

427
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

OSTEOMIELITIS MANDIBULAR
AGUDA Y CRONICA

T E S I N A
QUE PRESENTA:
ARMANDO SIMON TORIZ VELAZQUEZ
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

ASESOR DE TESINA: C. D. M. F. GABRIEL LORANCA FRAGOSO



MEXICO, D. F.

Verbo
[Firma]

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES.

**Doy gracias a las dos personas más importantes de mi vida.
Por que sin ustedes no hubiera podido culminar esta carrera
profesional, sobre todo por la confianza, amor y apoyo que
jamás me faltó.**

A MIS HERMANAS.

**A las dos les doy mi más sincero agradecimiento ya que
nunca me dejaron de brindarme su apoyo.**

A MI VIOLE.

**Con quien la mayoría de la carrera compartí mis alegrías
y tristezas, gracias por ser incondicional.**

Deseo que toda la vida tengas el mejor pago, la felicidad

A MI ASESOR

**Por que aún sin conocernos me brindo su enorme apoyo
sin el no hubiera podido realizar esta tesina.**

INDICE.

CAPITULO.I. FACTORES ETIOLOGICOS QUE DESENCADENAN LA OSTEOMIELITIS .

INTRODUCCIÓN.

JUTIFICACIÓN.

OBJETIVOS.

1-ETIOLOGIA.....	1
2.- MODOS DE INFECCIÓN.....	2
a)Complicaciones de caries con necrosis pulpar.....	3
b)Lesiones gingivales.....	3
c)Lesiones traumáticas.....	4
d)Osteomielitis posoperatoria.....	5
e)Retención del tercer molar inferior.....	6

f)Osteomielitis causada por radiación.....	6
--	---

CAPITULO II.CLASIFICACIÓN DE LA OSTEOMIELITIS.

1-TIPOS ANATOMICOS.....	8
-------------------------	---

2.-CLASIFICACIÓN.....	9
-----------------------	---

2-VIA DE DISEMINACIÓN.....	10
----------------------------	----

CAPITULO III.OSTEOMIELITIS AGUDA.

a)Histopatología.....	11
-----------------------	----

b)Consideraciones clínicas.....	12
---------------------------------	----

c)Diagnostico.....	13
--------------------	----

d)Periodo de estado.....	14
--------------------------	----

e)Aspectos radiograficos.....	15
-------------------------------	----

f) Tratamiento.....	16
1) Antibioticoterapia.....	16
2) Quirúrgico.....	17

CAPITULO IV. OSTEOMIELITIS CRÓNICA.

a) Etiología.....	20
b) Microbiología.....	21
c) Tipos de osteomielitis crónica.....	22
1) Osteomielitis supurativa crónica.....	23
2) Osteomielitis esclerosante.....	22
3) Osteomielitis no supurativa u osteomielitis de Garré.....	23
d) Aspecto radiográfico.....	25
e) Diagnóstico.....	26

f) Tratamiento.....27

g) Oxígeno hiperbárico.....28

PRONOSTICO.....29

CONCLUSIONES.....30

BIBLIOGRAFIA.....31,32

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es un padecimiento que no encontramos con gran frecuencia en nuestra vida profesional activa. Por lo tanto su importancia se acrecenta ya que es responsabilidad del cirujano dentista resolver cada uno de los casos o por lo menos tener fiel conocimiento de ellos para así poderlos canalizar.

La osteomielitis en lo general se presenta como una infección extensa del hueso. En coacciones puede ser difícil diferenciar entre una persona que padece alvéolo seco grave y el paciente que sufre ostiomielitis aguda.

Es objeto de preocupación debido a la dificultad de su tratamiento que se asocia por lo general, con deformidades importantes, si bien es verdad que a disminuido la frecuencia de estas infecciones, debido a una mayor educación sanitaria y a el uso de antibiótico No es menos cierto que el desarrollo de organismos resistentes provoca el aumento de enfermos. la falta de experiencia hace que persistan formas clínicas aumentadas.

JUTIFICACIÓN.

Quando me inicie a buscar un tema para mi tesina el que más atención me llamo fue el tema de osteomielitis en mandíbula. En primera por que no tenia bastantes conocimientos acerca de este padecimiento y después por que no ha sido un tema muy común para tesina. Al inicio de la recopilación del material encontré que es un tema muy interesante y nutrido.

Dado que es de gran importancia para nosotros como C.D. y como individuos que estamos dentro de el área de la salud, el conocimiento de esta y otras enfermedades que no solo se manifiestan en los maxilares sino también con gran frecuencia en huesos largos en las extremidades en vías de desarrollo en adolescentes y niños. Es importante conocer esta enfermedad como otras varia dependiendo de cada individuo, zona, tiempo de evolución etc. por lo tanto el tratamiento será diferente en cada individuo.

