACIOS PTERIGOMANDIBULARES, PARAFARINGEOS, BUCALES Y CIGOMATICO TEMPORALES.

Sicher dice que pueden diferenciarse tres espacios correspondientes a las partes más voluminosas de la almohadilla masticatoria de grasa. Ellos se comunican entre sí y con el espacio parafaríngeo (faríngeo lateral), pero al menos se hallan entre sí parcialmente separados, de modo que las infecciones pueden, por algún tiempo, quedar localizadas en cualquiera de los compartimientos. Estos tres espacios están representados por el espacio bucal, el espacio pterigomandibular y el espacio cigomaticotemporal. (1)

### ESPACIO BUCAL.

El espacio bucal está situado entre el músculo - -

buccinador y el músculo masetero. En la parte posterior se comunica con el espacio pterigomandibular y en la parte superior con el espacio cigomático temporal. Este último ha recibido también el nombre de espacio retrocigomático, por hallarse ubicado por detrás del hueso cigomático. Al parecer, es preferible la denominación de espacio cigomático-temporal, por indicar la relación más importante con el hueso malar y el músculo temporal. (1)

#### ESPACIO PTERIGOMANDIBULAR.

Este espacio está limitado lateralmente por la superficie mediana de la rama mandibular; en su parte media, por el músculo pterigoideo mediano, y por encima, por el músculo pterigoideo lateral. La extensión pterigomandibular de la almohadilla de grasa rodea el nervio lingual, el nervio alveolar inferior y los vasos sanguíneos alveolares inferiores, y llega hacia atrás hasta la superficie anterior de la parte profunda de la glándula parótida, contenida en la fosa retromandibular. La almohadilla masticadora también tiene una prolongación bastante fina entre los músculos pterigoideo lateral y mediano, finalmente se conecta, a través de la brecha pterigopalatina en el borde anterior de la apófisis pterigoidea, con la grasa en el espacio pterigopalatino. (1)

#### ESPACIO FARINGEOLATERAL.

También se conoce como espacio parafaríngeo. Es un espacio aponeurótico situado profundamente por fuera de la faringe y mesial a los espacios masticador, submaxilar y parotídeo. Se extiende desde la base del cráneo hasta -

el nivel del hueso hioides. Su límite mesial es el músculo constrictor superior de la farínge; hacia afuera se encuentra la mandíbula, el músculo pterigoideo y la porción retromandibular de la glándula parótida; por delante, el rafe pterigomandibular; hacia atrás las capas prevertebral y visceral de la aponeurosis cervical profunda; arriba, la porción petrosa del hueso temporal con los agujeros rasgado y yugular; por abajo de la inserción de la cápsula submaxilar a las vainas del músculo estilohioideo y porción posterior del gástrico. (7)

Este espacio está dividido en dos por la apófisis estiloides, uno anterior y otro posterior. Estos dos compartimientos no están separados completamente. Sin embargo, las infecciones atacan cada compartimiento por separado. Muchas veces los dos compartimientos están afectados a la vez. El compartimiento anterior contiene los ganglios linfáticos (parte del grupo cervical profundo), las arterias maxilar externa y faríngea ascendente y tejido conectivo-alveolar laxo. El compartimiento posterior contiene la vaina carotídea, con la arteria carótida interna, la vena yugular interna y los nervios vago, glossofaríngeo, accesorio espinal e hipogloso y el tronco simpático cervical. No hay ganglios linfáticos en el compartimiento posterior. (7)

#### ESPACIO PAROTIDEO.

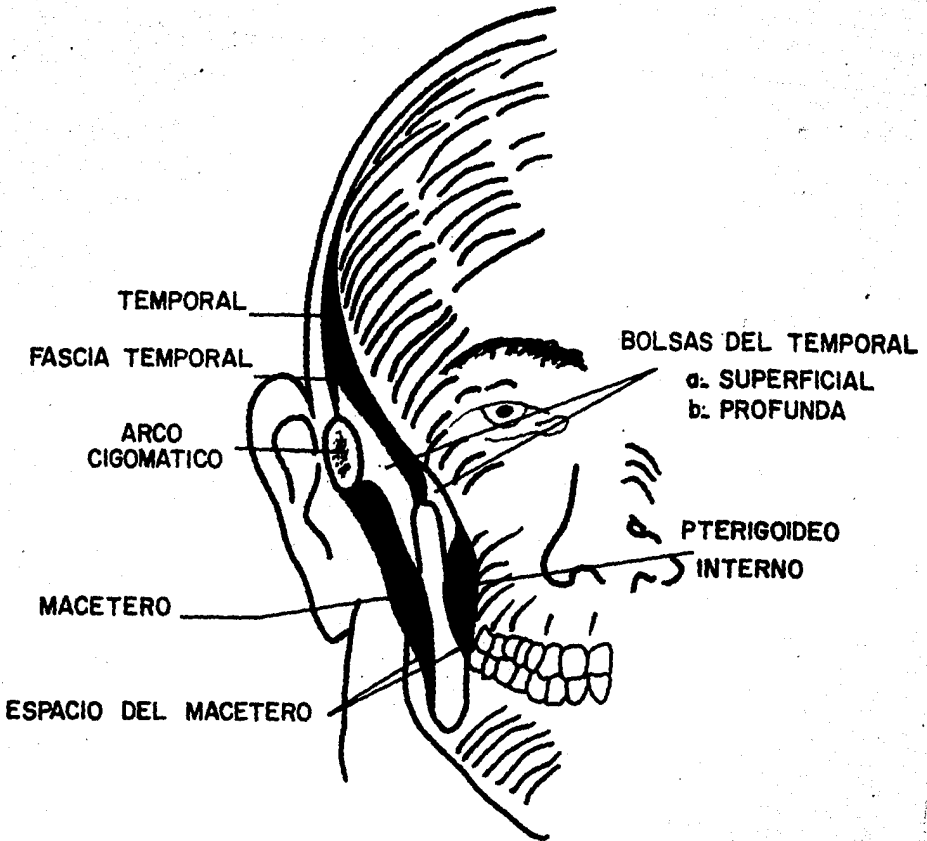
El espacio parotídeo es un compartimiento formado por la división de la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda. Contiene la glándula parótida y los ganglios linfáticos parotídeos, extraglandulares e intra

glandulares. La hoja que cubre la superficie externa de la glándula es muy gruesa y envía prolongaciones hasta el interior de la glándula dividiéndola en lóbulos. La capa interna de la cápsula fibrosa es delgada y muchas veces incompleta en la parte superior donde puede comunicar con el espacio faríngeo lateral. Hacia atrás el espacio parotídeo también está en relación íntima con el oído interno y medio. Hacia abajo la aponeurosis está reforzada por una banda fuerte llamada ligamento estilomandibular, que separa efectivamente la parótida del espacio submaxilar. (7)

#### BOLSAS DEL TEMPORAL.

Las bolsas del temporal son dos espacios faciales relacionados con el músculo temporal. Son dos: superficial y profunda.

La bolsa superficial del temporal se encuentra entre la aponeurosis y el músculo temporal. La aponeurosis temporal consiste en una hoja muy fuerte que se inserta arriba de la línea temporal superior. Abajo se divide en dos capas que se insertan a los márgenes lateral y mesial del borde superior del arco cigomático. El músculo temporal nace en toda la fosa temporal. Sus fibras pasan hacia abajo, por dentro del arco cigomático a través del espacio entre éste y la pared lateral del cráneo, y se insertan en la apófisis coronoides de la mandíbula. La bolsa profunda del temporal está situada por dentro del músculo, entre éste y el cráneo. Debajo del arco cigomático las bolsas del temporal superficial y profunda se comunican directamente con las fosas infratemporal y pterigopalatina. (7)



- 1) Temporal
- 2) fascia temporal
- 3) arco cigomático
- 4) Masetero
- 5) espacio del masetero
- 6) pterigoideo interno
- 7) bolsas del temporal
  - a) superficial
  - b) profunda ( 7 )

### ESPACIO INFRATEMPORAL.

El espacio infratemporal está situado a un lado del maxilar, por encima de la inserción del músculo buccinador y posterior a la entrada del conducto de Stenon. El límite superior está constituido por el arco cigomático, el piso por el músculo pterigoideo externo y la pared anterior por la cara posterior del maxilar. Por arriba comunica directamente con el espacio temporal. (12)

### ESPACIO BUCCINADOR.

El espacio buccinador se encuentra en la aponeurosis de dicho músculo.

### ESPACIO TEMPORAL.

El espacio temporal está formado por la inserción de la gruesa aponeurosis temporal, que es continuación de la epicraneal. Esta aponeurosis tiene su inserción en la línea temporal, cubre al músculo temporal y a medida que se acerca al arco cigomático se separa en dos hojas que se insertan una en la superficie externa y otra en la interna del arco cigomático. Esto forma el techo del espacio temporal. El piso está formado por el músculo temporal y su aponeurosis. (12)

### ESPACIO PERITONSILAR.

Encontramos al espacio peritonsilar entre la cápsula-

de las amígdalas y el músculo constrictor superior de la faringe, y entre el músculo faringo estafilino por detrás y el palatogloso por delante. (12)

#### ESPACIO SUBMENTONIANO.

El espacio submentoniano está situado por debajo del músculo milohioideo y anteriormente entre los dos vientres del músculo digástrico. El piso se encuentra formado por la aponeurosis cervical profunda y la piel. (12)

#### ESPACIO SUBMENTUM.

El espacio submentum está situado en la superficie anterior de la mandíbula o en la prominencia mentoniana de la misma, en donde se insertan el músculo cuadrado del labio y los músculos mentonianos. (12)

#### ESPACIO SUBMASETERICO.

El espacio submasetérico está situado entre las fibras superficiales y profundas del músculo masetero, a medida que se inserta en la superficie lateral de la rama ascendente de la mandíbula. (12)

#### ESPACIO PARAFARINGEO.

El espacio parafaríngeo se encuentra en la línea media por el músculo constrictor superior de la faringe y a los lados por la aponeurosis profunda que cubre el lóbulo



profundo de la glándula parótida y el músculo pterigoideo-interno. (12)

#### ESPACIO SUBCUTANEO.

Dicho espacio se encuentra entre la aponeurosis profunda en la región de los premolares inferiores y aponeurosis superficiales. (12)

#### ESPACIO CANINO.

Se encuentra este espacio en la parte anterior del maxilar, por encima de la inserción del músculo canino y entre el músculo elevador común del labio superior y el ala de la nariz hacia la línea media, el cigomático menor lateralmente. Se encuentra cubierto por la piel y la aponeurosis profunda. (12)

#### ESPACIO VESTIBULAR.

El espacio vestibular está entre la inserción del - - músculo buccinador y la mandíbula o el maxilar y la mucosa bucal del vestíbulo. (12)

#### ESPACIO PALATINO.

Este espacio es localizado entre el paladar duro y la mucosa. (12)

## CAPITULO II

## ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LOS ABSCESOS DE LOS ESPACIOS FACIALES.

El cuerpo está continuamente expuesto a una gran variedad de microorganismos, de los que sólo una minoría son verdaderamente patógenos. Estos varían considerablemente en su capacidad de invasión y régimen de proliferación. Algunos pueden proliferar en un medio extracelular, mientras otros lo necesitan intracelular para su replicación. La piel, la cavidad oral, las vías respiratorias superiores y partes del conducto alimentario soportan una flora permanente de numerosas especies de organismos, así como contactos aleatorios con microorganismos exógenos. Los referidos organismos pueden estar especialmente adaptados a varios microambientes y ser capaces de sobrevivir en presencia de factores no específicos. (2)

La infección es la respuesta inflamatoria de todo tejido vivo a la invasión de bacterias patógenas. Se tratarán dos tipos en este capítulo: 1) el tipo en el cual hay respuesta inflamatoria local intensa, localización de la infección y formación de pus. 2) el tipo en el cual la respuesta inflamatoria local es de tal naturaleza que la infección no se localiza sino que se disemina rápidamente a través de los linfáticos y los espacios tisulares.

La cabeza y el cuello contienen muchos espacios virtuales, los cuales no están formados según la clásica descripción anatómica de los planos y triángulos aponeuróticos. -- Los espacios virtuales se vuelven reales y distintos cuando los microorganismos patógenos invaden la región y establecen

con éxito una infección con necrosis de los tejidos y formación de pus. Aunque estos espacios virtuales están circunscritos por barreras o paredes como hueso, músculo, - - piel y membranas mucosas, aponeurosis, grandes formaciones como vasos sanguíneos, nervios y tendones, todas ellas tienen áreas débiles o defectos a través de los cuales el pus puede difundirse y penetrar en otro espacio virtual. Así, - - pues, cuando la infección es un fenómeno piógeno localizado, puede estar limitado a un espacio o puede abrirse camino a través de los puntos débiles o defectos y penetrar a otro espacio. (12)

Como ilustración, la cabeza y el cuello se comparan a una casa con múltiples habitaciones y sin ventanas, donde sólo hay puertas que comunican las diversas piezas. Si una sustancia semisólida tal como la arena se vierte en una de las piezas y la llena, por último la presión se vuelve suficientemente intensa para romper una puerta y la arena se vierte en otro cuarto. Si este proceso continúa, la arena, finalmente, penetra por otras puertas en los demás - - cuartos, siguiendo siempre el camino de menor resistencia. Sin embargo, a veces puede romper una pared y vaciarse al exterior. Esto representa una infección bien localizada, - - donde el pus se forma y propaga de un espacio virtual a - - otro, siguiendo siempre el trayecto de menor resistencia. Sin embargo, si todas las puertas de esta casa se cierran y una bomba de humo se coloca en una pieza, el humo se diseminará a los otros cuartos con relativa rapidez, pasando a través de las hendiduras entre las puertas y sus marcos. Esto se compara a la diseminación de la infección que no forma pus o a la que no se localiza en un solo espacio. - - (12)

Debe recordarse que el curso de cualquier infección depende también de la virulencia del microorganismo invasor y de la resistencia del huésped.

Los abscesos formados en los espacios aponeuróticos, - se deben generalmente a dos vías de infección: a) la cavidad por caries en una pieza dentaria. b) la probable infección de origen periodontal.

