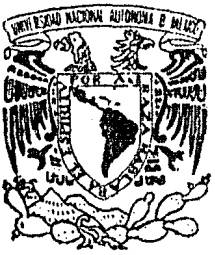
2 ej
15



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ZARAGOZA – U. N. A. M.

ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DENTOALVEOLAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

DAVID PANIAGUA BALLESTEROS
HECTOR FAUSTINO JASSO VAZQUEZ

MEXICO, D. F. 1986

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

			Página
PROTOCOLO DE TESIS			I
INTRODUCCION			1
CAPITULO	I	ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL PARODONTO	
		PARODONTO	3
		ENCIA Y MUCOSA MASTICATORIA	3
		LIGAMENTO PARODONTAL	8
		CEMENTO	13
		PROCESO ALVEOLAR	16
		BIBLIOGRAFIA	21
CAPITULO	II	ABSCESO DENTO ALVEOLAR	22
		DEFINICION	22
		ETIOLOGIA	22
		HISTOPATOLOGIA	24
		PERIODONTITIS SUPURATIVA AGUDA	24
		PERIODONTITIS SUPURATIVA CRONICA	25
		CUADRO CLINICO	27
		DIAGNOSTICO	29
		DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	29
		ABSCESO GINGIVAL	29
		ABSCESO PERIODONTAL	30
		PAROTIDITIS	31

		Página
	DATOS RADIOGRAFICOS DEL ABSCESO DENTO ALVEOLAR AGUDO Y CRONICO	33
	BIBLIOGRAFIA	34
CAPITULO III	HISTORIA CLINICA (Estudio clínico)	35
	ETAPAS DEL INTERROGATORIO	35
	FICHA DE IDENTIFICACION	36
	ANTECEDENTES PERSONALES	36
	MOLESTIA PRINCIPAL	36
	ENFERMEDAD ACTUAL	36
	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	37
	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	38
	ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS BUCALES	38
	ANTECEDENTES MEDICOS	39
	SIGNOS VITALES	40
	EXAMEN EXTRABUCAL	44
	EXAMEN INTRABUCAL	44
	INTERROGATORIO O ANAMNESIS	47
	INSPECCION	49
	PALPACION	51
	PERCUSION	53
	EXAMEN RADIOGRAFICO	54
	PRUEBA DE VITALIDAD	55
	PRUEBA ELECTRICA	55
	PRUEBA TERMICA	56
	DIAGNOSTICO	58

		Página
	PRONOSTICO	58
	PLAN DE TRATAMIENTO	58
	NOTAS DE EVOLUCION	59
	BIBLIOGRAFIA	79
CAPITULO IV	DATOS RADIOGRAFICOS	81
	PERIAPICAL	81
	INTERPROXIMAL O DE ALETA MORDIBLE	82
	OCLUSAL	83
	TECNICA DE BISECCION	84
	TECNICA DE PARALELISMO	85
	EXAMEN PERIAPICAL	86
	RADIOGRAFIAS EXTRAORALES	87
	BIBLIOGRAFIA	91
CAPITULO V	COMPLICACIONES DEL ABSCESO DENTO ALVEOLAR	93
	INFECCIONES DE ESPACIOS ANATOMICOS	93
	ESPACIOS INFRATEMPORAL	93
	ESPACIO FARINGEO EXTERNO	94
	ESPACIO RETROFARINGEO	95
	ESPACIO PAROTIDEO	95
	ESPACIO DEL CUERPO DE LA MANDIBULA	96
	ESPACIO SUBMASETERINO	96
	ESPACIO SUBMANDIBULAR	97

		Página
	COMPLICACIONES INTRACRANEALES	97
	CELULITIS	98
	ANGINA DE LUDWING	99
	TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO	100
	SINUSITIS MAXILAR	101
	OSTEOMIELITIS	102
	QUISTE RADICULAR	106
	BIBLIOGRAFIA	108
CAPITULO VI	CASOS CLINICOS	110
	COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE SINUSITIS EN NIÑOS	110
	UNA SECUELA DE ABSCESOS PERIAPICALES	110
	CICATRIZ APICAL DESPUES DEL CURETAJE APICAL SIN INTERVENCION QUIRURGICA	115
	UNA AGUDA INFECCION SEGUIDA DE UN TRATAMIENTO ENDODONTICO	120
	EXTENSION DE UN ABSCESO DENTAL A LA ORBITA	122
	BIBLIOGRAFIA	126
CAPITULO VII	ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DENTO ALVEOLAR	127
	TRATAMIENTO PREVENTIVO	127

Página

TRATAMIENTO PROFILACTICO 128

TRATAMIENTO CURATIVO 130

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ANAEROBICAS 132

ADMINISTRACION Y POSOLOGIA DE LOS MEDICAMENTOS 134

PENICILINA 134

LINCOMICINA 139

ERITROMICINA 143

METRONIDAZOL 145

BIBLIOGRAFIA 150

ANEXO 153

DISCUSION 154

CONCLUSIONES 155

ALTERNATIVAS 157

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES 158

RESULTADOS 159

BIBLIOGRAFIA GENERAL 177

PROTOCOLO DE TESIS

a) Título del Proyecto.

"ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DENTO ALVEOLAR"

b) Area Específica del Proyecto.

"PATOLOGIA ORAL CLINICA"

c) Personas que Participan.

Alumno: DAVID PANIAGUA BALLESTEROS, HECTOR FAUSTINO JASSO VAZQUEZ.

Asesor: JOSE LUIS SOTO

d) Fundamentación del Tema.

1.- Las razones que nos impulsaron para la elaboración de este tema es la existencia de esta alteración con la que nos encontramos frecuentemente en la práctica diaria.

2.- Debido a lo anteriormente dicho se desprenden diversas variantes de tratamientos, lo que es objeto de nuestra atención dado que tenemos que decidir en un momento cuál de las variantes vamos a utilizar, tomando en cuenta: Eficacia, Costo y Tiempo.