En conclusión lo más importante es lo obtenido de este tema en cuanto a conocimientos y experiencia y más aun es la madurez que implica el realizar este documento

OBJETIVOS.

El objetivo primordial de esta tesina, es el conocimiento de la osteomielitis aguda y crónica presente en mandíbula dado su gran incidencia, ya que el maxilar por su elevada vascularidad y su amplio trabeculado amplio del hueso es menor.

En la porción mandibular es más propicia a estancamiento de líquidos bucales sépticos y también se agrega la mayor frecuencia de lesiones traumáticas, cuya complicación inmediata suele ser la infección del hueso.

Esta tesina también se aboca a algunos agentes etiologicos que desencadenan dicha infección, los cuales pueden ser a nivel local o bucal o a nivel sistémico. Se observara también el manejo quirúrgico y el manejo por quinioterapia, dependiendo de cada una de las complicaciones arriba mencionadas, para finalizar se darán conclusiones acerca de la enfermedad.

DEFINICIÓN.

Osteomielitis fisiológicamente hablando es un proceso infeccioso, inflamatorio de la médula ósea, su progreso determina un estado de necrosis ósea y formación de sequestratos(7).

Afortunadamente en la actualidad es menos frecuente debido a la introducción de los antibióticos cuya gran variedad nos permite combatir dicha enfermedad y reducir así su incidencia. Este padecimiento inicia por la inflamación de la región afectada, dificultad funcional, invalidez prolongada del hueso afectado. en los niños dificulta el desarrollo normal de el esqueleto y llega a haber proceso recidivante en edad adulta (1).

Generalmente todos los procesos inflamatorios que afectan al hueso y la médula pueden denominarse osteomielitis, sin embargo, el nombre se restringe a estados que se deben a microorganismos patógenos, que involucran el hueso y el periostio inicia con una infección aguda y en caso de no ser atendida oportunamente puede evolucionar a una forma crónica con el tiempo(8).

CAPITULO I.

FACTORES ETIOLOGICOS QUE DESENCADENAN LA OSTEOMIELITIS.

I-ETIOLOGIA.

Las causas de la osteomielitis son múltiples y variadas generalmente, se trata de un foco de infección próximo produciéndose entonces la contaminación ósea por vía hematogena(9).

Hoy en día se considera que la osteomielitis de la mandíbula es producida por múltiples agentes microbianos, entre algunos que se consideran son: estafilococos aureus y en ocasiones por el estafilococo albus.

Algunos responden a lesiones locales; otros generales o por otros agentes. Las causas locales que se relacionan con osteomielitis de origen dentario y peridentario en la mayor parte de las ocasiones seguidas en orden de frecuencia, por traumatismos y las infecciones de la mucosa oral

2.-MODOS DE INFECCIÓN.

Puertas de entrada a la infección local:

Órgano dental (infección odontógena) caries, alteraciones de erupción del tercer molar,

Órganos dentarios retenidos.

Absceso no abierto o insuficiente abierto de las partes blandas.

Heridas infectadas (infección traumática).

Traumatismo operatorio.

Inoculación de gérmenes patógenos en anestesia local incorrecta.

Maxilar o mandíbula alterados por acción tóxica e infectados secundariamente.

Osteomielitis causada por radiación.

a) **Complicaciones de caries con necrosis pulpar.**

Un diente portador de necrosis pulpar puede originar un proceso de osteomielitis, cuando se reúnen condiciones especiales; éstas son: exacerbación de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo la primera condición se realiza cuando se obtura **intempestivamente un diente portador de gangrena y necrosis pulpar con alimentos o con medios terapéuticos, en tales casos, los microrganismos dentro de la cámara pulpar y los conductos radiculares o en la zona periapical actúan en la cavidad cerrada la actividad microbiana en está exaltada en tales condiciones (3).**

La **disminución de defensas del organismo se debe a enfermedades que lo debilitan la conjunción es capas de originar esta afección, las complicaciones de estas caries son causantes, por si solas de la mayor parte de la osteomielitis.**

b) **Lesiones gingivales. .**

La **encia es puerta de entrada para originar osteomielitis de los maxilares, en caso de gingivitis aguda o de pericoronitis rompe las barreras protectoras de los tejidos más profundos y también proporciona**

un nido del tejido dañado en el que la infección puede llegar a establecerse.