Los factores que intervienen para determinar que la infección sea grave o severa son dos:

- 1.- La resistencia del paciente.
- 2.- La virulencia del germen.

Este tipo de infección está generalmente dada por el - estreptococo y estafilococo. (8)

En infección por estafilococo no hemolítico, los linfáticos que drenan la región se bloquean en un período de -- dos a cuatro horas; de esta manera se efectúa la localización (como la arena en la casa). En la infección por estreptococo hemolítico, los linfáticos no se bloquean hasta las 48 horas o 52, y la infección puede diseminarse (como el humo en la casa). (12)

En las infecciones que forman pus, el factor determinante en la invasión de los espacios es la vía de entrada, ya que el pus sigue el trayecto de menor resistencia. (12)

Para poder diagnosticar este tipo de infecciones el cirujano dentista debe conocer no sólo los principios del -- tratamiento, sino también saber diferenciar con precisión

todos los diversos estados normales y anormales de la cavidad bucal, a fin de poder establecer el tratamiento correcto. La diagnosis en el amplio campo de la odontología clínica debe perseguir tres grandes fines: (5)

- 1.- Adquirir los conocimientos clínicos, teóricos y -- prácticos de las enfermedades de la boca, para reconocer las enfermedades más comunes de la cavidad bucal que suele encontrar el dentista en el ejercicio diario de su profesión. (5)
- 2.- Adquirir los conocimientos necesarios de los principios fundamentales del diagnóstico, como arte y como ciencia. (5)
- 3.- Adquirir la habilidad necesaria para la aplicación de los conocimientos de que se disponga al estudio clínico de los pacientes, como gula para el tratamiento y como medio para llevar a cabo futuras investigaciones científicas de las enfermedades de la boca. (5)

De acuerdo con estos tres fines, el diagnóstico bucal adquiere una gran amplitud. Para delimitar las atribuciones inmediatas del diagnóstico, conviene hacer aquí la definición de dicho término.

La diagnósis es el arte de distinguir una enfermedad de otra, y el arte por medio del cual se determina la naturaleza de la enfermedad, haciendo un estudio de sus diversas características, incluyendo en ellas sus signos y síntomas. (5)

La diagnóstico en odontología incluye:

- La historia clínica.
- El examen de la boca.
- El reconocimiento médico.
- La transiluminación.
- Los estudios de laboratorio.
- Los estudios radiográficos.

Dichos factores nos dan generalmente siempre el eslabón perdido para llegar a un diagnóstico exacto.

#### ABSCEOS DE LOS ESPACIOS FACIALES APONEUROTICOS.

Se define como la infección formadora de pus entre las capas de fascias de una región, permaneciendo en un sitio si los factores fisiológicos pueden limitar su actividad, no así, si la infección se hace masiva. (7)

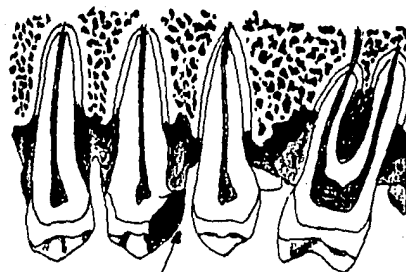
#### ABSCEO DEL ESPACIO MASTICADOR.

Las infecciones del espacio masticador son de origen dental, especialmente de los molares inferiores. El espacio masticador es el que está atacado en la conocida hinchazón flemonosa de la mandíbula, después de las extracciones dentales, que disminuye después de unos cuantos días, sin superación. La hinchazón se debe a la reacción inflamatoria del contenido del espacio masticador. (7)

Es importante recordar, tanto desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico como del pronóstico, que los abscesos del espacio masticador muchas veces simulan la infección del espacio faríngeo lateral. Es un hecho que el -



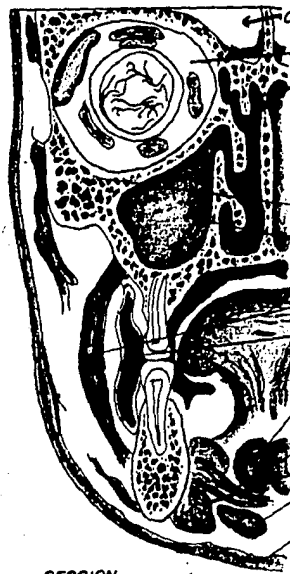
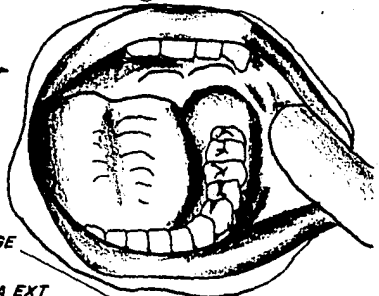
ABSCESO DENTO-ALVEOLAR. ERUCCIONADO.



INFECCION PERIODONTICA RELACIONADA CON  
 A. CALCULO SUBLINGUAL  
 B. MARGEN SOBRESALIENTE DE EMPASTES  
 C. MAL CONTACTO E INCLINACION DE UN DIENTE.

**FUENTES DE INFECCION**

ABSCESO PERICORONAL ALREDEDOR DE UN 3º MOLAR PARCIALMENTE ERUCCIONADO.



SECCION VERTICAL FRONTAL

CEREBRO  
 ORBITA FARINGE  
 CAVIDAD NASAL  
 ARTERIA CAROTIDA EXT  
 VENA YUGULAR EXT.  
 MUSCULO ESTILOFARINGEO  
 MUSCULO ESTILOGLOSO  
 MUSCULO MASETERO.  
 CIGOMA MUSCULO PTERIGOIDEO INT  
 ANTRO  
 LENGUA RAMA DE LA MANDIBULA  
 MUSC. BUCCINADOR  
 VESTIBULO DE LA BOCA  
 MUSC. HIPOGLOSO  
 MUSC. GENIOHIOIDEO  
 MUSC. MILOHIOIDEO  
 GLANDULA SUBMAXILAR  
 MUSC. DIGASTRICO  
 CUTANEO



SECCION HORIZONTAL

**VIAS DE INFECCION**

- 1: POSIGOMATICA (FOSA CANINA EN LA REGION CUSPIDE-BICUSPIDE)
- 2: VESTIBULAR
- 3: FACIAL
- 4: SUBMANDIBULAR
- 5: SUBLINGUAL
- 6: PALATINA
- 7: ANTRAL
- 8: PTERIGOMANDIBULAR
- 9: PARAFARINGEA.
- 10: SUBMANDIBULAR

*Reyes*

Absceso del espacio masticador con frecuencia se considera erróneamente como un absceso del espacio faríngeo lateral. Es muy importante diferenciar estos dos estados, ya que - tanto el pronóstico como el tratamiento son distintos. (7)



Las infecciones del espacio masticador tienen gran tendencia a la localización. Si no se drenan correctamente - estas infecciones pueden difundirse a los espacios temporales superficial y profundo al espacio parotídeo y al faríngeo lateral. (7)

Las infecciones del espacio masticador generalmente se deben a una de las siguientes causas:

- 1.- Infecciones del segundo y tercer molar inferiores- especialmente del tercer molar.
- 2.- Técnica no aséptica en la anestesia local del nervio alveolar inferior. (7)
- 3.- Traumatismos mandibulares externos o fracturas del alveolo de un tercer molar enfermo.

Patológicamente, la infección del espacio masticador - se caracteriza por los abscesos subperiósticos mandibulares y por celulitis de la mandíbula. Pueden estar atacados también el masetero y el pterigoideo interno. Si el absceso - está más hacia la parte anterior puede afectar también el cuerpo de la mandíbula. En algunos casos puede presentarse osteomielitis de la rama ascendente de la mandíbula, especialmente si no se ha hecho un drenaje correcto del absceso. (7)

Clinicamente la infección del espacio masticador está- dominada por el trismus, dolor y tumefacción, que se presentan después de unas horas de la extracción de un molar- o del trauma a la mandíbula. Los signos clínicos empeoran- rápidamente hasta llegar a su máximo en tres a siete días.

El trismus puede ser muy intenso debido a la irritación -- del masetero y del pterigoideo interno. Puede ser tan intenso, que la boca puede abrirse solamente medio centímetro. El dolor puede ser muy grande e irradiar hasta la oreja. Puede presentarse aumento en la temperatura, por regla general no hay escalofríos. Puede haber disfagia. (7)

La tumefacción que acompaña las infecciones del espacio masticador puede ser interna, externa o ambas. Por regla general es externa e interna. La externa consiste en una induración sobre la rama y ángulo de la mandíbula; puede extenderse por debajo de ésta atravesando la línea media hasta el lado opuesto. El espacio subangular, por lo general, no se percibe a la palpación; al mismo tiempo hay un dolor constante a lo largo de la rama de la mandíbula y en el espacio subangular. En caso de la tumefacción externa el absceso subperióstico mandibular llega hasta el masetero a lo largo del borde lateral de la mandíbula. En algunos casos la tumefacción interna puede predominar; ésta ataca la región sublingual y la pared faríngea. La tumefacción faríngea empuja la amígdala palatina hacia la línea media. Sin embargo, la pared faríngea lateral detrás de la amígdala palatina no está hinchada. Esto es importante para diferenciar una infección del espacio masticador de la del espacio faríngeo lateral. En esta última, también la pared faríngea lateral está hinchada detrás de la amígdala palatina. La tumefacción faríngea en una infección del espacio masticador está un poco más abajo y anterior que en las infecciones faríngeas laterales o periamigdalinas. La región sublingual adyacente a la porción atacada de la mandíbula también está hinchada e impide el descenso normal de la porción posterior de la lengua. La tumefacción sublingual puede dar la impresión de que se trata del comien-

zo de una angina de Ludwig. (7)

#### ABSCÉSO DE LAS BOLSAS DEL TEMPORAL.

Las infecciones de las bolsas del temporal generalmente son secundarias a una lesión primaria de los espacios masticador, pterigopalatino e infratemporal.

Clínicamente hay dolor y trismus, puede o no haber tumefacción en la región temporal. (7)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBLINGUAL.

Por lo común, estas infecciones resultan de infección dental o periodontal de incisivos inferiores, canino o premolares, o de un absceso lateral de la superficie lingual de un molar inferior. Cualquiera infección que penetra en la mucosa del piso de la boca por debajo de ésta y por encima del músculo milohioideo hacia la mandíbula, pudiendo también afectar los espacios intermusculares de la lengua.

En la parte posterior de la boca pueden ocupar el espacio entre la mandíbula y el músculo hipogloso. Anteriormente se forman debajo de la parte libre de la lengua y se pueden extender al otro lado porque aquí no hay separación de los dos espacios en la línea media. El absceso sublingual causa visible tumefacción del suelo de la boca, empujando la lengua hacia un lado o hacia atrás. La respiración y la deglución pueden estar restringidas. A veces se extiende posteriormente al espacio faríngeo o pasa al espacio submaxilar en el músculo milohioideo.

La infección más seria que ataca los espacios sublin-

gual, submaxilar y submentoniano es la angina de Ludwig. - (7) (8, 12).

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBMENTONIANO.

La infección que ocurre en el área submentoniana, debajo del músculo milohioideo, que en su línea media desciende desde su inserción superior a la apófisis milohioidea, recibe el nombre de absceso submentoniano. Generalmente es causado por: Dientes inferiores anteriores en los cuales - el pus pasa por debajo de la inserción del músculo milohioideo hacia la mandíbula. Su aspecto clínico, es que aparece aumento de volumen por debajo de la mandíbula en la línea media.

Por lo general, el paciente tiene primero marcada celulitis general de la región submentoniana, que es dura y rígida, hasta que se inicia la supuración y se forma un absceso fluctuante. La infección puede extenderse hasta la epiglotis y dificultar la respiración. En esta área se forman quistes dérmicos y tiroglosos; pero tienen una historia típica y no son inflamatorios. (12) (8)

#### ABSCESO DE LA FOSA CANINA.

La fosa canina suele ser asiento de infección de origen dental. Contiene considerable cantidad de tejido conectivo y grasa, lo que permite la acumulación de fluidos del tejido y pus entre el elevador del labio superior, el músculo orbicular anteriormente y el buccinador posteriormente. El elevador del ángulo sale de la parte media de la fosa y, con el cigomático mayor, se aleja del hueso. Por lo tanto, los abscesos que se desarrollan aquí pueden apuntar

en el surco bucal, que con frecuencia se ensancha por inflamación. Estos abscesos tienen casi siempre su origen en las raíces caninas, premolares y bucales de los primeros molares.

Generalmente se inflama la cara, haciendo que desaparezca el pliegue nasolabial, y el edema de los párpados cierra el ojo. No es rara la inflamación del labio superior, y toda la cara es dolorosa al tacto, con la piel tensa y roja. Como el nervio suborbital se ramifica en esta área suele haber gran dolor. La presión sobre el área no vacía el pus dentro del ojo. La radiografía y las pruebas de los dientes ponen de manifiesto una infección en el apex por encima del músculo canino. Encontramos abertura del conducto lacrimal. (8,12)

#### ABSCESSO DEL ESPACIO SUBMAXILAR.

El triángulo submaxilar es, quizá, el espacio facial más comunmente afectado. Está separado del espacio sublingual por el músculo milohioideo. Se halla debajo de la parte posterior del músculo milohioideo y en la parte media de la mandíbula. Se encuentra limitado por los músculos hipogloso y digástrico, y cubierto por la fascia superficial de la piel. Contiene la glándula salival submaxilar y los ganglios linfáticos submaxilares. Generalmente la vía de entrada son los molares inferiores o cualquier infección de los dientes que se disemina a través de la mandíbula y se vacía por debajo de la inserción del músculo milohioideo. Su aspecto clínico presenta aumento de volumen por debajo de la mandíbula. Hay trismus ligero o intenso, Hay tumefacción de la región submaxilar en el ángulo del maxilar y puede extenderse hacia el cuello. Por lo tanto, la linfa

denitis es una complicación común si se forma un flemón en el espacio submaxilar, y la invasión de la glándula salival submaxilar es invadido, con mucha frecuencia, por infecciones procedentes de los molares inferiores. Generalmente el proceso infeccioso perfora el hueso por debajo de la inserción del músculo milohioideo, afectando al surco milohioideo. Si se infecta el espacio parafaríngeo sobreviene la dificultad para respirar y deglutir, y a veces la infección desciende a la vaina carotídea. New (1937) describió cinco casos de flemones con edema progresivo que afectaban al cuello, la laringe y la faringe, en los cuales fue necesario hacer traqueotomía por haberse obstruido la parte superior de las vías respiratorias. (12,8)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBMENTOLIANO.