3.- Nuestra finalidad es tratar de establecer y unificar criterios basándonos en esta investigación y esclareciendo las técnicas más adecuadas a seguir, así como los tratamientos en un futuro próximo.

Justificación Profesional

Es de suma importancia para el profesionista actual el conocimiento de las alternativas con que cuenta para la - terapéutica del absceso dentoalveolar, ya que es una alteración común debido a infecciones por caries, infección pulpar y traumatismo.

Justificación Biopsicosocial

El absceso dentoalveolar es una alteración ocasionada por trastornos locales siendo más frecuentes en niveles socioculturales bajos de nutrición y medidas higiénicas deficientes. Por ésto, es necesario establecer medidas necesa- - rias para controlar la enfermedad bucal en la comunidad.

Planteamiento del Problema

El absceso dentoalveolar es una alteración común - que puede ser debido a la falta de higiene bucal, falta de - atención odontológica, escasos recursos económicos y falta - de información y concientización de la población.

El origen del abceso dentoalveolar suele ser pro-- ducto de una infección a causa de caries infectando la pulpa, de un traumatismo dental necrosando la pulpa o la aplica- -

ción de sustancias químicas durante procedimientos endodónticos. El absceso puede producirse como una periodontitis apical aguda a continuación de una pulpitis aguda; pero es más común que se forme en una zona de infección crónica como el granuloma periapical.

El absceso dento-alveolar agudo es una lesión de avance rápido; el paciente unas veces sufre dolor intenso - pulsátil y en otras no; el diente está algo extruido en su - alveolo. Presenta la característica de una inflamación aguda del periodonto apical, es frecuente la extensión hacia los - espacios medulares del hueso adyacente lo cual produce una - osteomielitis.

El absceso dento-alveolar crónico suele aparecer - como una odontalgia intensa inicial o en un absceso agudo - seguido por la aparición de un tumor gingival; el paciente - no experimenta molestias mientras la fístula o abertura dental se mantengan abiertos o permeables, el proceso es lento y asintomático y la aparición de la fístula es el primer signo que se nota.

Este proceso se extiende al periodonto apical y al hueso vecino con infiltrado de polimorfos nucleares-neutrófilos acumulándose junto a las células de la zona necrosada en una cavidad formada por causas patológicas. En esta cavidad

existe material purulento; por fuera puede haber tejido fibrocolágeno o un exudado seroso. Los espacios medulares del hueso vecino muestra el mismo infiltrado inflamatorio.

En el absceso dento-alveolar agudo se aprecia una zona radiolúcida de menor a mayor tamaño y en algunas ocasiones sólamente se ve una interrupción en la lámina dura - en el ápice de la raíz.

En el absceso dento-alveolar crónico se ve una - zona radiolúcida bien definida en el ápice del diente.

Posteriormente tenemos diferentes métodos de diagnóstico para establecer la presencia del absceso por medio de la percusión, palpación, estimulación eléctrica, calor, frío, etc.

Al igual que en todo proceso morboso existe un tipo de tratamiento en el cual se abre el diente para establecer un desagüe hasta que cedan todos los síntomas agudos, - si el paciente presenta signos generales o si existe celulitis se administran antibióticos generales, si con ésto no - se logra el drenaje adecuado se hará una incisión del absceso cuando sea localizado en los tejidos blandos; cuando ceda la tumefacción y la sensibilidad dolorosa a la percusión

se podrá empezar el tratamiento definitivo que consiste en -- hacer la endodoncia o la extracción del diente.

f) Objetivos:

1) Determinar la importancia que tiene la anatomía y fisiología del parodonto.

2) Analizará la historia natural de la enfermedad del absceso dentoalveolar.

3) Determinará la importancia que tiene la historia clínica - en el absceso dentoalveolar.

4) Determinará la importancia que tienen las radiografías intraorales y extraorales como auxiliar al diagnóstico.

5) Analizar y diferenciar las complicaciones del absceso dentoalveolar y la importancia que tienen con los tejidos adyacentes.

6) Mencionará el reporte de cuatro casos clínicos.

7) Determinará las alternativas del tratamiento del absceso - dentoalveolar.

g) Hipótesis de trabajo:

Si el absceso dentoalveolar es una alteración inflamatoria debido a causas bacterianas como la caries infectando la pulpa, físicas como un traumatismo y químicas durante procedimientos endodónticos y que puede ser agudo ó crónico que dependiendo de la sintomatología se efectuará el tratamiento conservador que puede ser el desague del absceso ó el tratamiento definitivo que pruebe ser el tratamiento de conductos ó la extracción.

h) Material y métodos:

Material:

Material bibliográfico (textos científicos actualizados).

Material de exploración clínica

Medicamentos.

Métodos:

Desarrollo de una investigación bibliográfica basándonos en el método científico y estadístico.

Para la realización de la investigación bibliográfica nos basaremos en el problema motivo de estudio escogiendo la bibliografía correspondiente, elaborando fichas bibliográficas, se consultarán los documentos, se redactarán las fichas de trabajo, se ordenarán las mismas y se redactará por último el escrito de la investigación, es decir, se analizará la información; se tomarán las notas respectivas.

Posteriormente se investigará sobre las alternativas en el proceso del tratamiento del absceso dento-alveolar mediante libros, revistas, folletos, boletines informativos. Se analizará y redactará la información obtenida, se presentará el informe correspondiente.

Criterios de elección:

Cuando no hay ninguna información sobre algún aspecto particular e importante de ese sector.

Cuando hay información incompleta y por lo tanto se requiere más trabajo, como lo sugiere el conocimiento disponible.

Cuando la información existente parece ser completa y muy útil; pero no está bien verificada.

Criterios de organización:

Determinar el tema.
Planear el esquema de la investigación.
Escoger bibliografía y hacer las respectivas fichas bibliográficas.
Consultar los documentos seleccionados.
Redactar las fichas de trabajo.
Ordenar las fichas.
Redactar el escrito.

Título: Alternativas en el proceso del absceso dento-alveolar

Criterios de análisis:

Clásicos.- Estudio de los elementos internos y externos del documento.