Las inyecciones de sustancias anestésicas en la encía del lado lingual puede originar este tipo de osteomielitis, es más peligroso si el paciente padece enfermedad periodontal, los gérmenes a través del periostio o por vías fraguadas por aguja, puede proyectarse al hueso y originar lesiones(3).

c) Afecciones traumáticas.

El factor que vamos a mencionar a continuación se puede presentar en individuos sanos con un foco infeccioso focal y fugas, o en individuos con enfermedades infecciosas o con uno o más órganos afectados, o en sujetos inmuno deprimidos. Los traumatismos y la disminución de la presión de oxígeno son favorables y predisponentes. Los microorganismos llegan al hueso por vía hematogena o por extensión directa de un foco infeccioso cercano o por traumatismo con exposición del hueso(3).

La fractura puede complicar los procedimientos quirúrgicos bucales hechos en los maxilares atróficos a menos que se tenga mucho cuidado. Nunca debe usarse fuerzas excesivas para extraer los dientes y si un diente no cede a la presión moderada es preciso buscar y corregir el motivo.

Las fracturas de los maxilares, son lesiones expuestas en la mayor parte de los casos, pueden originar osteomielitis. Las heridas por armas de fuego (balas) acarrearán también esta infección. En ambas formas, el traumatismo da lugar a condiciones ideales para el desarrollo de procesos inflamatorios(4).

d) Osteomielitis posoperatorias

Este tipo de osteomielitis en las intervenciones sobre los maxilares (exodoncia u operaciones de otra índole) puede abrirse una puerta de entrada a los gérmenes y producirse por este motivo una osteomielitis. Las condiciones se presentan favorables cuando, además el factor que significa esta puerta de entrada, el traumatismo operatorio se agrega a producir el cuadro patológico que estamos considerando. Tal conjunción puede ocurrir sobre todo a nivel del tercer molar inferior, en la exodoncia de estos molares retenidos. No es común que suceda en los maxilares superiores dado que poseen un mecanismo de defensa de las agresiones quirúrgicas que en todos sentidos se infieren(3).

La falta de esterilización del instrumento, a pesar de operar en un cuerpo no estéril, como cavidad bucal debe de ser tenida en cuenta. La inyección de líquidos anestésicos no esterilizados o las inyecciones anestésicas realizadas en pleno foco séptico son capaces de llevar infección a nivel del hueso y desencadenar la osteomielitis, sobre todo a

nivel del maxilar inferior que es un hueso que se define mal, por el hecho de su irrigación(3).

e)Retención del tercer molar inferior.

La retención de el tercer molar como consecuencia dado su gran incidencia de dientes retenidos puede ser una fuente de producción de esta afección dado que se desarrolla como consecuencia de la infección del saco pericoronario o se origina como complicación periapical por caries en dientes retenidos alguna pequeña comunicación con el tejido gingival y la bolsa quística pone en contacto con el medio bucal.

La retención de un tercer molar parcialmente erupcionado muchas veces provoca una zona de atrapamiento que el paciente no puede conservar limpia; esta retención de desechos tiene como consecuencia tarde o temprano caries oclusal que se convierte a corto plazo un foco de infección en potencia.(4).

f)Osteomielitis causada por radiación.

La osteomielitis por radiación no es una forma común de iniciar el padecimiento este puede ser a consecuencia del uso profesional o terapéutico.

El radio que se emplea para el tratamiento de los tumores malignos en la cavidad bucal producen en los huesos de los maxilares procesos conocidos bajo el nombre de osteorradionecrosis. Esta afección que sigue el tiempo variable a la aplicación del radio. Se inicia como procesos gingival y luego el hueso resulta afectado en mayor o menor proporción los dientes de la región llegan a movilizarse y se eliminan espontáneamente, la afección se manifiesta por secuestros que se desprenden espontáneamente o quirúrgicamente. La eliminación de secuestros pueden hacerse durante un largo periodo a veces años(3).

Esta complicación tiene particular tendencia a producirse después de infección local o traumatismo su frecuencia puede disminuir acierto punto extrayendo dientes cariados antes o después de la terapia. Los efectos de la radiación en el hueso depende de su cualidad y cantidad de la radiación . Recientemente se penso que la osteorradionecrosis era iniciada por una infección local que trauma al hueso y aparentemente aparece crónico pero ahora se sabe que el padecimiento es causado por la radiación.

El maxilar raramente muestra una predisposición mayor hacia una osteorradionecrosis, la mandíbula muestra una especial tendencia a desarrollar una osteorradionecrosis a causa de la densidad inicial del hueso que la forma y relativamente pobre irrigación sanguínea(9).

CAPITULO II.

CLASIFICACIÓN.