Esta región es invadida por la diseminación hacia adelante del pus proveniente de los ápices de los incisivos inferiores. Esta es una invasión frecuente, pero difícil de diagnosticar, debido a que los músculos a través de los cuales la infección se propaga tiende a absorber el producto inflamatorio. Después, a pesar de que el padecimiento es agudo en su principio, su intensidad disminuye y se hace crónico. Sin embargo, si el pus se acumula en los tejidos y éstos son destruidos, se forma un absceso que, por último, se disemina y drena hacia la superficie de la piel.

Esta lesión se interpreta frecuentemente como un quiste infectado de la piel. Su aspecto clínico representa aumento de volumen en la región mentoniana en la parte anterior de la mandíbula. (12)

### ABSCESO DEL ESPACIO FARINGEO LATERAL.

Las infecciones del espacio faringeo lateral son muy graves y muchas veces constituyen una amenaza directa a la vida. Mientras que este espacio es comunmente atacado por infecciones de la amígdala palatina, las celdillas neumáticas mastoideas, la glándula parótica, el espacio retrofaringeo y los ganglios linfáticos cervicales profundos, también puede ser atacado directa o indirectamente por infecciones de origen dental. (7)

Este espacio está comunmente atacado en caso de infección dental por la difusión de la infección desde el espacio masticador.

Este cuadro clínico se caracteriza por un comienzo brusco secundario a las infecciones del tercer molar superior y acompañado por aumento rápido de temperatura. Los escalofríos aparecen si hay septicemia. Hay trismus intenso por irritación del músculo pterigoideo interno y dolor por la gran tensión producida por la acumulación de pus, entre los músculos pterigoideo interno y constrictor superior de la faringe. (7)

La disfagia puede también ser muy pronunciada. La disnea, aunque no es tan intensa como la angina de Ludwig, puede también ocurrir.

Si la infección se limita al comportamiento anterior se produce una tumefacción externa por delante del músculo esternocleidomastoideo. Esta tumefacción se observa primero en el ángulo de la mandíbula y en la región submaxilar.

Puede borrar el ángulo mandibular. La tumefacción externa también se extiende hacia arriba sobre la región de la parótida. Por dentro la porción anterior de la pared faríngea lateral se observa levantada y juntas las amígdalas palatinas, con el paladar blando hacia la línea media. El trismus y el dolor son especialmente intensos. Generalmente no hay signos de septicemia. (7)

En las infecciones del compartimiento posterior el cuadro clínico puede estar dominado por la septicemia. Generalmente hay poco o nada de trismus y poco dolor. La tumefacción externa generalmente es menos extensa que las infecciones del compartimiento anterior. La infección interna ataca la pared lateral de la faringe detrás del pilar posterior. (7)

El espacio faríngeo lateral puede ser el sitio de una celulitis de difusión rápida también, el cuadro clínico es grave; se caracteriza por los signos de septicemia y la dificultad respiratoria debida al edema de la laringe. Externamente se observa gran induración de la cara arriba del ángulo de la mandíbula. Esta induración puede extenderse por abajo hasta la región submandibular y por arriba hacia la región de la parótida y al ojo del mismo lado.

Las complicaciones de las infecciones del espacio faríngeo lateral son particularmente graves en especial si la infección ataca al compartimiento posterior. Estas complicaciones incluyen: (7)

- 1.- Parálisis respiratoria por edema agudo de la laringe.
- 2.- Trombosis de la vena yugular interna.



### 3.- Rotura de la arteria carótida interna.

La complicación más dramática es la erosión de la arteria carótida interna. Algunas veces la erosión puede afectar las arterias maxilar externa o faríngea ascendente. Estas hemorragias pueden ser rápidamente mortales, si no se toman de inmediato medidas heróicas.

La mayoría de las infecciones de dicho espacio, secundarias a una lesión dental tienden a localizarse con forma ción de abscesos. (7)

#### ABSCESO DEL ESPACIO PAROTIDEO.

Este espacio generalmente no se ve afectado por infecciones de origen dental, pero algunas veces pueden extenderse hasta la rama de la mandíbula e invadirlo. Esto puede ocurrir especialmente en infecciones del espacio masticador que no fueron tratadas correctamente.

En presencia de infección en este espacio hay una tumefacción dura y lisa sobre la región de la parótida por delante y debajo del oído externo. La tumefacción se hace gradualmente más extensa. Puede haber escalofríos y fiebre. La tumefacción puede extenderse sobre todo el lado de la cara con edema que cierra el ojo del lado afectado. (7)

#### ABSCESO DE LAS FOSAS PTERIGOPALATINA E INFRATEMPORAL.

Las infecciones de las fosas pterigopalatina e infratemporal son muy raras.

Las infecciones primarias de estas fosas generalmente-

se deben a:

- 1.- Infecciones de los molares superiores, especialmente del tercero.
- 2.- Infección local del nervio maxilar.

Clinicamente hay trismus y dolor intenso. Externamente se observa una tumefacción por delante del oído externo y sobre la articulación temporomandibular y el cigoma. La tumefacción se extiende pronto hasta el carrillo. En los casos graves no tratados la tumefacción abarca todo el lado de la cara. El ojo se cierra. Puede haber ataque del nervio auditivo. La tumefacción pronto se extiende hasta el cuello. En estos casos graves, puede presentarse neurosis óptica. (7)

Las fosas pterigopalatina e infratemporal también pueden verse atacadas por infecciones secundarias de los espacios masticador, parotídeo y faríngeo lateral. (7)

#### ABSCESO DEL TRIANGULO ANTERIOR DE LA CARA.

Las infecciones que afectan al triangulo anterior de la cara, son aquellas que se presentan en la base del labio desde la fosa canina. Debido al drenaje venoso en esta región; estas pueden ser infecciones serias si se diseminan del plexo venoso labial superior hacia la vena facial y penetran al seno cavernoso. La etiología habitual es infección procedente de los ápices de los dientes anteriores. (13)

#### ABSCESO PARAFARINGEO.

Los abscesos en el espacio parafaríngeo pueden resul-

tar de extensión directa de la infección de un tercero o segundo molar.

*Sintomatología:* Los abscesos parafaríngeos dilatan la pared lateral de la faringe y causan trismus con edema del paladar blando, dolor, dificultad en la digestión y respiración. Como el paciente no puede abrir la boca su diagnóstico es difícil. Por lo común en absceso se abre espontáneamente en la faringe. Como este espacio forma un cono invertido que se extiende desde la base del cráneo a la vaina carotídea del cuello, la infección puede bajar al mediastino. (8)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBMASETERICO.

Se afecta por la infección pericoronar del tercer molar inferior, dicha infección se extiende hacia atrás, desde la fosa retromolar, a lo largo de la superficie lateral de la rama, hasta el espacio submasetérico. Produce una inflamación profunda que es causa de intenso dolor pulsante. Por lo común irrumpe súbitamente, causando edema de la cara y trismus que aumenta rápidamente de intensidad. La temperatura es elevada, 30° a 40° C, hasta que se establece el drenaje, el paciente puede tener delirio. Debe hacerse la diferenciación del absceso parotídeo. (8)

#### ABSCESO PTERIGOMANDIBULAR.

El absceso pterigomandibular proviene a veces de un absceso pericoronar del tercer molar; pero más comunmente se debe a la infección introducida al inyectar un anestésico en el espacio pterigomandibular. Generalmente hay mucha dificultad al abrir la boca y a veces la infección suele -

extenderse al espacio parafaríngeo.

Sintomatología: Por lo general no hay inflamación exterior de la cara; pero son muy marcados otros síntomas. Estos consisten en dolor durante la deglución, dificultad cada vez mayor para abrir la boca y dolor muy intenso que irradia al oído, cara o cuello. Los síntomas generales son escalofríos y fiebre con temperatura hasta de 40°C. A veces hay disnea laríngea. Puede ser necesaria la anestesia general para abrir la boca del paciente a fin de hacer un examen cuidadoso, que revela inflamación de la superficie interna de la rama, la cual se extiende hasta el paladar blando. (8)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBCUTANEO.

Un absceso subcutáneo es una colección de pus entre -- las aponeurosis superficial y profunda en la región de los premolares inferiores. La vía de entrada es un premolar inferior o un molar en el cual el pus se disemina lateralmente entre las inserciones del músculo buccionador y el cutáneo del cuello hacia la superficie lateral del cuerpo de la mandíbula. El pus también puede provenir de los espacios submaxilar o buccionador por diseminación a lo largo de la arteria facial. (12)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBTEMPORAL.

No es raro el absceso subtemporal; su diagnóstico es difícil y puede tener graves consecuencias. El espacio subtemporal contiene el músculo pterigoideo externo y los abscesos que se forman aquí suelen afectar al cóndilo del -- maxilar inferior.

*Sintomatología:* No siempre son claros los síntomas de la infección del espacio subtemporal. El paciente siente intenso dolor, que se agrava al abrir la mandíbula. Existe una sensación de presión entre la placa pterigoidea y la rama mandibular, así como una desviación de la mandíbula hacia el lado afectado cuando se abre, el paciente puede tener inflamación de la faringe, que dificulta la deglución y hay dificultad para abrir la boca. Si la infección es causada por un molar superior y si está afectada la fosa postzigomática pueden inflamarse los párpados, que a veces cierran el ojo. Si el absceso se forma en el espacio pterigomandibular, ascendiendo al espacio subtemporal, la inflamación no suele extenderse al ojo; es más frecuente que afecte la fosa temporal, produciendo la inflamación de esta región, asociada con trismus muscular más intenso. -- Los síntomas constitucionales son graves. {8}

#### ABSCESO DEL ESPACIO BUCCINADOR.

El espacio buccinador está invadido cuando el pus se forma en los ápices del primero y segundo premolares superiores y se disemina bucalmente a través del hueso. Debido a que los ápices de estos dientes están cubiertos solamente por hueso muy delgado en su superficie externa y a que se extienden por encima de la inserción del músculo buccinador, el pus se dirige desde el área apical a los tejidos blandos situados lateralmente y por encima de la inserción de dicho músculo y por debajo de la apófisis y arco cigomático. En esta región particular, que es anterior a la abertura del conducto de Stenon, la gruesa aponeurosis mantiene el pus debajo del arco cigomático y por delante del borde anterior del músculo masetero. Cuando este espacio está invadido no hay trismus. Los puntos débiles a través de --

los cuales el pus se disemina son el área a lo largo del conducto de Stenon y el área situada por debajo de la superficie anterior del masetero. Cuando el pus se difunde a lo largo del conducto de Stenon, penetra en el espacio infratemporal y cuando lo hace por debajo del músculo masetero penetra al espacio submasetérico. En una infección leve el pus se acumula a medida que la reacción inflamatoria -- continúa y puede producir necrosis de la aponeurosis cervical profunda y de la piel, y drenar hacia la superficie. -- También puede difundirse por encima de la inserción de la aponeurosis profunda y del músculo cutáneo del cuello, hacia el espacio subcutáneo, en el punto donde la arteria facial atraviesa la aponeurosis cervical profunda y entra en el espacio buccinador, o puede difundirse por debajo de la inserción del músculo buccinador hacia el espacio vestibular. (12)

#### ABSCESO DEL ESPACIO PERITONSILIAR.

El absceso del espacio peritonsiliar es la acumulación de pus entre la cápsula de las amígdalas y el músculo constrictor superior de la faringe, y entre el músculo faringoestafilino por detrás y el palatogloso por delante. La vía de entrada es la infección de las criptas amigdalinas. (12)

En el absceso del espacio peritonsiliar, el aumento de volumen está situado en el paladar blando, o muy por encima de las amígdalas, en tanto que en el absceso del espacio pterigomandibular el aumento de volumen está más por abajo y por atrás de la porción inferior de las amígdalas. Esta diferenciación es sumamente importante, ya que en muchas ocasiones el paciente presenta un aumento de volumen limitado al espacio pterigomandibular, con trismus intenso

pero sin signos de aumento de volumen de la cabeza o del cuello. Ya que el aumento de volumen se encuentra entre el músculo pterigoideo interno y la mandíbula, el pus que se forma es escaso, a menos que la infección sea fulminante. Debido a que el músculo pterigoideo interno hace las veces de área de reabsorción de gran cantidad de exudado, estas infecciones tienden a ser crónicas y pueden continuar durante algún tiempo bajo terapéutica antibiótica antes de que se establezca un diagnóstico definitivo. (12)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBPERIÓSTICO.