Cuantitativos.- Se trata de un complemento de los métodos -- clásicos, en virtud de que enfocan su atención a los detalles del documento.

Contenido: Determinan la esencia y transmiten el mensaje.

I N T R O D U C C I O N

Al elegir el tema de alternativas del tratamiento del absceso dentoalveolar, intentamos abordar éste, desde un punto de vista del aprendizaje, para confirmar y reafirmar conocimientos durante nuestra formación profesional y, que sirva de guía a toda persona que esté interesada en este tema; esperando encuentre en ella un reforzamiento al conocimiento que de este tema posea.

El objetivo primordial en este trabajo de tesis - es tomar conciencia de la importancia tan grande que representa este tipo de enfermedad ya que es una alteración común, siendo más frecuente en niveles socio-culturales bajos y de medidas higiénicas deficientes.

El absceso dentoalveolar es un padecimiento que - se origina a consecuencia de una caries dental, de una infección pulpar o por un inadecuado tratamiento.

Por lo tanto, es de suma importancia para el profesionista actual determinar en un momento dado, el diagnóstico y cuál de las alternativas de tratamiento vamos a utilizar, tomando en cuenta eficacia, costo y tiempo.

En este tema se describen algunos de los tratamientos con que se cuenta actualmente; los cuales se pueden considerar de gran ayuda para el odontólogo de práctica general.

En éste mencionamos algunas de las múltiples complicaciones que se presentan cuando no se diagnostica a tiempo la enfermedad, ya que dichas complicaciones van de leves a muy graves, por lo que es necesario establecer un buen diagnóstico para obtener un tratamiento favorable.

C A P I T U L O I

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL PARODONTO

PARODONTO:

Es la unidad funcional de tejidos que sostienen el diente. Los tejidos comprenden encía, ligamento parodontal, cemento y proceso alveolar.

Existiendo entre estas estructuras y el diente una interdependencia biológica y armoniosa a pesar de los múltiples cambios que sufre durante su vida.

ENCIA O MUCOSA MASTICATORIA:

Es la parte de la mucosa oral que recubre los procesos alveolares y que llega a los cuellos de los dientes, protege a las articulaciones alveolo dentarias del trauma masticatorio y de la invasión microbiana. Su coloración es normalmente rosada, pero fácilmente se congestiona adquiriendo el color rojo vinoso.

La encía como toda mucosa está formada por un tejido epitelial por debajo del cual se encuentra el corión, el epitelio de la mucosa es del tipo pavimentoso estratificado igual al del resto de la mucosa bucal, el corión es fibroso de poco espesor en el que se encuentran las glándulas salivales cuyos conductos excretores se abren en la cavidad bucal después de atravesar el epitelio.

La encía se compone: de la encía insertada, encía libre o marginal, la encía papilar y la mucosa alveolar.

ENCIA INSERTADA:

Se encuentra insertada al hueso, delimitada en la mucosa alveolar que es lisa y móvil por un surco mucogingival.

Se halla en las superficies externas o vestibulares de ambos maxilares; puede haber una línea divisoria - - igual en la superficie interna o bucal en el maxilar inferior, en el maxilar superior no, donde la mucosa es queratinizada y firmemente unida al hueso.

El surco gingival libre delimita coronariamente - la encía insertada la cual se caracteriza por la presencia del punteado, la cual varía entre los individuos aunque el tejido conectivo de los niños es de textura más fina.

Al aumentar la edad los haces colágenos y el punteado manifiestan una tendencia a ser más gruesos.

ENCIA LIBRE O MARGINAL:

Es la parte coronaria no insertada que rodea al diente y forma el surco gingival, se compone de epitelio escamoso estratificado queratinizado.

ENCIA PAPILAR:

Es el tejido gingival que se extiende en el sector interdentario formando las papilas gingivales; son de forma piramidal y llenan por completo el espacio entre dientes, las papilas vestibulares y linguales están cubiertas por epitelio escamoso estratificado queratinizado.

La encía está muy ricamente irrigada, lo que explica su fácil congestión e inflamación; en cambio, está muy poco inervada, lo que explica su poca sensibilidad sobre todo en algunas regiones.

MUCOSA ALVEOLAR:

Está revestida por una capa delgada de epitelio no queratinizado que descansa sobre una base de tejido conjuntivo que contiene fibras elásticas sueltas y otros elementos celulares.

UNION DENTO GINGIVAL:

El epitelio del surco se continúa en el epitelio - que se apoya en la superficie dentaria.

El epitelio que limita con la superficie dentaria, es el epitelio de unión o de inserción. Como el epitelio del surco es delgado, no está queratinizado y carece de papilas epiteliales.

ENCIA (Características clínicas normales):

Encía normal.- La encía (mucosa masticatoria) es - la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares.

Color.- El color de la encía normal es rosado pálido, pero puede variar según el grado de irrigación, queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

Contorno papilar.- Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto. Con la - edad, las papilas y otras partes de la encía se atrofian levemente.

Contorno marginal.- La encía debe afinarse hacia -

la corona para terminar en un borde delgado. En sentido mesio-distal, los márgenes gingivales deben tener forma festoneada.

Textura.- Por lo general, hay punteado de diversos grados en las superficies vestibulares de la encía insertada.

Consistencia.- La encía debe ser firme, y la parte insertada, debe estar firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

Surco.- El surco es el espacio entre la encía libre y el diente. Su profundidad es mínima (alrededor de 1mm en estado de salud). El surco normal no excederá de 3mm de profundidad.

FIBRAS GINGIVALES:

Las fibras gingivales se disponen funcionalmente en los siguientes grupos:

Grupo dento gingival.- Las fibras de este grupo se extienden desde el cemento apical hasta la inserción epitelial, y corren lateral y coronariamente hacía la lámina propia de la encía.

Grupo alveolo gingival.- Las fibras de este pequeño grupo nacen en la cresta alveolar y se insertan coronariamente en la lámina propia.

Grupo circular.- Este pequeño grupo de fibras rodea los dientes.