En sentido clínico la osteomielitis es una inflamación condicionada por la infección, que afecta todos los elementos del hueso. La forma purulenta comienza destructivamente y termina en general, reparadoramente, la osteomielitis no purulenta, primitivamente crónica, tiene una evolución de preferencia productiva.

Ambas propiedades de la osteomielitis, infección y destrucción influye decisivamente sobre la patogenia, diagnóstico y tratamiento.

Existen varios tipos de clasificación para la osteomielitis a continuación se mencionan la clasificación de Waldrón propuesta en 1943 y que aún tiene vigencia en nuestros días.

1.-TIPOS ANATOMICOS.

Etapa I: Osteomielitis medular.- Involucra médula ósea sin afectar cortical; generalmente hematogena.

Etapa II: osteomielitis superficial; Lesión de 2cm. en hueso sin extensión.

Etapa III: Osteomielitis localizada.- Lesión de 2cm. en hueso, radiográficamente no aparece de ambas corticales.

Etapa IV: Osteomielitis difusa.- defecto óseo mayor de 2cm. fractura patológica, infección, separación.(8).

3.-CLASIFICACIÓN.

1- Osteomielitis aguda.

2- Osteomielitis crónica.

a) Osteomielitis supurativa crónica.

b) Osteomielitis no supurativa crónica.

e) Osteomielitis esclerosante u ostiomielitis de Garré.

3.-VIA DE DISEMINACIÓN.

La osteomielitis como otras enfermedades de tipo infeccioso su principal vía de diseminación. Se denomina así a la infección por vía sanguínea. Tal infección se origina a continuación de procesos infecciosos.

La infección hematogena puede causar focos múltiples de osteomielitis en la mayoría de los casos los microorganismos pasan a la sangre desde una herida mínima en la piel o desde algún foco como un furúnculo. Además la resistencia del paciente suele estar deprimida y esto favorecería la instalación de la infección en el hueso.

A continuación se mencionan las tres condiciones más importantes que se necesitan para producir osteomielitis hematogena(3).

a)La existencia del germen patógeno en el organismo.

b)Su penetración en el torrente circulatorio.

c)La localización del germen en el tejido óseo de los maxilares.

La puerta de entrada de los microorganismos pueden pasar inadvertida o desencadenarse la infección como consecuencia de un furúnculo.

CAPITULO III.

OSTEOMIELITIS AGUDA.

Es una infección importante del hueso compromete la medula y la corteza simultáneamente de modo que termino osteomielitis implica compromiso intenso.

La mayoría de los autores relacionan osteomielitis con huesos largos, por lo que la osteomielitis aguda de los maxilares sigue los mismos principios patológicos básico (10).

Desde el punto de vista clínico, son más frecuentes y por lo tanto nos vamos a referir de ellas en este capítulo.

A) Histopatología.

Una área central del hueso se necrosa al cesar su irrigación sanguínea y este hecho se caracteriza por la ausencia de osteocitos. Tal como ocurre con los abscesos de tejidos blandos, se desarrolla una zona de actividad fagocítica en la unión entre este foco muerto y el hueso viable que lo rodea, dentro de las 48 hrs. de la instalación de los síntomas resulta obvia

la evidencia histológica de una reabsorción ósea activa. Esta reabsorción se desarrolla sólo en poco tiempo después de la instalación de la respuesta inflamatoria aguda. El engrosamiento esclerótico de las trabéculas medulares puede suceder asociado a la inflamación aguda no tratada del hueso, el periostio suele retener su vitalidad como resultado de su mejor irrigación sanguínea(10).

b)Consideraciones clínicas.

La osteomielitis aguda de los huesos largos es predominante, una enfermedad de niños y adultos jóvenes debido al alto grado de vascularidad de los huesos en vías de desarrollo y al hecho de que la infección es hematogena .

Las manifestaciones locales, consisten principalmente, de los signos y síntomas de una infección fulminante aguda manifestada en la substancia del hueso. El estado como sugieren las causas de este con frecuencia es de un fuerte dolor de dientes seguido de extracción dental pero sin alivio, el sitio usual la mandíbula que tiene un suministro de sangre más escaso y es de hueso más denso que el del maxilar.

Dolor y tumefacción son las quejas del paciente cuando es observado por primera vez. El dolor es fuerte, punzante y profundo, al principio la tumefacción externa se debe a edema inflamatorio, pero mas tarde una

distensión del periostio con pus y una formación de el hueso subperioestal hacen que la tumefacción progresiva sea más persistente .