El espacio subperióstico está situado entre el periostio y el hueso. Se convierte en un espacio a causa del drenaje de pus proveniente de los ápices de los dientes, que despegan el periostio de la mandíbula o de los maxilares. Esto ocurre con más frecuencia en la región de la superficie lingual de la mandíbula, en donde el pus se infiltra por debajo del periostio laxamente insertado y lo desprende del hueso. El pus puede propagarse de un lado a otro de la mandíbula por debajo del periostio y después en el lado opuesto diseminarse en los espacios submaxilar, sublingual, vestibular o alguno de los otros. Esto presenta con frecuencia un cuadro confuso ya que la infección puede originarse en el molar inferior derecho y, sin embargo, el invadido es el espacio submaxilar izquierdo. (12)

#### ABSCESO DEL ESPACIO SUBPARÓTIDEO.

Este espacio está situado debajo de la parótida, entre ella y el masetero. Hacia abajo y adentro, queda la parótida y el músculo pterigoideo interno. Esta cavidad puede ser atacada por la extensión de pus del espacio submasetero.

rico distalmente a la parótida y debajo de ella, o al difundirse pus desde el espacio pterigomaxilar, debajo de la parótida. En ocasiones la secreción purulenta procede del espacio buccinador, pasando por debajo de la parótida. (12)

#### ABSCESO DEL ESPACIO CAROTIDEO.

El espacio carotideo es aquel en el cual el pus de un espacio submaxilar drena a medida que pasa a lo largo de la vena facial y se sitúa entre la valna de la carótida y el músculo esternocleidomastoideo. El pus no se propaga fácilmente hacia abajo, entre la valna de la carótida y el músculo esternocleidomastoideo, el pus no se propaga fácilmente hacia abajo, entre la valna de la carótida y el músculo esternocleidomastoideo, porque se encuentra detenido por la barrera que forma la vena facial. Sin embargo en infecciones de diseminación rápida, especialmente las que no forman pus tempranamente, toda la región profunda puede estar invadida. Cuando persiste un absceso del espacio submaxilar, generalmente se debe a que esta acumulación no se ha vaciado. (12)

#### ABSCESO DEL ESPACIO BUCAL.

El espacio bucal que es pequeño y mide alrededor de dos centímetros de diámetro, está situado delante del masetero y formado por dos valnas de la aponeurosis cervical profunda, que en esta región son sumamente gruesas. Este espacio se encuentra invadido en muchas ocasiones por diseminación de la infección de una pericoronitis de un tercer molar inferior. El pus puede alcanzar el espacio vestibular y en ocasiones el espacio buccinador. (12)



### ABSCESO DISEMINADO DE LA CARA.

En una infección diseminada de la cara el pus se observa en todos los espacios de un lado de la cara. Esta infección fulminante, formadora de pus, generalmente comienza en el espacio infratemporal y se disemina hacia los otros. Por orden de invasión estos espacios son:

- a) Temporal.
- b) Pterigomandibular.
- c) Buccinador.
- d) Subparotídeo.
- e) Submaxilar.
- f) Submasetérico. (12)

### ABSCESO MANDIBULAR.

La infección se extiende desde los premolares o caninos infectando hasta el tejido subcutáneo por extensión directa a través de los canales linfáticos.

Sintomatología: El absceso se forma entre el maxilar inferior y la piel, por debajo del músculo buccinador, en un tejido blando del lado de la mandíbula. En el estado agudo hay notable inflamación de la región submandibular y desaparece el contorno del borde inferior de la mandíbula. Más tarde puede formarse un absceso encapsulado circunscrito. (8)

### INFECCION DISEMINADA DEL CUELLO.

En una infección diseminada del cuello todos los espacios del mismo están invadidos. Esta alteración es producida

da por una infección de extensión rápida que no forma pus (Angina de Ludwig) y que suele originarse en un tercer molar inferior. Se difunde hacia los espacios submaxilares, sublinguales y después hacia los carotídeos. No abarca la faringe. Al principio de la diseminación de la infección no hay pus. La extensión se efectúa a través de los linfáticos y abarca todos los tejidos del cuello. Si no se detiene en este punto, prosigue hacia el mediastino, a través de los linfáticos. El pus se forma en estos espacios si el paciente sobrevive cuatro días o más. El paciente en general responde muy bien a la terapéutica con antibióticos, debido a que los vasos no están trombosados y en antibiótico puede ser llevado hacia la región invadida por las bacterias. El organismo causal es, por lo común, un estreptococo hemolítico. En ocasiones el paciente no responde a los antibióticos y en este caso son necesarias la incisión y drenaje. [12]

#### ABSCESO DEL ESPACIO VESTIBULAR.

El absceso del espacio vestibular está constituido -- por una colección de pus entre la inserción del músculo buccinador y la mandíbula o el maxilar y la mucosa bucal del vestibulo. La vía de entrada puede ser el espacio de la membrana periodontal de un bicúspide, de un molar o de sus ápices. El pus drena lateralmente entre la inserción del músculo buccinador y la mucosa bucal. [12]

#### ABSCESO DEL ESPACIO PALATINO.

El absceso del espacio palatino está situado entre el paladar duro y la mucosa. La vía de entrada puede ser el espacio de la membrana periodontal o de los ápices de cual

quiera de los dientes superiores, desde los cuales el pus-  
drena hacia la superficie palatina entre el hueso y la mu-  
osa. [12]

#### ANGINA DE LUDWIG.

La angina de Ludwig es el término que se emplea para -  
denominar una infección que afecta los espacios:

- a) Submaxilar.
- b) Sublingual.
- c) Submentoniano.

Fue descrita por primera vez por Ludwig en 1826.

Etiología: Este padecimiento es una infección (Estrep-  
tococo hemolítico) de diseminación rápida que no forma pus  
y produce edema del piso de la boca y elevación de la len-  
gua. Se disemina hacia el espacio submaxilar y también pro-  
duce edema en las fosillas glosopiglóticas y senos peri-  
formes, cerrando así las vías aéreas y pudiendo terminar --  
con muerte rápida a menos que se practique una traqueoto-  
mía. Cuando el edema no cierra la vía de aire y transcurre  
tiempo suficiente para permitir la formación de pus, o se-  
agrega una infección secundaria con bacterias que forman -  
pus, la alteración puede conducir a una infección disemina-  
da del cuello y finalmente a mediastinitis por disemina-  
ción a través de los linfáticos. [12, 8, 1]

El propio Ludwig sentó el siguiente criterio en 1836:

- 1.- La insignificante inflamación de garganta propia-  
mente dicha que, aún cuando se manifieste precoz--

mente en el curso de la enfermedad, desaparece con prontitud.

- 2.- La peculiar dureza semejante a la de una tabla, -- con signo de Godet negativo, lo cual no acontece en el edema corriente.
- 3.- La tumefacción dura por debajo de la lengua, que forma un anillo calloso, rojizo o azulado dentro del borde interno de la mandíbula.
- 4.- El bien definido borde de este edema duro, e inducción del cuello, que se halla rodeado de tejido-conectivo sano, no comprometido.
- 5.- El leve compromiso o, más a menudo, la falta de -- compromiso de los ganglios, a pesar de hallarse -- comprometido el tejido celular circundante. (12, 8, 1)

Dos son los tipos descritos:

- 1.- Un edema séptico inflamatorio, no supurativo, en el que resulta imposible lograr drenaje adecuado.
- 2.- Un tipo séptico supurativo en el que puede obtenerse drenaje satisfactorio y cuyo pronóstico es más-favorable. (12, 8, 1)

La infección suele ser mixta. Los cultivos han demostrado multiplicidad de organismos que incluyen estreptococos, hemolíticos, neumococos, escherichia coli y bacilos -  
Vicent. (12, 8, 1)

Ya para concluir este capítulo recordaremos que el diagnóstico de una enfermedad debe hacerse a través de un razonamiento inductivo y deductivo basado en un análisis cuidadoso y en una valoración de la información obtenida por la anamnesis del enfermo, la exploración física cuidadosa y cualquier examen especialmente pertinente ya sea de laboratorio, radiográfico, microscópico, u otros.

Debe recordarse que existen variaciones en estos espacios aponeuróticos y que también pueden estar invadidos por la diseminación de infección y pus de áreas definidas.

Cuando hay infección de tipo mixto, que no forma pus tempranamente, y otra infección agregada por estafilococo hemolítico, que formará pus ulteriormente, el cuadro clínico puede ser confuso y haber una invasión de regiones que normalmente no se consideran como espacios.

## CAPITULO III.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO MEDICAMENTOSO DE LOS ABSCESOS DE LOS ESPACIOS FACIALES.

*El tratamiento es un conjunto de medios de todo tipo, higiénicos, terapéuticos y quirúrgicos, que se ponen en -- práctica para la curación o alivio de las enfermedades. . -*  
(11)

*El tratamiento clínico de las infecciones constituye una ciencia a la vez que un arte. El cirujano utiliza todos los recursos científicos a su alcance; radiografías, hemogramas, pruebas de vitalidad, registros de temperatura cultivos, etc. No obstante, el arte de tratar las infecciones consiste en la habilidad del cirujano para evaluar la infección en relación con el paciente. Esto parecería advertencia carente de importancia, pero la mayoría de los casos de infecciones erróneamente tratadas ocurre porque el cirujano ha olvidado que se encuentra frente a tres factores variables: (4)*

- 1.- La causa de la infección (bacteriana, micótica o virósica.*
- 2.- La localización anatómica.*
- 3.- La capacidad del paciente para combatir la infección.*

*Es precisamente la correlación existente entre estos tres factores variables lo que torna difícil la evaluación y el tratamiento. No todos los casos de abscesos pueden -*

ser tratados de igual manera por el mero hecho de ser abscesos; es indispensable tener en cuenta todos los factores. En un caso puede estar indicado el empleo de antibióticos, pero en otros no. Lo mismo que en algunos es necesario drenar de inmediato y en otros no. El conocimiento de lo que debe hacerse y cuando hacerlo se apoya en principios básicos de cirugía y anatomía, reforzados por la experiencia. - (4)

#### 1.- CAUSAS DE LAS INFECCIONES.

Para hablar en términos generales, la mayoría de las infecciones de las que tratamos no se debe a un organismo en particular. En su mayor parte, son producidas por mezclas de los mismos organismos que constituyen la flora bucal. Pero, si el paciente ha estado sometido a tratamiento con antibióticos puede sobrevivir alguna cepa resistente (en particular, de estafilococos) y origina una infección agresiva, muy resistente, que resulta así una cepa casi totalmente pura. Los organismos de tipo hemolítico se diseminan por lo común con mayor rapidez que los que no lo son, y si son resistentes a los antibióticos, el resultado puede ser una infección de diseminación rápida, difícil de controlar. (4)

En cambio, las infecciones micóticas, son conocidas - Por la suma lentitud de su propagación. Es como si uno estuviese observando una infección bacteriana con cámara de acción lenta. En las primeras etapas resulta difícil diagnosticar, pudiendo requerirse biopsias y otras pruebas diagnósticas.

Por fortuna no son comunes.

No existe prácticamente nada en la literatura acerca de infecciones de virus de origen dental, con todo, si se toman como base otros factores conocidos, no hay razón alguna para presumir que no se produzcan. Con toda probabilidad no son reconocidas como tales porque tempranamente resultan complicadas por infecciones bacterianas secundarias y, al igual que la mayoría de las infecciones causadas por virus, se "consumen" en pocos días. Ello no obstante, uno puede especular si la temida Angina de Ludwing, que se manifiesta en forma de celulitis no supurativa, rápidamente invasora, del piso de la boca y el cuello, es en realidad una celulitis de origen vírico. (1)

## 2.- CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA RESISTIR A LA INFECCION.

La velocidad de diseminación del proceso infeccioso depende no solo del tipo de infección sino también de la capacidad de resistencia del paciente. Este factor radica en la fracción globulina del plasma, y quizá en la fracción gamma globulina específica destinadas a hacer frente a súbitas exigencias originadas por un antígeno específico. Existen individuos que no poseen tal capacidad, y en ellos no se circunscriben con tanta rapidez y tienden hacia una mayor propagación que en otros pacientes. Cuando la infección no queda circunscrita, se propaga al torrente sanguíneo y origina fiebre, escalofríos, leucocitosis y eritrosedimentación elevada, todo ello asociado a una infección aguda generalizada y septicemia. Hay pacientes con hipogammaglobulinemia (no tan rara como se cree), discrasia sanguínea, diabetes incontrolable, trastornos de la nutrición y endócrinos, así como toda otra enfermedad que de



origen a alteraciones del metabolismo. Estudios electroforéticos de las albúminas y globulinas sanguíneas revelarán un llamativo déficit de gamma-globulina en estos pacientes. (1)

En ellos esta contraindicada toda intervención capaz de quebrar algunas de las pocas barreras fisiológicas que por temor de originar septicemia general. Es prudente enfocacar el problema aumentando la resistencia a la infección mediante el empleo de antibióticos y otro tratamiento sistémico indicado para la deficiencia específica presente. - A continuación puede llevarse a cabo la intervención quirúrgica, pues para entonces el paciente se encontrará en condiciones de hacerse frente a la bacteriemia sistémica consecutiva al acto operatorio. (1)

La justificación del empleo de antibióticos en el tratamiento de estas infecciones puede deducirse de los comentarios precedentemente expuestos.

Es preciso recordar que las drogas no curan; solo ayudan al cuerpo a destruir la infección. Una vez que el cuerpo haya aislado de manera adecuada el absceso, los antibióticos resultarán inútiles como tratamiento y solo estarán indicados con anterioridad a la incisión y drenaje u otro acto quirúrgico para anticiparse a la bacteriemia resultante del manipuleo operatorio. (1)

La mejor regla por seguir consiste en emplear antibióticos.

1) Si el organismo no parece controlar la infección, - hecho este que se establece mediante las pruebas y observaciones.

ciones ya detalladas. (1)

2) Con fines profilácticos, cuando se espera bacteremia como consecuencia del acto quirúrgico.

Debe también tenerse en cuenta que algunos organismos son resistentes a determinados antibióticos. De ser posible debe siempre hacerse un cultivo y alguna prueba de sensibilidad, de modo que pueda ser tratada de modo conveniente cualquier infección refractaria. (1)

El último factor por considerar, en lo que respecta a resistencia del paciente, es la hidratación. Como las infecciones bucales determinan que cese la ingestión de alimentos (y líquidos), y la fiebre resultante produce excesiva pérdida de líquidos corporales a través de la respiración, ello trae como consecuencia un déficit de líquidos. Esto se intensifica aún más a raíz de la patología renal y circulatoria originada por la infección. (1)

### INFLAMACION.

Un tratamiento inteligente de las infecciones requiere como condición previa, un conocimiento dinámico de la inflamación.

Cualquier agente irritante-térmico, radiactivo, mecánico, bacteriano, etc. provoca una típica respuesta tisular que tiene por objeto eliminar el irritante a restituir el estado de normalidad. El mecanismo bioquímico básico consiste en la producción de un polipeptido (leucotaxina) que inicia una serie de procesos a partir de la vasodilatación de los capilares, diapédesis de elementos de glóbulos blancos-

y después exudación de algunas de las fracciones proteicas de la sangre (globulina, albúmina y fibrinógeno) hacia la zona lesionada. El efecto neto cumple un doble propósito:

- a) Aislamiento y fijación del antígeno extraño en el área afectada.
- b) Destrucción o retiro del agente antígenico.