Grupos accesorios.- El grupo de fibras horizontales prominentes, que se extienden en sentido interproximal entre dientes vecinos se denomina fibras transeptales. En las caras oral y vestibular de los maxilares, un grupo de fibras denominadas fibras dentoperiósticas, se extiende desde el periostio del hueso alveolar hacia el diente.

LIGAMENTO PARODONTAL:

Es la estructura de tejido conectivo denso que une el diente al hueso alveolar. Su función fundamental es mantener el diente en el alveolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso. También tiene propiedades físicas, formativas, nutricional y sensorial.

Función física.- La función física del ligamento parodontal abarca lo siguiente: transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso, mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales y provisión de una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

Función formativa.- Las células del ligamento parodontal participan en la formación y reabsorción del cemento y hueso, que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

Función nutritiva y sensorial.- El ligamento parodontal proveé de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. La inervación del ligamento parodontal confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes. El ligamento parodontal se compone de fibras colágenas, fibroblastos, sustancia fundamental amorfa y tejido insterticial, cementoblastos, osteoblastos y osteoclastos, restos epiteliales de Malassez, que son remanentes de la vaina radicular epitelial de Hertwing, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios sensoriales táctiles.

Los elementos más importantes son las fibras colágenas dispuestas en haces que siguen un recorrido ondulado. Los extremos de las fibras principales que se insertan en el cemento y hueso se denominan fibras de Sharpey.

FIBRAS PRINCIPALES:

Se distribuyen en los siguientes grupos: transep-- tal, de la cresta alveolar, horizontal, oblicuo, apical e interradicular.

Grupo transeptal.- Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el - cemento de dientes vecinos.

Grupo de la cresta alveolar.- Los haces de fibras de este grupo se abren en abanico desde la cresta del proceso alveolar y se hallan insertados en la parte cervical del cemento.

Grupo horizontal.- Los haces de este grupo forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente y van del - cemento al hueso.

Grupo oblicuo.- Los haces corren oblicuamente y se insertan en el cemento algo apicalmente a su inserción en el hueso. Estos haces de fibras son los más numerosos y constituyen el sostén principal del diente contra las fuerzas masticatorias.

Grupo apical.- Los haces se distribuyen irregularmente, se abren en abanico desde la región periapical de la raíz hacia el hueso circundante.

Grupo interradicular.- Este grupo corre sobre la cresta del tabique interradicular de las furcaciones de los dientes interradiculares uniendo las raíces y las comunmente denominadas fibras transeptales.

Otras fibras asociadas al ligamento parodontal son las fibras oxitalánicas, son fibras ácidoresistentes que se dispersan principalmente alrededor de los vasos y se insertan en el cemento, su función es desconocida y se relacionan con las fibras elásticas.

INFLUENCIA DE LA FUNCION:

El ancho del ligamento parodontal varía con la edad de la persona y con las demandas funcionales que se ejercen sobre el diente. El número y el espesor de los haces de fibras parodontales también varía con las demandas funcionales de los dientes.

En un diente en oclusión funcional, el ligamento parodontal tiene alrededor de 0.25+-0.1mm de ancho. Su ancho

mínimo está en el centro del alveolo y su máximo en el mar-- gen y el ápice. Por ende tiene forma de reloj de arena. Entre los haces de fibras hay fibroblastos y cerca del cemento del hueso hay cementoblastos y osteoblastos.

Los vasos sanguíneos y nervios están presentes en el ligemento. Se haya rodeado de fibras de tejidos más laxo, desorganizado conocidas como fibras indiferentes.

IRRIGACION E INERVACION:

El aporte sanguíneo del ligamento parodontal pro-- viene de ramas de las arterias alveolares que penetran en -- los tabiques interdentarios por los canales nutricionales.

Algunas ramas se extienden desde los vasos pulpa-- res antes de penetrar en el diente, otras ramas llegan desde el ligamento hasta la encía.

Los impulsos nerviosos mecanoreceptores se originan en el ligamento parodontal e influyen en el funcionamiento - de los músculos de la masticación.

CEMENTO:

Función.- Es tejido conectivo especializado calcificado, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. El cemento es de color amarillento. El cemento está compuesto por un 68% a 70% de sales minerales y por un 30% a 32% de sustancia orgánica. Su función es fijar las fibras del ligamento parodontal a la superficie del diente.

Formación.- El cemento comienza a formarse durante las primeras fases de la formación de la raíz.

La vaina epitelial de Hertwing es perforada por los precementoblastos que son diferentes de los otros fibroblastos del ligamento parodontal. Estas células se ubican cerca de la dentina y depositan la primera capa de cemento (primario). En esta fase se han convertido en cementoblastos funcionales. La formación del cemento continúa mediante el depósito de sucesivas capas de cemento.

El cemento se clasifica como primario (acelular) o secundario (celular). Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. El cemento celular se forma principalmente en el tercio apical de la raíz, mientras que el cemento acelular se forma en los 2/3 coronarios.

Con la edad, la mayor acumulación de cemento es de tipo celular, en la mitad apical de la raíz y en la zona de las furcaciones.

CEMENTOIDE:

La superficie del cemento secundario se haya cubierta por la capa de más reciente formación que aún no está calcificada (cementoide). Cuando se calcifica esta capa, a su vez es cubierta de una capa de cementoide formada de nuevo.

CEMENTO EXPUESTO:

Si en procedimientos quirúrgicos se hacen muescas o el cemento secundario vital es reabsorvido, el defecto se repara mediante el depósito de nuevo cemento.

Esto no puede producirse cuando hay bolsas o cuando la encía se ha retraído y el cemento se haya expuesto. Cuando el cemento queda expuesto y forma parte de la corona clínica, es frecuente que sea eliminado durante el raspado o alisamiento radicular.

CEMENTOCITOS:

Si el cemento secundario es celular, contiene cementocitos que se hayan en algunas, a semejanza de los osteocitos en el hueso.