Los dientes en esas zonas son más sensibles a la percusión y en los casos graves pueden aflojarse o pueden exudar pus de un alvéolo abierto o del alrededor de los cuellos de los dientes, el edema de los musculos causa dificultad para abrir la boca y para tragar, los nódulos linfáticos son más sensibles . Durante la fase aguda puede haber fiebre, malestar y leucocitosis, pero con frecuencia el paciente tiene un aspecto sorprendentemente bueno. Un paciente enfermo de gravedad o muy pálido sugiere la presencia de enfermedad subyacente, la cual se debe investigar.

c) Diagnóstico.

Clínicamente el paciente aparece enfermo u intoxicado la fase aguda de la osteomielitis se caracteriza por celulitis, tumefacción produzca dolor, fiebre, malestar , una característica de la tumefacción es que muestra tisesa de firmeza acartonada y sensible. Es bastante caracterfstico el edema que como consecuencia produce dificultad para abrir la boca y con frecuencia también para tragar.

Cuando la infección se extiende el trastorno constitucional se vuelve grave con fiebre ascendente, malestar y toxemia, los ganglios linfáticos regionales están hinchados y sensibles(10).

d) Periodo de estado.

Los síntomas agudos mencionados aumentan de un modo considerable, la tumefacción dolorosa se hace más sensible, el enfermo se queja de violentos dolores diurnos y nocturnos; se inicia la fase supurativa, que termina cuando la última porción del hueso necrosado ha sido eliminado quirúrgicamente o espontáneamente.

La supuración se evacua por gran número de fistulas que se abren en la encía de la cara externa de la mandíbula, en la interna y en la piel aparecen diversos sitios, la ubicación de la fistulas cutáneas depende de las inserciones musculares sobre el maxilar inferior, el pus sigue su camino de menor resistencia(1).

Los síntomas agudos disminuyen lentamente, el dolor que dominaba el cuadro clínico decrece, la temperatura, el pulso y el estado general del paciente se estabilizan o se hacen relativamente normales .

Esto sucede en los casos favorables, que constituyen un alto porcentaje. En otros la infección vence las defensas, y se desarrolla el tipo hiperséptico generalmente mortal.

e) Aspecto radiográfico.

Los cambios radiológicos del hueso pueden ocurrir tardíamente si el tratamiento se empieza en forma muy temprana, es posible que estos cambios nunca lleguen a ser evidentes, los primeros hallazgos radiográficos no se refieren al hueso sino a los tejidos adyacentes . En el primer periodo de la afección el examen radiográfico no da ningún signo después de dos semanas de iniciada la osteomielitis solo se puede descubrir imágenes característica de la infección . El hueso aparece como salpicado de manchas de variable intensidad, las manchas nítidamente radiopacas, presentan los distintos islotes o trazos de hueso producto de la destrucción ósea, las imágenes radiolucidas (oscuras) en estos islotes son donde falta hueso, el cual esta reemplazado por tejido de granulación. Cuando el tratamiento es adecuado y el paciente es joven se observa el hueso de nueva formación y el periostio generalmente son visibles como imágenes nítidas superpuestas sobre el hueso .

f) Tratamiento.

Dependiendo del momento evolutivo y el cuadro clínico, la terapéutica a instaurar podrá ser medica o medicoquirúrgica. En todo caso el éxito del tratamiento vendrá dado por :

- 1) Diagnóstico precoz .**
- 2) Salida de el pus**
- 3) Cultivo bacteriológico y antibiograma.**
- 4) Terapéutica antibiótica adecuada y mantenida**
- 5) Desbridamiento quirúrgico.**
- 6) Reconstrucción(10).**

1) ANTIBIOTICOTERAPIA.

En general, los casos de osteomielitis aguda y algunos de los crónicos con exacerbaciones agudas deben tratarse con reposo completo en cama dieta rica en proteínas, calorías y multivitamínicos adecuados. La deshidratación debe combatirse con soluciones intravenosas.

A veces se hacen transfusiones de sangre cuando los recuentos eritrocitarios y la hemoglobina son bajos. El dolor se palia con analgésicos y se deben dar sedantes para que el paciente pueda dormir. Administrarse antibióticos lo antes posible dando cantidades grandes por vía intravenosa porque las cantidades inadecuadas pueden hacer que alguna bacteria se tornen resistente a la droga. La droga de elección inmediata es la penicilina, por lo general aunque las bacterias causantes de la enfermedad se deben cultivar para hacer antibiogramas .

En pacientes alérgicos a la penicilina, se recomienda la clindamicina como segunda opción, dado que es efectiva contra los estafilococos, los estreptococos y las bacterias anaerobias. La clindamicina no se recomienda como antibiótico de primera elección dado que es bacteriostático y en ocasiones causa diarrea y colitis pseudo membranosa(10).