Sin embargo, desde el punto de vista práctico, es decir, para consideraciones clínicas, basta mencionar que cuando se introducen bacterias en los tejidos se produce en ellos una descarga de líquido y células, ocasionando edema del área afectada. (1)

La secuencia de los hechos que tienen lugar a continuación se halla determinada por el irritante en este caso el organismo responsable, y la resistencia del huésped. Los estafilococos, por ejemplo, provocan severo efecto coagulante sobre el exudado capilar que sella los linfáticos y logra localizar el organismo en el área afectada. Los estreptococos, en cambio, provocan escasa o ninguna coagulación del exudado plasmático (por excepción lo hace el estreptococo hemolítico) y, en consecuencia, los linfáticos permanecen abiertos y tiene lugar una diseminación sistémica generalizada de las bacterias. Esto significa que los efectos sistémicos de una infección por estreptococos serán más severas que si se trata de una infección estafilocócica, cuya reacción local será mayor. (1)

Una vez circunscrita localmente una infección, la fagocitosis puede resultar adecuada para eliminar el organismo casual así como los tejidos destruidos por la elaboración de otra substancia que se halla siempre presente: -

La necrosis. En otros casos puede resultar necesaria una intervención quirúrgica para eliminar los tejidos necróticos (pus).

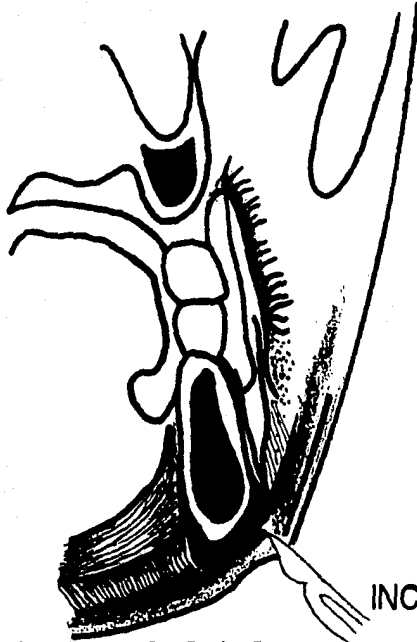
Haciendo una revisión en la literatura de la cirugía bucal se observa que muchas son las técnicas y conceptos publicadas acerca del tratamiento de los abscesos faciales, tanto quirúrgico, como medicamentoso. Sin embargo trataré de englobar los criterios más importantes y básicos a dicho tema de capital importancia. (1)

## TRATAMIENTO QUIRURGICO.

### ABSCESO DEL ESPACIO MASTICADOR.

Como las infecciones del espacio masticador tienden a localizarse, es mejor tratarlas conservadoramente durante siete a diez días. Si no ocurre drenaje espontáneo, el drenaje quirúrgico no debe ser retardado más de diez días. El drenaje espontáneo tiende a ocurrir si la tumefacción es exclusiva o predominante interna y si la disfagia es un síntoma importante. El drenaje intrabucal espontáneo, cuando ocurre, generalmente se produce entre el cuarto y octavo días. La localización del drenaje espontáneo es casi siempre desde el borde lingual de la mandíbula, cerca de la base de la lengua. La quimioterapia por sí sola no es de utilidad en presencia de supuración. (7)

Las vías de absceso quirúrgicas al espacio masticador son internas y externas. La vía interna no es satisfactoria con excepción de los casos en que la tumefacción es exclusivamente interna.



INCISION EXTERNA.  
PARA DRENAJE DE PUS EN EL ESPACIO MASTICATORIO

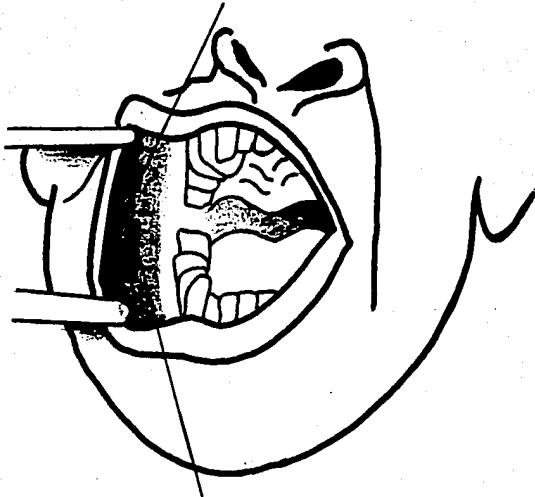
La vía interna consiste en una incisión en el repliegue mucobucal a nivel del tercer molar, que se extiende por detrás de la rama ascendente de la mandíbula. La incisión se hace hasta el hueso; se introduce una pinza hemostática curva y se dirige mesialmente a la rama ascendente hasta el espacio masticador detrás del ángulo de la mandíbula.

La vía de acceso externa al espacio masticador es indispensable si la tumefacción es externa o externa e interna. La incisión debe hacerse un poco debajo y paralela al ángulo de la mandíbula. Debido a la induración es difícil determinar la línea exacta de la incisión. La tumefacción puede aumentar la distancia entre el ángulo de la mandíbula y la piel más de lo normal. En todo caso, la incisión debe ser profunda hasta llegar a hueso. Como el pus es subperiostico, es necesario que la incisión se lleve a través del periostio hasta el hueso. A través de la incisión externa en el ángulo mandibular tanto la región lateral como la mesial de la rama ascendente de la mandíbula puede ser explotadas para encontrar el pus. (7)

Si el drenaje quirúrgico se pospone más de diez días, puede dar como resultado una osteomielitis de la mandíbula.

Al mismo tiempo hay peligro de extensión de la infección desde el espacio masticador a los espacios temporal, parotídeos y faríngeos laterales. (7)

CONDUCTO DE STENSEN



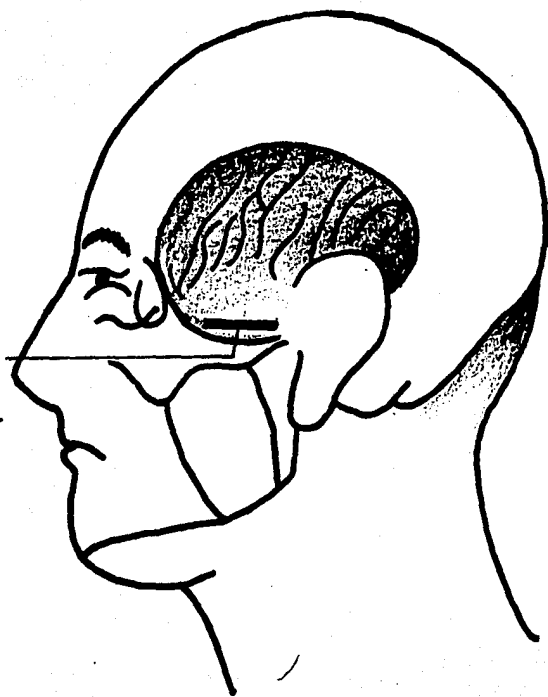
INCISION PARA TECNICA  
INTRABUCAL.

## ABSCESO DE LAS BOLSAS TEMPORALES.

*Clinicamente hay dolor y trismus. Puede o no haber --  
tumefacción en la región temporal.*

*El drenaje quirúrgico de las bolsas del temporal se -  
efectúa por una incisión por arriba del arco cigomático -  
que atraviesa piel, aponeurosis superficial y aponeurosis -  
temporal. Esta incisión llega hasta la bolsa superficial -  
del temporal. Para llegar a la bolsa profunda la incisión -  
se hace a través del músculo temporal. (7)*

INCISION PARA  
DRENAJE DE  
BOLSAS  
TEMPORALES.





### ESPACIO FARINGEO LATERAL.

La mayoría de las infecciones del espacio faríngeo lateral secundarias a una lesión dental tienden a localizarse con formación de abscesos. Es prudente esperar esta localización antes de recurrir al tratamiento quirúrgico. La pronta intervención quirúrgica está siempre indicada en presencia de septicemia o de hemorragia. (7)

La incisión para el drenaje puede ser externa o interna.

Para el acceso fácil a las arterias carótida se prefiere la incisión externa para los casos de hemorragia. La incisión se hace a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y se extiende desde el ángulo de la mandíbula al tercio medio de la glándula submaxilar. La aponeurosis posterior a la glándula submaxilar se corta y se introduce una pinza hemostática curva dirigida cuidadosamente hacia la línea media detrás de la mandíbula y hacia arriba y ligeramente hacia atrás hasta que se llega a la cavidad ocupada por el pus. Entonces se inserta el tubo para drenaje. (7)

Se debe evitar en todo lo posible la vía de acceso quirúrgico interna ya que la erosión de la arteria carótida interna puede dar como resultado una hemorragia masiva e incontrolable. Sin embargo no se sospecha esta contingencia, la vía interna consiste en pasar una pinza hemostática curva a través del rafe pterigomandibular a lo largo de la superficie de la mandíbula por dentro del pterigoideo interno y por fuera del constrictor superior de la faringe. El instrumento se dirige luego posteriormente a la bolsa de la pus.

El edema de la laringe es una complicación que se -- puede presentar repentinamente en las infecciones del es\_ pacio faríngeo lateral. Si no se trata rápidamente por me\_ dio de la traqueotomía inmediata deban hacerse siempre en presencia de estas infecciones. (7)

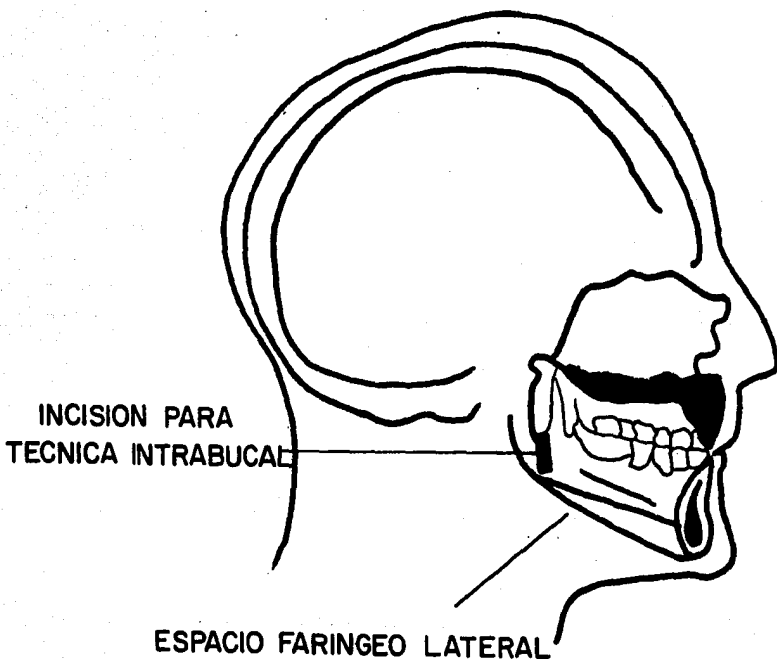


Diagrama sagital medio mostrando la localización apro\_ ximada de la incisión intrabucal para el drenaje del espa\_ cio Faríngeo Lateral. (7)

## ABSCESO DEL ESPACIO PARÓTIDEO.

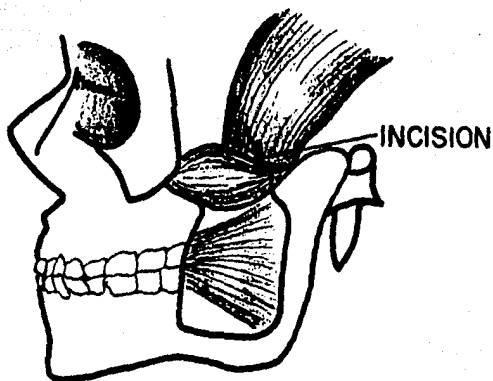
En presencia de infección en este espacio hay una tumefacción dura y lisa sobre la región de la parótida por delante y debajo del oído externo. El acceso quirúrgico al espacio parotídeo se hace por medio de una incisión por delante del oído externo que va desde el nivel del cigoma hasta el ángulo de la mandíbula. La piel y la aponeurosis-subcutánea se reflejan sobre la superficie externa de la glándula. Como la fascia de la parótida está firmemente insertada a la piel, esta separación debe hacerse cuidadosamente. Después de exponer la glándula se hacen incisiones transversas superficialmente en la glándula. La glándula y el absceso deben abrirse por disección roma en dirección paralela a las ramas del nervio facial. Sin embargo, como las ramas del nervio facial son más profundas que la parte superficial de la glándula parótida, no es posible traumatizarlas con este procedimiento. Por último, se insertan los tubos para drenaje. (7)

## FOSAS PTERIGOPALATINA E INFRATEMPORAL.

Para su tratamiento quirúrgico hay dos vías de acceso a estos espacios. El acceso externo consiste en una incisión que se hace arriba del cigoma. Las fibras subyacentes del músculo temporal se separan y se introduce una pinza hemostática curva, dirigiéndose hacia abajo y la línea media, debajo del arco cigomático, hasta la cavidad del absceso. El acceso interno consiste en una incisión en el repliegue bucolabial lateral al tercer molar superior. La incisión se hace hacia abajo pero no incluye el periostio del maxilar. Se introduce una pinza hemostática curva cuidadosamente detrás de la tuberosidad del maxilar y se diri

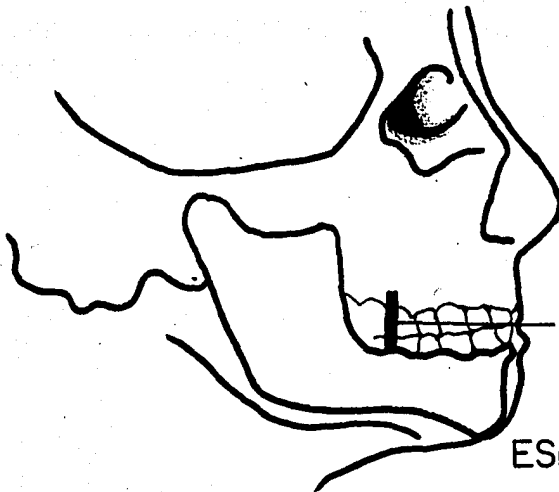
ge hacia la línea media y arriba hasta la cavidad del absceso. Luego se inserta el drenaje. (7)