CEMENTICULOS:

Son masas globulares de cemento, dispuestas en láminas concéntricas que se hayan libres en el ligamento parodontal o se adhieren a la superficie radicular.

La resorción cementaria puede tener su origen en causas locales o generales o puede no tener etiología evidente (idiopática). Entre las causas locales se encuentra el trauma de la oclusión, movimientos ortodónticos, presión de dientes mal alineados, lesiones periapicales y enfermedad parodontal.

Entre los estados generales que se suponen predisponen a la resorción cementaria, o que la inducen, se hallan infecciones debilitantes como la tuberculosis y la neumonía, deficiencia de calcio, vitamina D, vitamina A, hipotiroidismo, osteodistrofia fibrosa hereditaria y enfermedad de Paget.

El proceso de resorción no es necesariamente cont[illegible]

nuo y puede alternarse con períodos de reparación y oposi- - ción de cemento nuevo.

La reparación cementaria demanda, por tanto la presencia de tejido conectivo adecuado.

Si el epitelio prolifera en una área de resorción, no habrá reparación. La reparación del cemento ocurre en - - dientes desvitalizados como en los vitales.

PROCESO ALVEOLAR:

El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte. El proceso alveolar es la parte maxilar superior e inferior que forma y sostiene a los dientes. Como consecuencia de la adaptación funcional se distinguen dos partes en - el proceso alveolar.

El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte.

El hueso alveolar propiamente dicho es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces. En ella se insertan - las fibras del ligamento parodontal. El hueso de soporte se compone de:

1.- Placas corticales compactas de la superficie vestibular oral de los procesos alveolares.

2.- El hueso esponjoso que se haya entre estas placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

FUNCION:

El hueso alveolar propiamente dicho se forma con la finalidad expresa de sostener los dientes y después de la extracción tiene tendencia a reducirse, como también lo hace el hueso de soporte.

ANATOMIA

RADIOGRAFIAS

Las radiografías de cortes transversales del proceso alveolar muestran las porciones esponjosas y corticales. Por lo general, las placas corticales son más gruesas en el maxilar inferior. Las placas corticales y el hueso esponjoso suelen ser más gruesas en las caras linguales de los dos maxilares; pero hay variaciones individuales.

En la zona anterior, en la parte vestibular del arco alveolar, se haya la depresión de la fosa incisiva, limi-

tada distalmente por las encías caninas. Aquí el hueso es - delgado y hay poco esponjoso o no lo hay.

En la zona posterior, en la zona de los molares y premolares el hueso es más grueso y el esponjoso separa la placa cortical del hueso alveolar propiamente dicho.

GROSOR DEL PROCESO ALVEOLAR:

Puesto que los dientes son responsables del proceso alveolar, su forma general sigue la alineación de la dentadura. Cuando el proceso alveolar es delgado, entonces hay prominencias sobre las raíces y depresiones interdentarias - entre las raíces. Cuando los procesos son gruesos, no hay - prominencias ni depresiones.

CRESTA ALVEOLAR:

Normalmente el margen del proceso alveolar es re-- dondeado. Sin embargo, a veces el margen óseo termina en bor de agudo fino. Esto sucede sólo cuando el hueso es extremada mente delgado.

DEHISCENCIAS Y FENESTRACIONES:

Son defectos comunes del proceso alveolar. Una de--

hiscencia es una profundización del margen óseo de la cresta que expone una cantidad normal de superficie radicular.

La fenestración alveolar es un orificio circunscrito en la placa cortical sobre la raíz y no se comunica en el margen de la cresta.

Ocurren con mayor frecuencia en el hueso vestibular y son más comunes en los dientes anteriores que en los posteriores y muchas veces son bilaterales.

CONTORNO DEL MARGEN OSEO LATERAL:

Por lo general se describe el contorno del margen de la cresta como festoneado, aunque no siempre es así. El contorno marginal varía según la forma de la raíz. Cuando la superficie radicular es plana el borde alveolar es recto o plano. Cuando la superficie radicular es convexa, el borde es festoneado. Si la superficie radicular es cóncava el hueso marginal puede arquearse coronariamente. Cuando el hueso es delgado, el festoneado se acentúa. Cuando es grueso, el festoneado disminuye.

DEFECTO DE FURCACION:

Cuando el hueso de una zona interradicular de un

diente multiradicular sufre resorción, se denomina defecto de bifurcación o trifurcación.

SISTEMA HAVERSIANO:

El hueso se deposita en laminillas concéntricas en torno a un vaso sanguíneo central.

VITALIDAD DEL HUESO:

El aporte sanguíneo del hueso alveolar proviene de ramas de la arteria alveolar. Los vasos del periostio corren sobre las placas vestibulares y bucal del hueso y contribuyen a la irrigación de la encía y del ligamento periodontal. El aporte mayor proviene de los vasos alveolares que pasan por el centro del tabique alveolar y mandan ramas laterales desde los espacios medulares, y por los canales a través de la lámina cribiforme hacia el ligamento periodontal.

El vaso interdentario se dirige hacia arriba para irrigar el tabique y la papila interdental.

B I B L I O G R A F I A

A. GRANT DANIEL: B. STERN IRVING: G. EVERETT FRANK
Periodoncia de Orban.
Editorial Interamericana, Edición 4, 1975.
Págs. 4,5,13,14,16-(19), 22-(24), 43-(48), 51-(59), 61 y 62

DURANTE AVELLANAL CIRO
Diccionario Odontológico
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F. Edición 4, 1982.
Págs. 295, 296.

O'BRIEN C. RICHARD
Radiología Dental
Editorial Interamericana. Edición 3, 1979.
Págs. 213-(216)

RODRIGUEZ FIGUEROA CARLOS A.
Periodoncia
Edición 2, 1975.
Págs. 83, 84.

SHAFER G. WILLIAM; HINE K. MAYNARD; LEVY M. BARNET.
Tratado de Patología Bucal.
Editorial Interamericana. Edición I, 1977.
Págs. 706, 707, 709, 710 y 711.