Como tercera opción puede ser contempladas las cefalosporinas , la tetraciclina puede ser utilizada como última opción. Como se acaba de mencionar el manejo de los antibióticos serán llevados acabo dependiendo de cada paciente y susceptibilidad hacia el medicamento .

2)QUIRÚRGICO.

El tratamiento general que incluye antibioticoterapia, es el primer paso en el manejo de osteomielitis. Jamás se deben emprender ningún

procedimiento quirúrgico en el hueso sin administrar drogas antimicrobióticos deben darse por lo menos 1 a 2 días antes de la operación.

La inmovilización no debe de ser tan completa como en el caso de una fractura generalmente es suficiente un vendaje de Bartón. Deberán aplicarse compresas húmedas calientes para promover la localización de la infección. El frío está totalmente contra indicado. El primer procedimiento es el drenaje y deberá establecerse tan pronto como sea posible para aliviar la presión y el dolor causado por la acumulación de el pus.

En pacientes con toxemia severa o mal estado general es probable que se vaya a postergar la operación 2 o 3 días hasta que el tratamiento general surta efecto.

La intervención quirúrgica en la osteomielitis del cuerpo de la mandíbula y en la parte alveolar se puede obtener el drenaje extrayendo el diente o dientes causantes. Estos dientes suelen ser sensibles a la percusión y estar elevados y flojos. Si el estado general del paciente es bueno y hay poca toxemia se puede retirar los tabiques óseos para obtener un drenaje adecuado en cualquier parte del área dentaria de la mandíbula(2).

La osteomielitis aguda del ángulo de la rama de la mandíbula, el drenaje se obtiene haciendo una pequeña incisión sobre el punto de sensibilidad máxima, tomando la precaución de no lesionar el nervio facial.

Una vez localizado el lugar y la zona adecuada se inserta en el periostio un drenaje de goma o un pequeño catéter de goma en contacto con el hueso infectado. Este drenaje se puede suturar a la piel para que no se salga y posteriormente se le puede cubrir con un apósito(l).

CAPITULO IV.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA.

La osteomielitis crónica muchas veces es la consecuencia de la osteomielitis aguda de la mandíbula. O si el hueso infectado no responde en forma vigorosa, como en los casos de osteomielitis aguda tratado vigorosamente, el hueso desarrolla la osteomielitis crónica.

La osteomielitis puede volverse crónica, raras veces se puede desarrollar una osteomielitis crónica sin episodio agudo aparente. La infección está localizada pero es persistente. Este estado clínico puede surgir de la forma aguda si la antiotocoterapia se inició demasiado tarde, o se interrumpió demasiado pronto, o se uso un antibiótico inadecuado.(6).

a) Etiología

Osteomielitis crónica puede ser una secuela de la osteomielitis aguda o representar una reacción aguda de baja intensidad y larga duración que nunca manifestó una fase aguda de importante o notoria en la clínica en ambos casos los factores etiológicos son similares a los de la ostiomielitis

aguda, es decir , es infecciosa en la mayor parte de los casos, el cuadro clínico depende la virulencia de los microorganismos y de la resistencia del huésped.

Otros factores que afectan la evolución y el cuadro clínico incluyen localización anatómica, estado inmune y nutricional, edad del paciente, presencia de transtornos sistemicos o pacientes que han sido tratados con radioterapia(6).

Aunque con frecuencia, no se confirma el agente etiológico y en la mayoría de los investigadores piensan que el mayor de los casos se deben a bacterias como estafilococos, estreptococos, bacteroides y actinomices.

b) Microbiología

En este padecimiento por lo general es una enfermedad polimicrobial debido a que una gran variedad de microorganismos pueden actuar en forma patógena sobre la zona afectada, dentro de los microorganismos que se pueden encontrar son estafilococos, estreptococos aureus, algunos bacilos gram negativos , bacteroides .Como se menciona anteriormente es difícil precisar e agente etiologico.

e)Tipos de osteomielitis crónica.

1)Osteomielitis supurativa crónica.

Es una foma crónica del tipo supurativo agudo de infección, en que predomina la necrosis del tejido y la formación de pus, aún cuando en forma más localizada y en grado menor de severidad, los focos de abscesos crónicos pueden ser múltiples y por lo general permanecen circunscritos a causa de su eficaz tabicamiento la enfermedad puede permanecer latente durante muchos años, a menudo con exacerbaciones agudas intermitentes(5).

Esta puede ser primaria, como consecuencia de una infección por microorganismos de escasa patogenicidad o secundaria, también a consecuencia de la infección de una osteomielitis aguda que no ha sido erradicada del todo con el tratamiento.