Si hay supuración el drenaje quirúrgico no debe demorarse. (7)



### ABSCESO DEL ESPACIO BUCCINADOR.

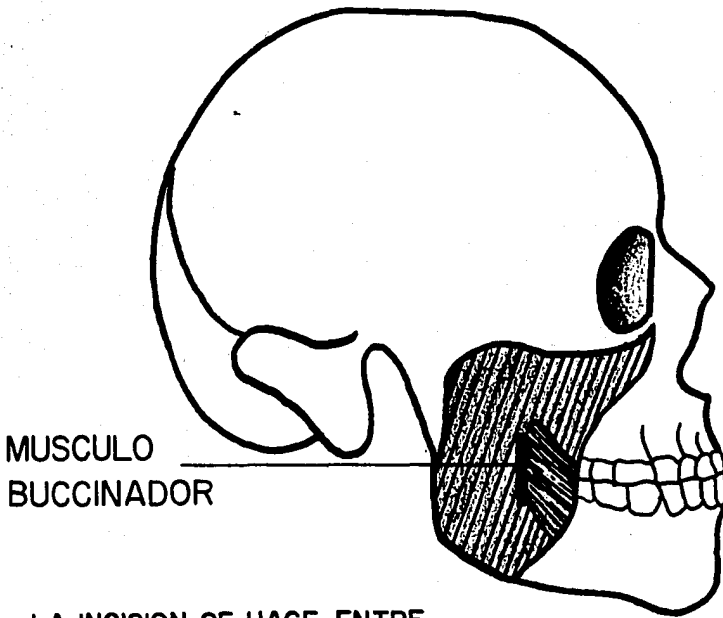
Los puntos débiles a través de los cuales el pus se disemina son el área a lo largo del conducto de Stenon y la situada por debajo de la superficie anterior del masetero. Cuando el pus se difunde a lo largo del conducto de Stenon, penetra en el espacio infratemporal y cuando lo hace por debajo del músculo masetero penetra al espacio submaseterico. Para poder establecer su drenaje es importante localizar la diseminación de la infección. También debemos valorar si la incisión se realizará intra o extrabucalmente. (12)



INCISION PARA  
TECNICA  
EXTRABUCAL  
DRENADO DEL  
ABSESO EN EL  
ESPACIO BUCINADOR

**ABSCESO DEL ESPACIO VESTIBULAR.**

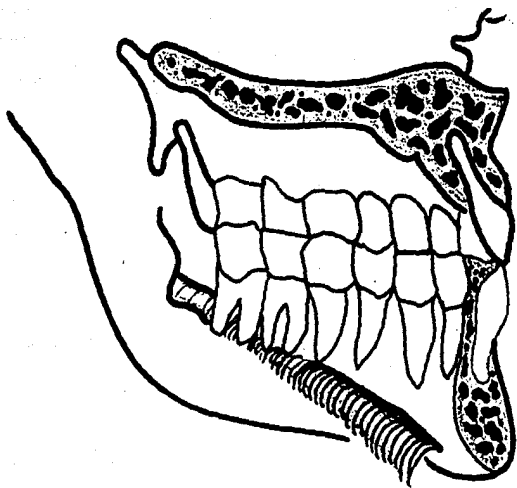
Para la realización del drenaje en dicho espacio la incisión se realiza entre la inserción del músculo buccinador y la mandíbula o el maxilar y la mucosa bucal del vestíbulo. Generalmente la pus drena entre la inserción del músculo buccinador y la mucosa bucal. (12)



**LA INCISION SE HACE ENTRE  
DICHO MUSCULO Y LA MANDIBULA.**

## ABSCESO DEL ESPACIO SUBLINGUAL.

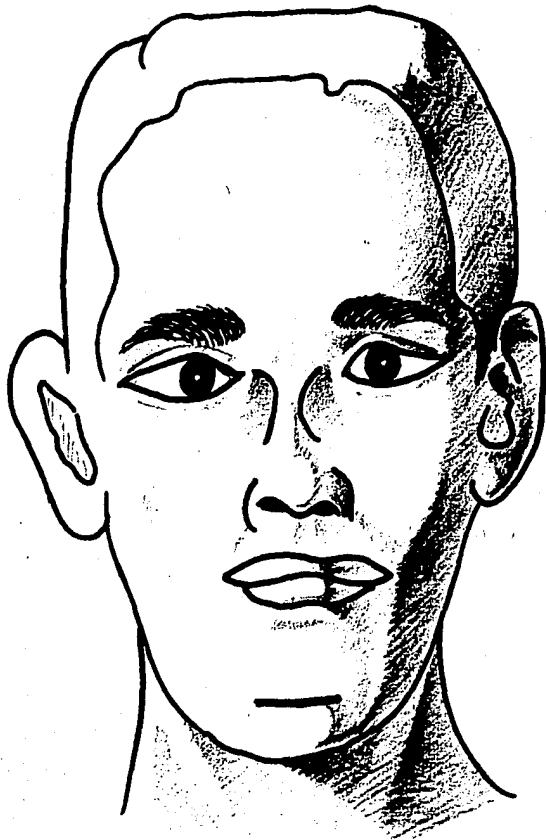
El pus en este espacio se disemina lingualmente por encima de la inserción del músculo milohioideo y hacia el espacio sublingual, diseminándose distalmente a lo largo del conducto de Wharton hacia el espacio submaxilar o directamente hacia atrás por debajo de la mucosa y en la región de la faringe bucal. Una vez localizada la diseminación de la infección se procede hacer la incisión para el drenaje a nivel de la inserción del músculo milohioideo y hacia el espacio lingual. (7)



INSERCIÓN DEL MUSCULO MILOHIOIDEO.

**ABSCESO DEL ESPACIO SUBMENTUM.**

El tratamiento quirúrgico de dicho espacio consiste en el drenaje. Realizando una incisión en la superficie anterior de la mandíbula o en la prominencia mentoniana, --- aproximadamente en la inserción del músculo cuadrado del labio inferior y los músculos mentonianos. (12)



**INCISION PARA DRENAJE DEL  
ESPACIO SUBMENTUM.**



**ABSCESO DEL ESPACIO SUBMETONIANO.**

El pus se localiza por debajo del músculo milohioideo y anteriormente entre los dos vientres del músculo digástrico. La pus también puede diseminarse hacia el espacio submaxilar o a través de la pared o piso de la aponeurosis cervical profunda y de la piel para salir hacia el exterior. Para poder drenar este tipo de infección se realiza una incisión entre el músculo milohioideo y la aponeurosis cervical profunda. (12)

**LOCALIZACION DEL ABSCESO SUBMENTONIANO**

### ABSCESO DEL ESPACIO PALATINO.

El pus es localizado entre el paladar duro y la mucosa o sea entre hueso y mucosa. Para su tratamiento quirúrgico primero debemos localizar la fuente de infección: Prosiguiendo a la anestesia de la fuente de infección para su eliminación, posteriormente a esto se anestesia para la incisión y para el trayecto del drenaje, y se drena, la incisión debe ser profunda si el drenaje quirúrgico se pospone más de diez días y puede presentarse la osteomielitis. Al mismo tiempo existe el peligro de la extensión. (12)

### ABSCESO DEL ESPACIO CANINO.

Como ya se trató anteriormente la vía de infección es generalmente causada por el canino, de donde proviene la pus situándose en la parte anterior de la mandíbula, por encima de la inserción del músculo canino y entre el músculo elevador común del labio superior y ala de la nariz. La infección se drena labialmente por encima de la inserción del músculo canino. (12)

## TRATAMIENTO.

El tipo de tejido en la infección, así como su localización anatómica, es importante para el tratamiento. Por ejemplo, una infección del espacio lateral de la faringe puede amenazar seriamente la vida y debe tratarse en forma experta y eficiente. Una infección del tejido blando requiere una técnica completamente diferente de una infección de hueso, como la osteomielitis. Después de entender completamente la anatomía de los tejidos blandos involucrados, el clínico puede tratar a su paciente con seguridad y vigilar de manera más competente la evolución del proceso infeccioso. (13)

Para el éxito del tratamiento de las infecciones bucales agudas puede utilizarse el siguiente esquema.

- 1.- Las bacterias se combaten con quimioterapia.
- 2.- Los tejidos se tratan por medio de:
  - a) Incisión y drenaje.
  - b) Eliminación del diente enfermo y del hueso necrótico.
- 3.- La terapia de apoyo incluye:
  - a) descanso
  - b) líquidos
  - c) analgésicos
  - d) alimentación
  - e) terapia física

Es deseable la identificación del tipo específico de bacteria causante de la infección y del antibiótico al cual es sensible. La información se obtiene solamente a través de -

un cultivo en el laboratorio; sin embargo, son necesarias por lo menos 48 horas para obtener los resultados del cultivo. Al obtener el material para un cultivo utilice una torunda esterilizada de manera que entre en contacto con una cantidad pequeña de pus o exudado y presentarse al bacteriólogo. Se debe hacer una solicitud para la identificación del organismo, y los antibióticos a los cuales es sensible.

Ya que el tiempo es un factor importante en el tratamiento de las infecciones, el odontólogo debe tener un conocimiento completo de las diversas cepas de bacterias sensibles y resistentes y los numerosos agentes quimioterápicos al valorar la infección clínicamente, si no puede esperar los resultados del cultivo, la gran mayoría de las infecciones bucales son causadas por estreptococos y estafilococos. La naturaleza del exudado y la habilidad aparente de la infección para diseminarse, pueden también ayudar al clínico a hacer el diagnóstico. La reacción sistémica del paciente frecuentemente da una indicación de la virulencia del organismo. (13)

El escoger los antibióticos apropiados ha llegado a ser un procedimiento difícil y complicado debido al uso indiscriminado de los antibióticos, lo cual promueve el desarrollo de sensibilidad a las drogas por parte de los pacientes y resistencia a las mismas por parte de los microorganismos. La terapia inadecuada con antibióticos en términos de cantidad, dosis o duración del tratamiento puede también favorecer el desarrollo de colonias bacterianas resistentes. La sensibilidad de un paciente a un antibiótico debe considerarse en forma cuidadosa cada vez que se usa una droga. Ahora algunos pacientes son sensibles a muchos-

antibióticos actualmente disponibles; tal sensibilidad ha dado por resultado enfermedades serias y aún la muerte. -- Cualquiera historia de prurito, erupción cutánea, tos o sin tomas gastrointestinales después del uso del antibiótico contraindican la administración posterior de la droga. Es mi opinión que uno no debe administrar los antibióticos para cualquier infección sino dar al paciente la oportunidad de utilizar sus propias resistencias y reservar los antibióticos para infecciones más serias. (13)

El tratamiento de los tejidos en particular por supuesto que no debe ser pasado por alto. No es raro ver un paciente que ha sido tratado por antibióticos sistémicos por varios días sin ningún tratamiento local, sin mostrar mejora. En este caso el antibiótico sólo ha servido para enmascarar la infección y permitir el microorganismo al haceerse más resistente. En tales casos la incisión y el drenaje son importantes auxiliares del tratamiento. Cuando se forma material purulento en el sitio de la infección, éste debe drenarse. Los fomentos calientes pueden incrementar el metabolismo local y acelerar la resolución cuando se ha proporcionado una salida de drenaje. Esta forma de terapia sólo puede hacerse con un conocimiento apropiado de la anatomía involucrada. Cuando se inside para efectuar el drenaje es importante saber el momento "correcto", el cual es mejor determinado si la infección es fluctuante.

La eliminación de dientes enfermos, cuerpos extraños y hueso necrótico es importante porque extrae la causa de la infección o los factores que contribuyen a retardar la cicatrización. Sin embargo, existe una diferencia de opinión con respecto al tiempo apropiado para hacer la extración de un diente involucrado en una infección aguda. Algu

nos creen que un diente no está nunca demasiado "caliente" para extirparse y que la causa de la infección, debe eliminarse de manera inmediata. Sin embargo, la extracción en tales circunstancias es un traumatismo a los tejidos involucrados y puede abrir nuevas rutas para la diseminación de la infección especialmente hacia la porción medular del hueso. Una secuencia apropiada en el tratamiento sería proporcionar un drenaje adecuado del tejido afectado y remover el diente cuando la infección ha sido controlada. (13)

La resistencia del paciente no puede menospreciarse y su importancia se incrementa con la severidad y duración de la infección. Esta depende de muchos factores por lo cual el médico puede proporcionar asesoramiento. Obviamente la edad, la salud general y la condición física del paciente son factores ya existentes. Sin embargo, el médico puede enfatizar algunas medidas tales como reposo adecuado, lo cual con frecuencia es descuidado como requisito importante en la terapia de apoyo de la infección. Infortunadamente, los problemas dentales son muy a menudo subestimados por el público. Con frecuencia el paciente estará indiferente cuando tenga una inflamación de la cara como resultado "sólo" de un diente ulcerado, mientras que llegará a estar muy alarmado por un dolor de cabeza o ronquera. Es importante que todo el cuerpo descanse para incrementar la respuesta fisiológica total a la infección, también es importante el reposo o inmovilización de la parte afectada.

El médico debe saber si su paciente está adecuadamente hidratado y tiene un ingesta normal de líquidos; la ingestión de líquidos debe aumentarse durante la infección, en especial, cuando la temperatura del cuerpo se eleva. Puede ser necesario administrar soluciones intravenosas si

está impedida la ingesta oral. (13)

Durante la infección la dieta no debe restringirse definitivamente, ésta tiene una influencia durante el curso y resolución final del proceso infeccioso. Dependiente de la localización de la infección y de la habilidad del paciente al masticar, puede indicarse una dieta blanda o líquida rica en valores nutricionales. En algunos casos, puede ser necesario forzar la dieta de alimento, la ingestión de alimentos y de líquidos, además de registrarse cuidadosamente para asegurar una nutrición adecuada. (13)

Pueden necesitarse analgésicos para el control del dolor y del malestar, como desear aumentar la cooperación del paciente. Seleccionando esto y otros medicamentos cuidadosamente, el paciente puede permanecer confortable y ambulatorio durante el período quirúrgico postoperatorio.