C A P I T U L O I I

ABSCESO DENTOALVEOLAR

(Absceso periapical; periodontitis supurada; absceso alveolar)

DEFINICION:

Es una enfermedad inflamatoria, aguda o crónica. de colección purulenta difusa o localizada de la región periapical de un órgano dental.

Puede ser el estadío evolutivo subsiguiente a una periodontitis apical aguda a continuación de una pulpitis - aguda, pero es más común que se forme en una zona de infección crónica como el granuloma periapical.

ETIOLCGIA:

Las causas más comunes de esta alteración son:

a) Bacterianas (principalmente)
b) Físicas
c) Químicas

Bacterianas. Los gérmenes de la pulpitis o de la gangrena pulpar pasan al foramen por si solas.

- Si la infección de la pulpa es impulsada indebidamente -- hacia el orificio apical debido a las maniobras del operador al comenzar la conductometría.
- Infección por falta de limpieza quirúrgica durante el tratamiento.
- Infección postoperatoria por conductoterapia defectuosa.
- Los microorganismos predominantes son el estreptococo, a los que le siguen estafilococos y después la flora bucal.

Físicas. Trauma violento al órgano dentario.

- Irritación por conos absorbentes que han rebazado el foramen.
- Instrumentación exagerada durante procedimientos endodónticos.
- Producción de conductos falsos
- Sobreobturación de conductos

Químicas. Medicamentos tóxicos (arsénico, cobalto)

- Agentes caústicos (ácido sulfúrico, clorhídrico, potasa)
- Fármacos muy irritantes y concentrados (formocresol, fenol, formaldehído, nitrato de plata).

Productos nitrogenados por descomposición pulpar.

HISTOPATOLOGIA:

PERIODONTITIS SUPURATIVA AGUDA (absceso dentoalveolar):

La histopatología de la periodontitis apical supurativa aguda, consiste en un foco de infección alrededor del orificio apical caracterizado por una considerable necrosis del tejido y presencia de leucocitos (pus). Este foco está rodeado por una zona de densa infiltración por leucocitos polimorfosnucleares y otras células inflamatorias. Esta zona está cercada por una cantidad variable de tejido de granulación y por fuera de ésta se encuentra una zona de fibrosis inicial o establecida, según la duración de la lesión. El tejido en la región del absceso muestra hiperemia de los vasos sanguíneos y edema, que se extiende a gran distancia.

A medida que aumenta de tamaño el absceso, el hueso se afecta primero, por hiperemia de los vasos, luego por infiltración leucocitaria, y finalmente por formación de pus.

En este estadio, la diseminación ocurre a lo largo de los conductos naturales del hueso.

La formación de tejido de granulación localiza al absceso más o menos eficazmente.

No se encuentra ninguna resorción ósea muy extensa hasta estadios posteriores a este proceso. El hallazgo de grandes cantidades óseas de muchos abscesos agudos sugiere que la enfermedad aguda es una exacerbación de una lesión crónica.

El absceso en desarrollo contiene líquido purulento que está a presión. Esto ocasiona una extensión a lo largo de la línea de menor resistencia hacia la superficie del hueso. Cuando es alcanzada dicha superficie el pus sale por debajo del periostio.

El pus es retenido aquí, formando un absceso subperióstico. Al cabo de algún tiempo, el líquido purulento se abre camino a través del periostio dentro del tejido blando y vuelve a extenderse por la línea de menor resistencia que generalmente es la mucosa bucal, pero como se describirá más tarde esta vía puede ser mucho más complicada.

PERIODONTITIS SUPURATIVA CRONICA

Está caracterizada por una cavidad central de tamaño variable que contiene líquido purulento que suele ser más fluído y más seroso que el de un absceso agudo.

Las células que contiene incluyen algunos leucocitos polimorfonucleares-neutrófilos. pero casi siempre hay - un número mucho mayor de linfocitos, células plasmáticas y grandes células mononucleares, junto con bacterias.

La cavidad está centrada en el orificio apical de la raíz desde donde se disemina la infección.

Alrededor de la cavidad central se encuentra una capa de tejido de granulación infiltrado por células inflamatorias crónicas, la cual está delimitada por una cápsula de tejido fibroso que yace al lado del hueso. El hueso suele mostrar algún signo de resorción y aposición, y los tejidos duros de la raíz pueden mostrar signos similares aunque usualmente menos intensos.

El espesor de la zona de tejido de granulación -- y tejido fibroso y la intensidad y tipo de la reacción del hueso depende de la duración y de la infección y de la respuesta del tejido.

En general hay edema hístico de intensidad mucho menor que en el absceso agudo.

No es raro, que en caso de no ser tratado puede - atravesar una serie de exacerbaciones desde el estadio cró-

nico al agudo, volviendo al estadio crónico durante los periodos de remisión.

CUADRO CLINICO:

SIGNOS Y SINTOMAS DEL ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO:

- Dolor pulsátil de intensidad creciente, que muchas veces se inicia como un dolor sordo.
- La extrucción del diente interfiere con las excursiones oclusales y producen una respuesta dolorosa. Debido a ésto, es muy sensible a la percusión.
- Sensibilidad dolorosa suscitada por la presión digital sobre el proceso alveolar.
- Sensibilidad dolorosa al calor.
- Generalmente no responde a las pruebas de vitalidad pulpar.
- Hay enrojecimiento de los tejidos afectados.
- El líquido del edema tiende a acumularse en los tejidos blandos vecinos que son más laxos.
- Edema localizado en los músculos de la masticación, puede ocasionar alguna limitación en la apertura.
- El drenaje de la infección por vía linfática da lugar a alguna complicación de los ganglios linfáticos regiona--

les especialmente los ganglios submaxilares y la cadena - cervical o los ganglios están agrandados ó sensibles a la palpación.

- Las respuestas generales son de intensidad muy variable, puede haber: pirexia, aceleración del pulso y malestar general. Estas respuestas son generalmente más intensas en los niños.
- Las vías habituales de drenaje son:
  a) A través de un seno natural
  b) Por incisión de un absceso superficial
  c) A través del alveolo, después de la extracción del - - diente.
  d) A través del conducto de la raíz después de la extirpación de la pulpa.