2) Osteomielitis esclerosante crónica.

Es una infección en la cual la reacción entre organismo y huésped parece estar balanceada de modo que contrastado con la forma supurativa, la necrosis del tejido y la formación de pus no constituyen una

característica principal. La proliferación reactiva del hueso es un aspecto acentuado del cuadro de inflamación crónica básica.

En este tipo de osteomielitis el propio hueso resulta infectado y parece incapaz de superar y eliminar los microorganismos de bajo grado de patogenicidad dentro de sustancia de modo que resulta una área difusa y a menuda extensa del maxilar puede resultar involucrada, afecta predominantemente a personas entre la 5a. y 6a. década de la vida, suele encontrarse en mandíbula desdentada también(10).

Tanto radiográfica como histológicamente el área afectada muestra esclerosis, los síntomas pueden encontrarse ausentes en la mayoría de los casos. El tratamiento tiene un efecto limitado debido a que la lesión está demasiado extensa como para ser tratada quirúrgicamente y los antibióticos tienen limitaciones, El único tratamiento es en forma conservadora y sistemática(5).

3) Osteomielitis no supurativa crónica u osteomielitis de Garré.

Esta otra variante de osteomielitis crónica se encuentra además, una reacción inflamatoria periostica importante, que se origina con mayor frecuencia en un absceso de un molar mandíbula. Las características que permiten su difusión, es la reacción periostica, el espacio de la médula ósea contiene tejido fibroso que convierte la diferenciación de esta lesión con las lesiones osteofibrosas.

En este tipo de osteomielitis avanzada, se puede encontrar hueso necrótico (secuestros), como evidencia de médula y osteositos necróticos las células inflamatorias son más numerosas, esta actividad se acentúa más que en los casos leves.

Osteomielitis infantil.

La osteomielitis aguda infantil es una infección extremadamente rara que corresponde más al cuadro de osteomielitis aguda que se observa en huesos largos, que a la forma adulta de osteomielitis aguda de los maxilares. Los organismos infectantes son hematogénos y este hecho puede explicar la circunstancia de la infección en el maxilar más que en mandíbula, debido a que la irrigación sanguínea es más rica en maxilar. Frecuentemente existe el antecedente de una lesión previa en el área afectada.

En la actualidad la enfermedad raramente alcanza porciones severas a causa del rápido empleo de antibióticos, pero entre las posibles complicaciones de la enfermedad establecida, figura el compromiso de los centros de crecimiento, la propagación de la infección en algunos casos a la extensión del proceso infeccioso a los gérmenes dentarios adyacentes que, pueden en consecuencia sufrir necrosis y resultar exfoliados(10).

En los niños la osteomielitis aguda es muchas veces fulminante y puede asumir mucha gravedad. Puede tomar la mandíbula o el maxilar superior y se complica por dientes no erupcionados. Sin embargo el tratamiento conservador y los antibióticos puede evitar su pérdida si los gérmenes dentarios han perdido su vitalidad, actúan como cuerpos extraños prolongan la enfermedad porque se secuestran poco a poco a menos que se extirpe son cirugía. (3).

La osteomielitis infantil se ve después de unos meses de nacido y ocasionalmente a nivel de el maxilar inferior, esto hace que los antibióticos sean mortales. Clínicamente: los pacientes presentan celulitis faciales y se presenta por irrigación, convulsiones, vómito, y puede ocurrir edema de los ojos provocando que se cierren todo esto en conjunto provoca una descarga mortal.

d) Aspecto radiografico.

Como se ha mencionado el origen de la osteomielitis crónica se debe en algunos casos a osteomielitis agudas inadecuadamente tratadas. Los hallazgos clínicos, en este caso se limitan a las fístulas en duración de tejidos blandos y tumefacción dolorosa del hueso.

Una vez discurridos de 4 a 8 días del comienzo de la enfermedad, los datos radiológicos son frecuentemente expresivos para seguir su curso, no obstante se estima que es a partir de la tercera semana cuando se

puede determinar la extensión del hueso lesionado los hallazgos radiológicos pueden sintetizarse de la siguiente forma :(4).

1) Areas dispersas del hueso destruido de diferente tamaño y número separadas por distancias variables y por huesos de aspecto normal o casi normal.

2) Destrucción ósea que se caracteriza por segmentos de huesos aislados en forma de isla, secuestros, separados del hueso por una zona clara, estos pertenecen a tejidos de granulación .

3) Aspecto granular del hueso al observado en la displacia fibrosa, se debe al depósito subperióstico del hueso que enmascara su imagen trabecular.

e) Diagnostico.