La terapia física es importante en las diversas fases del control de la infección. Las sustancias tóxicas producidas por los procesos infecciosos con frecuencia provocan espasmo muscular y trismo. El ejercicio y el masaje son útiles; sin embargo, las presiones mecánicas en los tejidos infectados antes de la incisión y drenaje pueden contribuir a la diseminación directa de la infección.

El uso adecuado del calor y el frío al parecer de manera rutinaria es mal interpretado. En general el frío, se usa para disminuir el trauma postquirúrgico inmediato y el calor se usa para tratar la infección. Utilizando de un modo correcto intra o extrabucalmente, el calor apresura de manera importante la localización de la infección aumentando el metabolismo y por lo tanto la respuesta inflamatoria

Por el contrario el frío retardarla el proceso inflamatorio. El calor húmedo, en forma de compresas húmedas o -- irrigaciones, parece ser mejor que el calor seco. El calor puede ser usado de manera efectiva después de la intervención quirúrgica. Dilata los capilares, con lo cual permite un intercambio constante de sustancias tóxicas y de aporte de nutrientes hacia los tejidos. (13)

La inducción de una anestesia satisfactoria durante el tratamiento de una infección bucal es frecuentemente complicada. Uno puede proceder con la incisión y el drenaje si puede obtenerse anestesia local sin inyectar dentro de los tejidos inflamados. Sin embargo, si esto no se puede hacer deberá considerarse una anestesia general. (13)

Para el tratamiento de los abscesos de los espacios -- aponeuróticos se aconseja el uso de un antibiótico.

El término antibiótico se refiere a sustancias producidas por microorganismos que, en alto grado de dilución, impiden el crecimiento o matan otros microorganismos. Este concepto restringido puede ser algo académico, dado al -- gran número de antibióticos que se sintetizan hoy en día.

Los antibióticos actuales pueden ser inútiles o pasados de moda mañana, aunque los que vamos a exponer han soportado bastante bien el paso del tiempo. (13)

Las recientes investigaciones de laboratorio sugieren que pueden existir bacterias anaerobias no detectadas anteriormente, que pueden causar algunas graves infecciones de origen dental. Hasta hace poco, la mayor parte de los cultivos se hacían sólo para bacterias aerobias. Las bacte-



rias anaerobias, resistentes a la penicilina, podrán forzar a los dentistas alterar su elección de antibióticos. - En la actualidad se está realizando continua investigación al respecto. (13)

Se ha hecho un esfuerzo por exponer los antibióticos - sobre una base genérica y no por sus nombres patentados.

### PENICILINA.

Aunque es el antibiótico más antiguo, la penicilina si gue siendo el más usado. La penicilina es un inhibidor selectivo de la sintesis de la pared celular bacteriana. La penicilina es eficaz contra los estreptococos y estafilocos gram positivos que son de interés especial para el cirujano bucal; también es eficaz contra varios cocos gram negativos especialmente el meningococo y gonococo, pero ca si todos los bacilos y gramnegativos son resistentes. (7)

PREPARADOS Y DOSIFICACION. La penicilina se puede adquirir en múltiples preparados para uso intramuscular, bucal o intravenoso y combinada con varios radicales quími- cos o con agentes para producir dosificaciones de acción - breve o prolongada. (7)

La penicilina procalnica G es la más frecuentemente usada como agente profiláctico y terapéutico. Un Cm2 contie ne 300 000 unidades; la dosis recomendada es de 600 000 U. por día para las infecciones moderadas, disminuyéndola al final del tratamiento. (7)

La penicilina cristalizada potásica G en suspensión acuosa fué uno de los preparados originales, pero por su --

absorción rápida, se usa en combinaciones con la penicilina procaínica G, excepto para la terapéutica intravenosa. La dosificación acostumbrada es de 1 cm<sup>3</sup> (300 000 U. de penicilina procaínica y 100 000 U. de penicilina potásica cristalizada) administrada cada 12 ó 24 horas, según la gravedad de la infección. (7)

La penicilina benzatínica G es el preparado más nuevo de acción prolongada; es el de elección cuando se necesita una concentración sanguínea prolongada. La dosis media es de 300 000 a 600 000 U. cada diez días. Puede combinarse con la penicilina acuosa, con lo que se logra un alto nivel durante 24 h. y un nivel sanguíneo bajo pero sostenido. Se utiliza frecuentemente en la cirugía bucal como agente profiláctico en casos de infección secundaria o de fiebre reumática. (7)

La penicilina G, por vía bucal, se conoce desde hace -- tiempo, pero hay duda acerca de su uso debido a que son variables el grado y velocidad de absorción. La dosis media es de 250 miligramos (250 000 U) cuatro veces al día. Se cree que es igualmente eficaz como inyección intramuscular de 300 000 U. (7)

La penicilina V (fenitilina) es más reciente y popular y se ha extendido su uso por vía bucal. Se puede tener confianza en lo que respecta a la rapidez de absorción y el nivel sanguíneo eficaz. Generalmente se administra tres o cuatro veces al día y se presenta en tabletas o cápsulas -- que contiene de 125 a 300 miligramos (200 000 a 500 000 U) -- para los niños hay suspensiones bucales de 125 mg por cucha radita. (7)

Como observábamos anteriormente, existe disponible --- cierto número de nuevas penicilinas semisintéticas. Las que se preparan para administración por vía bucal son ampicilina, cloxacilina, nafcilina y oxacilina. Aquí la dosificación exacta depende de la edad y el tamaño del paciente, -- así como la gravedad de la infección. La dosificación de es tos fármacos variará de 250 mg a 1g cada cuatro a seis horas. (7)

#### ERITROMICINA.

La eritromicina posee espectro bacteriano similar al de la penicilina, y por su record de seguridad inigualado, muchos clínicos la prefieren a la penicilina, especialmente para infecciones bucales. Es activa contra los cocos gram positivos y algunos de los bacilos gramnegativos. También es eficaz contra algunos virus, rickettsias y ciertos tipos de bacilo diftérico. Como la penicilina, puede ser bactericida o bacteriostática, según la concentración y los microorganismos. Algunos tipos de estafilococos dorados resisten tes a la penicilina pueden ser sensibles a la eritromicina.

El método usual de administración de eritromicina es la vía bucal, pero si la infección es muy grave se puede administrar por vía intramuscular o intravenosa. Se obtiene en tabletas de 100 a 250 miligramos. con cubierta entérica. La dosis para el adulto es de una o dos tabletas cada seis horas, según la gravedad de la infección. Hay suspensiones bu cales pediátricas con 100 miligramos por cucharadita (5ml)- y se administra cada cuatro o seis horas. (7)

#### TETRACICLINAS.

Las tetraciclinas son un grupo de antibióticos que qui-

micamente tienen diferencias, pero su acción farmacológica y terapéutica es la misma. Las más importantes son clorotetraciclina, oxitetraciclina y tetraciclina. Aunque se obtiene en el mercado bajo diferentes nombres. (7)

Las tetraciclinas pertenecen a los antibióticos de amplio espectro, debido a que son eficaces contra numerosas bacterias grampositivas y gramnegativas. Son bacteriostáticas y generalmente eficaces contra los microorganismos patógenos de la cavidad bucal. También son eficaces en el tratamiento de algunas infecciones por rickettsias. Estos fármacos son de importancia, debido a que muchos microorganismos grampositivos resistentes a la penicilina y algunos de los gérmenes gramnegativos resistentes a la estreptomycinina son sensibles a las tetraciclinas. (7)

Se administran generalmente por vía bucal, pero también se pueden obtener preparaciones tópicas e intravenosas. La dosificación usual para una infección aguda es de 0.25 a 0.5 gramos (250 a 500 miligramos), cada seis horas con una dosis total diaria de 1 a 2 gramos. En los niños esta dosis se reduce a 100 miligramos cada seis horas. Hay numerosas suspensiones bucales con 100 miligramos de antibiótico (5ml, una cucharadita). La suspensión es especialmente eficaz en los niños, que muchas veces no pueden tolerar las cápsulas. Cuando la infección es muy grave el fármaco puede prescribirse cada cuatro horas en vez de cada seis. Tiene interés señalar que el aumento de la dosis del antibiótico es de poca utilidad, ya que la dosis superior a la cantidad óptimas no produce un nivel sanguíneo más alto, debido a un factor limitante de la mucosa intestinal para absorber el antibiótico. (7)

Cuando se presenta una infección grave se puede administrar el fármaco por vía intravenosa. Para los pacientes que no pueden tomar el medicamento por vía bucal este método de administración es el de elección. (7)

#### ESTREPTOMICINA.

La estreptomicina y la dihidroestreptomicina son eficaces contra cierto número de microorganismos grampositivos y gramnegativos. Estos antibióticos interfieren en la síntesis proteínica bacteriana, y se afirma que este efecto puede ser responsable de su actividad bactericida. Estos medicamentos son ineficaces en casos de sífilis e infecciones causadas por *clostridium*, hongos y *rickettsia*. Debido a sus efectos secundarios tóxicos y la relativa facilidad con que los microorganismos se vuelven resistentes, no se recomiendan su uso general para infecciones en cavidad bucal, excepto como último recurso. (7)

La inyección intramuscular de estreptomicina (o dihidroestreptomicina), es el único medio eficaz de administrar el medicamento. La dosificación varía de 1 a 3 g diarios, en dosis parciales de 0.5 g.

#### CLORANFENICOL.

Es uno de los antibióticos de amplio espectro, eficaz contra la mayoría de los microorganismos patógenos existentes en la cavidad bucal. Además, ataca las *rickettsias* y algunos virus. Es el agente terapéutico específico de la fiebre tifoidea. Su espectro es similar al de las tetraciclinas y es bacteriostático. Su peso molecular es más bajo que los otros antibióticos de amplio espectro; capaz de --

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

producir una concentración alta de sangre, que es ventajosa en infecciones graves. La gran facilidad de difusión del fármaco da por resultado concentración eficaz en el líquido cefalorraquídeo. Este atributo hace que el fármaco sea especialmente valioso para tratar fracturas graves de maxilar superior complicadas por rinorrea de líquido cefalorraquídeo. (7)

La dosis diaria media para el adulto es de 1 a 2g, en dosis divididas, ya sea cuatro veces al día o cada seis horas, según la necesidad de mantener un nivel sanguíneo constante. El fármaco puede obtenerse para la administración bucal en forma de cápsulas con 50, 100 y 250 miligramos por cucharadita (5ml). (7)

Se prefiere la administración bucal para los procesos infecciosos, pero cuando esté indicado puede ser administrado por vía intravenosa o intramuscular. La dosis para adultos por vía intravenosa es de 0.5 a 1 gramo cada seis o doce horas, ya sea por solución salina normal o glucosada al 5% en solución salina normal.

El cloranfenicol también puede administrarse por vía intramuscular, en dosis de 1 g. y como se almacena en el organismo debe darse solamente cada 12 a 24 horas. Esto sostiene un nivel sanguíneo adecuado para combatir la mayoría de las infecciones. (7)

#### NOVOBIOCINA.

Es eficaz en el tratamiento de infecciones causadas por bacterias grampositivas y gramnegativas y contra algunos tipos de estafilococos dorados. También se emplea en -

infecciones causadas por estreptococos hemolítico, diplococos pneumoniae y proteus vulgar. (7)

En los adultos la dosis recomendada es de 500 miligramos cada 12 horas o 250 miligramos cada seis horas, continuando por lo menos durante 48 horas después que han desaparecido la fiebre y otros signos de infección. En infecciones graves conviene aumentar al doble la dosis media. - La vía de administración es en forma de cápsulas, y para los niños de jarabe que contiene 125 miligramos por cucharadita. (7)

#### LINCOMICINA.

La lincomicina posee espectro antibacteriano similar al de la eritromicina. En pruebas in vitro inhibe el crecimiento de muchos microorganismos grampositivos, especialmente estafilococos, incluyendo estafilococos productores de penicilinas, neumococos y ciertos estreptococos. Parece tener poco efecto sobre enterococos, meningococos y gonococos y es inactiva contra bacilos gramnegativos.

La lincomicina es bien absorbida ya sea por vía bucal o intramuscular. La dosis bucal para adultos es de 500 mg. administrados tres o cuatro veces al día. La dosis intramuscular es de 600 mg cada 12 horas o con mayor frecuencia en infecciones graves. La dosis bucal para niños se basa en el peso (de 15 a 30 mg por kg de peso). (7)

#### KANAMICINA.

El sulfato de kanamicina es la sal de un antibiótico derivado de cepas de Streptomyces Kanamycetius. La actividad antibacteriana es similar a la de la neomicina. Es ac-

tiva contra muchas bacterias aerobias grampositivas y gram negativas. Este medicamento se aconseja para tratar infecciones graves causadas por microorganismos susceptibles. - Cuando osteomielitis, bacteremias y tejido blando, han mostrado resistencia a los antibióticos convencionales, podrá usarse kanamicina siempre que se haya demostrada que las bacterias causantes son sensibles a ella en pruebas de vitro.