Cuando el absceso dentoalveolar es crónico se - - presenta la siguiente sintomatología:

- El paciente suele quejarse de dolor ligero pero con fre-- cuencia es un proceso lento y asintómatico.
- Cuando hay dolor suele ser difuso y mal localizado.
- El diente puede estar sensible o no a la percusión
- La tumefacción es generalmente ligera y está localizada - en alrededor de la zona del absceso.
- La mucosa de la zona hinchada suele presentar un color rojo azulado.

- No hay malestar mientras la fístula sea permeable.
- Las reacciones generales del paciente son muy ligeras o - nulas.
- Si el paciente acude con queja de dolor y malestar y elevación de temperatura, suele tratarse del comienzo de una exacerbación aguda.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico general del absceso dentoalveolar se establece fácilmente, tomando en cuenta los signos y síntomas además de los datos que obtenemos en el interrogatorio, y en la exploración para completar la historia clínica, así como un estudio radiográfico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ABSCESO GINGIVAL

Es una relativa rareza que aparezca cuando las bacterias invaden por alguna rotura de la superficie gingival. Estas soluciones de continuidad se originan durante la masticación, procedimientos de higiene oral o tratamiento dental. Aunque al principio el surco gingival queda intacto, el absceso se extiende a la profundidad del tejido conectivo, ataca al hueso alveolar y se comunica con el sur-

co. La resistencia del paciente es un factor importante; por ejemplo: los pacientes diabéticos no controlados son más susceptibles a los abscesos.

El absceso gingival se desarrolla debido a la infección virulenta o bacteriana de una bolsa periodontal ya existente o como extensión apical de la infección de una bolsa gingival, la mayoría de los abscesos gingivales guardan relación con una lesión traumática de la encía o periodonto por alguna fuerza mecánica, este tipo de absceso suele presentarse en pacientes que aprietan los dientes o padecen bruxismo compulsivo.

ABSCESO PERIODONTAL

Es la exacerbación aguda de la enfermedad periodontal crónica. Puede producirse cuando la infección pasa a los tejidos a través del epitelio a la bolsa.

Así pues, están asociados con bolsas infraóseas y supraóseas. Muchos abscesos periodontales se diagnostican equivocadamente como abscesos periapicales; se ha descrito en la bibliografía, que el absceso periodontal es capaz de producir necrosis pulpar, cuando la inflamación se propaga hacia la pulpa a través de conductos accesorios laterales o por defectos por ejemplo: (grietas) en la estructura dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El absceso periodontal aparece como una área tumefacta, generalmente blanda y roja, en la cara vestíbular o lingual, pero rara vez en ambas simultáneamente. Esta zona es dolorosa y sensible a la presión y el diente afectado sumamente sensible a la percusión más ligera. Además el - - diente suele presentar movilidad y extrucción.

PAROTIDITIS EPIDEMICA (paperas):

Las paperas son una enfermedad viral aguda muy - contagiosa, caracterizada por hipertrofia dolorosa de la parótida o de otras glándulas salivales.

Un ataque de paperas unilateral que afecta parótida y reqión submaxilar, puede confundirse con un absceso dentoalveolar agudo, en particular si existe del lado afectado un molar enfermo.

Es preciso indagar cuidadosamente si se presentaron antes síntomas dentales o si fue tratado el diente posterior (molar). En estos casos el examen radiográfico es -- útil.

En el absceso dentoalveolar, el dolor no aumenta por efecto de estimulantes del flujo salival, pero el dolor persiste aunque la región afectada esté en reposo.

No se palpa el borde anterior de la parótida, pero en cambio la piel que cubre la zona puede ser un poco -- más caliente.

En las paperas, la inflamación es más anterior, está más cerca de la oreja y desplaza el lóbulo de la oreja más hacía afuera; que las inflamaciones de origen dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Los síntomas generales incluyen irritabilidad, - anorexia, cefalea, malestar general, dolores musculares y a veces trastornos digestivos, con una temperatura entre - - 37.8 y 38°C. Puede haber ligera linfocitosis. En general, - el hinchamiento de la parótida va precedido de dolor local.

El dolor aumenta por presión externa, movimiento de la mandíbula o estimulación del flujo salival. Al poco - tiempo se hincha la glándula.

El hinchamiento característico se presenta un poco por delante y por debajo de la oreja, el lóbulo de la --

oreja suele estar desplazado hacía afuera, signo importante para distinguir el hinchamiento de la parótida de los cam-- bios de volumen de la región submandibular. En este último caso, la regla es que el lóbulo de la oreja quede cubierto por el hinchamiento. El borde la parótida crecida puede palparse muchas veces desde el interior de la boca.

Es común encontrar eritema de la abertura del -- conducto de Stenón. A veces resulta difícil o imposible separar los dientes, masticar o deglutir. Si la zona afectada permanece en reposo el dolor no es intenso.

DATOS RADIOGRAFICOS DEL ABSCESO DENTOALVEOLAR:

ABSCESO APICAL AGUDO

En la radiografía diagnóstica siempre se aprecia una zona radiolúcida, puede tener mayor o menor tamaño, y - en algunas ocasiones sólamente se ve una interrupción de la lámina dura en el ápice de la raíz.

ABSCESO APICAL CRONICO:

Presenta una zona radiolúcida bien definida. - - Existe a menudo una zona evidente de resorción ósea, alrededor del vértice de la raíz y la raíz misma quizá presente - alguna resorción.

B I B L I O G R A F I A

BURKET W. LESTER
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento
Editorial: Interamericana. Edición 6
Págs. 264, 265.