Este diagnostico es en si, un diagnostico genérico de la osteomielitis crónica incluyendo sus variantes. En general se presenta el paciente con dolor de intensidad variable, edema y anestesia de la zona afectada en algunos casos. En otros leves, puede ser difícil establecer el diagnostico.

f) Tratamiento.

El tratamiento se concentra al rededor de la selección del antibiótico apropiado. para lo cual debe realizarse pruebas de sensibilidad, y decidir el momento adecuado para la intervención quirúrgica.

En cuanto al proceder quirúrgico es menester tener en cuenta, lo más pronto posible el drenaje de la infección, para que éste se produzca. Para ello se procederá por vía intra oral levantando un colgajo mucoperióstico, extrayendo el diente causal y resecaando el hueso cortical, bucal y basal con un limite de dos centímetros sobre el área afectada. El lecho óseo se legra, se adaptara al colgajo y el espacio muerto se elimina mediante un drenaje compresivo para que los tejidos blandos se adaptan al lecho óseo y revascularicen. También se puede optar por la instauración de un sistema de percusión continua. Se colocan dos catéteres de polietileno sobre el lecho quirúrgico que se extraerá através de la piel, uno de ellos se conecta a un sistema de perfusión que contenga solución antibiótica, el otro catéter se conecta a un sistema que cotrola la solución estancada con el objeto de que no se produzca una distensión a nivel de la herida(l).

g) Oxígeno hiperbárico.

Este tratamiento es una alternativa para el manejo de la osteomielitis. El oxígeno hiperbárico es una elevación de la presión de oxígeno en el sistema nervioso y arterial actuando por su acción bacteriostática sobre las zonas causantes de la osteomielitis.

A estos pacientes se les introduce dentro de una cámara y se les somete a una concentración de O₂ 100% y a 2 atmósferas de presión. Suele requerir un promedio de 60 sesiones de 1.5 a 2 hrs. de duración por día, que deben ir seguidas de curas correspondientes del lecho óseo. Se recomienda repetir a los 6 meses y al año, 10 secciones de duración parecida. Durante las sesiones , el paciente debe estar adecuadamente monitorizados con objeto de detectar cualquier efecto nocivo de la terapéutica(l).

PRONOSTICO.

El pronostico en todas las variantes de la osteomielitis, dependerá del estado de avance del padecimiento y de la implicación o no de alguna enfermedad sistémica u otra que pudiese llegar a afectar la buena recuperación del paciente también será muy importante el tratamiento con los antibióticos adecuados. Tomando en cuenta lo anterior y si no hay nada que pueda afectar el tratamiento, el pronóstico será generalmente favorable.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

La osteomielitis aguda y crónica en maxilar y mandíbula, es un padecimiento cada vez menos frecuente, debido a la evolución de la antibioticoterapia.

Un diagnóstico temprano, así como un tratamiento oportuno nos ayudará a evitar complicaciones. ya que la atención oportuna de la infección primaria, reducen el riesgo de una bacteremia.

Un factor predisponente para la osteomielitis crónica, es una terapia inadecuada para la osteomielitis aguda. una terapia limitada es equivalente a un tratamiento inadecuado. Todo esto es debido a que el uso de un sólo antibiótico dará como resultado un gran porcentaje de fallas, ya que existe un gran diversidad de gérmenes patógenos causantes de la osteomielitis.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-J.S. López Arranz, Cirugía Oral, Interamericana, Mc. Graw-Hill, Madrid, 1991. la. edición.(1).
- 2.-Kruger Gustav. Tratado de cirugía bucal, Interamericana.. México, 1978. 2a edición.(2).
- 3.-Ries Centeno, cirugía bucal, librería al Ateneo, buenos aires, 9a edición 1987.(3).
- 4.-Robert Berkow, Merk ,Sharp, Dohme researcch laboratories, Nueva Editorial Interamericana, México 1986. séptima edición.(4).
- 5.-R.A. Cawsón cirugía y patología odontológicas, El manual moderno. S.A. de C.V. México D.F. 2a edición 1983.(5).
- 6.-Robert.A. Wise. Cirugía de cabeza y cuello, interamericana, México 3a edición 1978, (6).

7.-Castillejos Vizlaino, Cirugía bucal y Maxilofacial. Tredex , México 1990. la edición. (7).

8.-Shaffer William G. Tratado de patología bucal,interamericana, Mexico,1986 2a edición. (8).

9.-Howe Geoffrey I. Cirugía bucal menor, El manual moderno México, 1987. 3a edición, 1987, (9).

10.-Daniel M Laskin. Cirugía Bucal Maxilofacial, Panamericana, México, la edición 1987.(10).