La kanamicina puede administrarse por vía intramuscular, intravenosa, o bucal. La administración bucal del medicamento deberá reservarse para pacientes afectados por problemas gastrointestinales, ya que no es eficaz en problemas generalizados. La vía intramuscular suele ser la mejor, y la dosificación se calcula para que no sobrepase 0.7 mg por medio kg de peso corporal en dos o tres dosis parciales. (7)

#### TERAPEUTICA COADYUVANTE.

Al usar los antibióticos el médico confronta muchas veces la necesidad de utilizar otros fármacos como terapéutica coadyuvante, o para combatir sus complicaciones. Enumeraremos algunos agentes que pueden ser coadyuvantes. (7)

#### VITAMINAS.

Las vitaminas son útiles en el tratamiento de los problemas dentales, especialmente en el tratamiento de las infecciones gingivales, queilitis, cicatrización defectuosa, etc. Durante el uso de los antibióticos son útiles como suplementos alimenticios, especialmente cuando los antibióticos se administran por vía bucal. Varios antibióticos de -



amplio espectro causan una disminución de la flora intestinal, que puede producir avitaminosis. Numerosas vitaminas dependen de la flora intestinal para su producción, y durante el uso prolongado de los antibióticos se deben administrar las vitaminas. Generalmente es suficiente una preparación de vitaminas que incluye el complejo B, ácido ascórbico y minerales. Las investigaciones recientes han demostrado que las tetraciclinas son más eficaces cuando se administran una dosis mínima de ácido ascórbico. La dosificación recomendada fue de 500 miligramos de ácido ascórbico para cada 250 miligramos de tetraciclina. (7)

#### ANTI-HISTAMINICOS.

Las reacciones alérgicas a los antibióticos hacen indispensable los medios eficaces de combatirlas. Los antihistamínicos son muy útiles para tratar la urticaria, comezón, rinitis alérgica, enfermedad del suero, edema angio-neurótico, etc. Sin duda alguna la penicilina es la que produce la mayoría de las reacciones locales, y cuando aparece síntomas ligeros, la terapéutica antihistamínica está indicada para que la reacción sea mínima. La pronta administración de los antihistamínicos hace que el paciente es té más confortable y se puedan evitar las complicaciones graves.

La mayoría de los antihistamínicos pueden obtenerse en forma de elixir, tabletas, gotas nasales y en combinación con otros medicamentos. Cuando se necesita un nivel alto y rápido se pueden obtener preparaciones para la inyección intravenosa e intramuscular. La mayoría de estos fármacos pueden producir en algunos pacientes somnolencia o vértigo. La náusea es menos frecuente. (7)

### PENICILINASA.

Esta enzima sirve para combatir las reacciones alérgicas de la penicilina. Cataliza la hidrólisis de la penicilina dando origen al ácido peniciloico, que no es alérgico. Mientras los antihistamínicos y esteroides combaten -- los efectos de la respuesta alérgica a la penicilina, esta enzima específica contraataca la causa de la reacción neutralizando la penicilina. (7)

El fármaco se administra por vía intramuscular tan -- pronto como aparecen los signos y síntomas de la reacción. Puede repetirse diariamente si está indicado y debe inyectarse por vía intravenosa en presencia de reacción anafilactoide. (7)

## CASO No. 1.

NOMBRE: *Claudia Martínez.*

EDAD: *7 años.*

SEXO: *Femenino.*

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: *Sin importancia para el padecimiento actual.*

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: *Aseo o higiene bucal deficiente.*

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: *Sin importancia para el padecimiento actual.*

PADECIMIENTO ACTUAL: *Lo inicia con aumento de volúmen sobre parte baja del cachete izquierdo con 48 horas de evolución, dolor previo en molar de hemiarcada inferior izquierda, pulsátil intenso, presentándose el mencionado aumento de volúmen con imposibilidad para abrir la boca, actualmente refiere fiebre e intensidad aumentada del dolor.*

EXPLORACION FISICA: *Asimetría facial a expensas de aumento de volúmen en región submandibular y geniana izquierda, con rubor y calor así como zona fluctuante dolorosa sobre parte baja submandibular.*

*Existe trismus por lo que la apertura bucal se encuentra limitada y difícilta exploración.*



RADIOGRAFICAMENTE: Radioproyección panorámica muestra 1er. molar permanente con lesión cariosa penetrante a cavidad pulpar, con ensanchamiento del ligamento pulpar.



DIAGNOSTICO: Absceso del espacio submandibular iz\_ --  
 quierdo por lesión cariosa del primer molar inferior iz\_ -  
 quierdo. .



TRATAMIENTO: Incisión y drenaje por canalización con penro  
 se. Antibioticoterapia y analgésicos. El penro se fue reti\_ -  
 rado a las 72 horas habiendo disminuido el exudado purulen  
 to y la extracción fue practicada a los 6 días de la inci\_ -  
 sión y drenaje.



## CASO No. 2

NOMBRE: Carlos Morones.

EDAD: 40 años.

SEXO: Masculino.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Sin importancia para el --  
padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Tabaquismo y alco-  
holismo positivos.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: Sin importancia para  
el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia con dolor en molar inferior  
izquierdo, a las 24 horas apareció hinchazón en hemiarra -  
izquierda y dificultad para abrir normalmente la boca, el-  
dolor se ha hecho más intenso.



**EXPLORACION FISICA:** Paciente masculino con hipertemia 39° C, asimetría facial a expensas de aumento de volúmen - de las regiones temporal baja, maseterina y geniana, inducción y dolor a la palpación; la apertura bucal se encuentra limitada, halitosis, tercer molar inferior con lesión - cariosa penetrante, enclía de la región tumefacta.

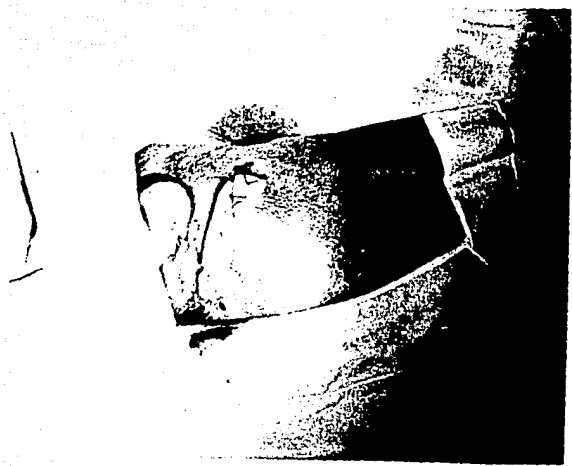


**RADIOGRAFICAMENTE:** Tercer molar inferior con lesión - cariosa penetrante sin lesión ósea aparente.

**LABORATORIO:** Leucocitosis.

**DIAGNOSTICO:** Absceso del espacio masticador e infra - temporal.

**TRATAMIENTO:** Incisiones-drenaje y canalización con - penrose, antibióticos y analgésicos.



*EVOLUCION: El penrose fue retirado a las 72 horas ya que cedió el exudado purulento y la extracción fue practi cada a los 6 días una vez mejoró la apertura bucal.*





## CASO No. 3.

NOMBRE: Arnulfo Chávez.

EDAD: 40 años.

SEXO: Masculino.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Alcoholismo - positivo.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: Sin importancia para el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia posterior a la extracción del tercer molar inferior derecho con la aparición súbita de aumento de volumen en la región de la papada con dolor constante, imposibilidad para abrir normalmente la boca, dificultad para tragar, refiere fiebre y malestar general.



EXPLORACION FISICA: Paciente masculino con hipertemia 39.5°C, que presenta aumento de volúmen involucrando las regiones submaxilar bilateralmente, submentoniano y sublingual con la lengua que dificulta tragar y también ya la respiración normalmente. Las regiones submandibulares y submentoniana dolorosas a la palpación, sedosas y acartonadas induradas.



RADIOGRAFICAMENTE: Se aprecia alveolo del tercer molar vacio sin lesión ósea alguna.

EXAMENES DE LABORATORIO: Leucocitosis.

DIAGNOSTICO: Angina de Ludwig.



*TRATAMIENTO: Se internó al paciente para mejorar su estado general. Antibioticoterapia vía indovenosa. Incisión-drenaje-canalización submandibular con penrose.*



*EVOLUCION: El penrose fue retirado a las 72 horas y el paciente fue dado de alta hospitalaria en 6 días en buenas condiciones generales.*

## CASO No. 4.

NOMBRE: Abel Reyes Huerta.

EDAD: 60 años.

SEXO: Masculino.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Higiene general cada 4 días, higiene oral ocasional.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: Artritis reumatoide deformante, diabetico.

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia posterior a la extracción de restos radiculares en hemiarca inferior izquierda sin tener en cuenta la diabetes y la artritis reumatoide en tratamiento, así como mal manejo pre y posoperatorio.



**EXPLORACION FISICA:** Paciente masculino en mal estado general, deshidratación, hipertemia, presentando dificultad para tragar y respirar. Aumento de volúmen, induración y dolor de las regiones submandibulares, submentoniana, - sublingual con lengua elevada: así como de las regiones geniana, maseterina y temporal baja.

**RADIOGRAFICAMENTE:** Alveolos vacíos sin aparente lesión ósea.

**LABORATORIO:** Descompensación hidrolítica, leucocitosis y glicemia importante.



**DIAGNOSTICO:** Abscesos de los espacios submandibular, - bilateralmente, submentoniano y sublingual con elevación - de la lengua; y espacios masticador y de las bolsas tempo - rales izquierdas, septicemias e invasión a mediastino.

TRATAMIENTO: Traqueostomía; incisiones-drenaje y canalizaciones múltiples; antibioticoterapia endovenosa.

EVOLUCION: El paciente falleció a los 8 días de internado por consecuencias de septicemia e invasión del mediastino.

### CONCLUSIONES:

Los abscesos faciales son generalmente formados por - dos vías de infección; la cavidad por caries en una pieza - dentaria y la probable infección de origen periodontal.

Los factores que intervienen para determinar que la - infección sea grave son dos:

- 1) La resistencia del paciente.
- 2) La virulencia del germen.

Etiológicamente este tipo de infección está general - mente dada por el estafilococo y estreptococo, cuando el - absceso es producido por el estafilococo la infección es - bloqueada con más brevedad a través de la vía linfática y - no presenta grandes riesgos. Por lo contrario el estrepto - coco no se puede bloquear antes de las cuarenta y ocho ho - ras y su transcurso es más grave, sobre todo el estreptoco - co beta hemolítico, afortunadamente no es muy frecuente.

Su tratamiento se divide en medicamentoso y quirúrgi - co.

El tratamiento quirúrgico se realiza mediante el dre - nado intra o extra oral, sobre todo si existe exudado purú - lento, si no lo hay y han transcurrido más de veinticuatro horas y la infección no ha cedido también hay que drenar.

Es fundamental identificar el germen con un cultivo o antibiograma, como también eliminar el foco de infección.

Los antibióticos que generalmente se utilizan son las penicilinas y en caso de algún impedimento para su uso se recurrirá al antibiótico de menor agresión como lo es la eritromicina.

El tema de este trabajo es muy bonito y muy profundo, tiene gran importancia a desarrollar y conviene conocer para poder orientar adecuadamente, en beneficio de nuestro paciente, el tratamiento para cada caso en particular, teniendo en cuenta que el Cirujano que empieza su práctica debe dominar un método, las variaciones pueden utilizarse al tener más experiencia.

Gran parte de nuestro progreso en el campo de la cirugía se debe al descubrimiento de la anestesia, particularmente los métodos endotraqueales, la asepsia, los rayos X, las mejoras en las técnicas de laboratorio y la multiplicidad de antibióticos a nuestra disposición, aunque los principios fundamentales continúan siendo los mismos.

Mi objetivo al desarrollar este tema, es el dejar una iniciativa en cada persona que se interese en dicho tema, para darle a conocer la importancia que requiere este tipo de infección, ya sea para remitirlo o tratarlo como emergencia, sin llegar a tener una mala experiencia por falta de interés y ética, al olvidar su preparación personal.



## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ARCHER W. HARRY.  
CIRUGIA BUCAL.  
EDITORIAL MUNDI, S.A.  
IMPRESO EN ARGENTINA, 1978.  
Pp. 350-380.
- 2.- BERTRAM COHEN.  
FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGIA.  
EDITORIAL SALVAT, S.A.  
IMPRESO EN ESPAÑA, 1981.  
Pp. 163-165.
- 3.- EVERSOLE ET.  
PATOLOGIA BUCAL.  
EDITORIAL PANAMERICANA.  
IMPRESO EN ARGENTINA, 1983.  
Pp. 116.
- 4.- GOLDMAN/ GILMORE.  
ACTUALIZACIONES EN ODONTOLOGIA.  
EDITORIAL MUNDI, S.A.  
IMPRESO EN ARGENTINA, 1981.  
Pp. 390.
- 5.- HAYES V. LOUIS.  
DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES  
DE LA BOCA.  
EDITORIAL HISPANO-AMERICANO.  
IMPRESO EN MEXICO, 1954.  
Pp. 18-20

- 6.- HOLLINSHEAD W. HENRY.  
ANATOMIA PARA CIRUJANOS DENTISTAS.  
EDITORIAL HARLA, S.A.  
IMPRESO EN MEXICO, 1983.  
Pp. 1-5.
  
- 7.- KRUGER O. GUSTAV.  
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
IMPRESO EN MEXICO, 1982.  
Pp. 166-173.
  
- 8.- KURT H. THOMA.  
PATOLOGIA BUCAL.  
EDITORIAL HISPANO-AMERICANA. TOMO I.  
IMPRESO EN MEXICO, 1959.  
Pp. 420-548.
  
- 9.- MORRIS L. ALIN/ DR. BOHANNAN M. HARRY.  
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA  
GENERAL.  
EDITORIAL LABOR, S.A.  
IMPRESO EN ESPAÑA, 1976.  
Pp. 548.
  
- 10.- SHACKELFORD T. RICHARD.  
DIAGNOSTICO QUIRURGICO.  
EDITORIAL SALVAT, TOMO I.  
IMPRESO EN MEXICO, 1971.  
Pp. 1-5.

11.- SICHER HARRY/ DR. DUBRUL E. LLOYD.

ANATOMIA DENTAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

IMPRESO EN MEXICO, 1978.

Pp. 395-400.

12.- TIECHE W. RICHARDY DR. STUTEVILLE CALANDRA.

FISIOPATOLOGIA BUCAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.

IMPRESO EN MEXICO, 1960.

Pp. 435-455.

13.- WAITE E. DANIEL.

CIRUGIA BUCAL PRACTICA.

EDITORIAL CONTINENTAL, S.A.

IMPRESO EN MEXICO, 1982.

Pp. 85-87.