DURANTE AVELLANAL CIRO
Diccionario Odontológico
Editorial: Mundi S.A.I.C y F. Edición 4.
Págs. 744

GORLIN J. ROBERT; GOLDMAN M. HENRY
Thoma-Patología Oral
Editorial: Salvat. Edición 2a. Reimpresión, 1981
Págs. 372, 373, 375

KUTTLER YURI
Fundamentos de Metaendodoncia
Editorial: Francisco Méndez Oteo. Edición 2. 1980
Págs. 201, 203, 206

MORRIS L. ALVIN; BOHANNAN M. HARRY
Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General
Editorial: Labor, S.A. Edición 3, 1978.
Págs. 453

SHAFFER G. WILLIAM; HINE K. MAYNARD; LEVY M. BARNET
Tratado de Patología Bucal
Editorial: Interamericana. Edición 3, 1977
Págs. 454

C A P I T U L O I I I

HISTORIA CLINICA
(Estudio clínico)

Generalmente la sesión de examen y diagnóstico es el primer encuentro entre dentista y paciente y debe ser conducido en condiciones óptimas. El odontólogo debe estar descansado y haber previsto el tiempo suficiente para la sesión. Su actitud debe ser amable y atenta ya que el paciente puede considerar esta sesión como una confrontación y estar lleno de ansiedad y aprensión.

ETAPAS DEL INTERROGATORIO (Historia Clínica)

- Ficha de identificación.
- Antecedentes personales.
- Molestia principal.
- Enfermedad actual.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Antecedentes personales patológicos.
- Antecedentes de transtornos bucales.
- Antecedentes médicos.
- Examen (signos vitales).
- Examen extrabucal.
- Examen intrabucal.
- Interrogatorio o anamnesis.
- Inspección (visual) (Estudio Clínico).
- Percusión y palpación.
- Examen radiográfico
- Prueba de vitalidad pulpar
- Prueba eléctrica
- Prueba térmica
- Diagnóstico

- Pronóstico.
- Plan de tratamiento.
- Notas de evolución.

FICHA DE IDENTIFICACION:

En todos los campos de la medicina es esencial la ficha de identificación, dado que constituirá una parte muy importante de la historia clínica, ya que por medio de los - datos que se obtienen de ésta, se conocerá:

I. Antecedentes personales.- Nombre, edad, sexo, raza, ocupación, lugar de origen, estado civil, grado de escolaridad y domicilio permanente, también debe incluirse el nombre, dirección y número telefónico del médico del paciente para poder agradecerle esta muestra de confianza.

II. Molestia principal.- La molestia principal - del paciente nuevo o enviado por otro colega se establece - con mayor facilidad preguntando ¿Cuál es su problema?. Sus - respuestas serán bastante concretas en cuanto se conoce y - registra la molestia principal, el examinador procede a interrogar sobre la enfermedad actual.

III. Enfermedad actual.- ¿Hace cuánto tiempo tiene esta lesión o problema o dolor?. Es una pregunta lógica que debe seguir el relato de la molestia principal. También interesa la duración de dicha molestia. Si el paciente tiene dolor hay que saber cuánto tiempo es la duración de cada episo

dio. Una vez establecida la duración de la lesión hay que -- descubrir el agente desencadenante. La naturaleza urgente de la molestia del paciente, establecida por el interrogatorio o su comportamiento determina rápidamente el paso siguiente del examen.

IV.- Antecedentes personales no patológicos.- Se deberá de investigar la historia pasada del enfermo en relación con su salud y sus enfermedades.

Se investigará su salud en general, su peso habi-- tual y variaciones, sus hábitos alimenticios, higiénicos y - habitacionales.

El estado socio-económico, ocupacional y educacional, sus problemas de ajuste familiar y el ambiento físico y social. Las características de sus actividades laborales, deportivas y sociales, sus antecedentes de inmunizaciones rutinarias especiales (BCG, DPT, Anti-varilosa, Anti-polio, etc). La exposición a tóxicos ya sea por índole de trabajo, tam- - bién por hábito, alcohol, tabaco, drogas y medicamentos de - uso rutinario, sus deficiencias constitucionales, las enfermedades que ha padecido, las intervenciones quirúrgicas que se le han practicado, su historia marital y en general deben de investigarse todos aquellos antecedentes que aún siendo - negativos pueden tener importancia en el momento actual.

V. Antecedentes personales patológicos.- La revisión detallada de los antecedentes patológicos pueden ser de inestimable utilidad, varias enfermedades se caracterizan por una fase aguda que cede sólo para dar paso a secuelas graves en años ulteriores como ejemplo: el antecedente de fiebre reumática, padecimientos transmisibles comunes, como pueden ser las llamadas de la infancia (escarlatina, parotiditis, amigdalitis); padecimientos de interés comunitario como tuberculosis, enfermedades venéreas, parasitosis, paludismos, salmonelosis y otros padecimientos frecuentes; ictericia, infecciones respiratorias, digestivas, bruselosis, traumatismo, epilepsia, diabetes, alergias (medicamentos y alimentos), neoplasias, enfermedades mentales, hemorragias y por supuesto la historia obstétrica registrando la fecha en que fueron hechas y de ser posible el nombre del cirujano.

Por lo tanto, también se registra en la historia clínica, el tipo de enfermedad que se padezca desde su principio, evolución, signos y síntomas y tratamiento.

VI. Antecedentes de transtornos bucales.- Todo dentista debe concentrarse en la comprensión de la salud y de la enfermedad de toda la boca y en los procesos morbosos orales en cuanto están relacionados con todas las enfermedades de todo el organismo. Por orden de importancia, por inciden-

cia, se han agrupado las enfermedades bucales de la siguiente manera:

- Caries dental
- Parodontopatías
- Maloclusiones y/o malposiciones dentarias
- Malformaciones congénitas
- Cáncer bucal
- Repercusiones bucales de enfermedades sistémicas y viscever sa.
- Problemas de traumatología maxilofacial

Por lo tanto, el tratamiento correcto del paciente dental implica en la actualidad algo más que la sustitución de lo que ha sido destruído por la enfermedad; comprende la - prevención de los procesos morbosos y el mantenimiento de los pacientes en un estado de salud oral.

VII. Antecedentes médicos.- Muchas enfermedades o - anomalías presentan un conjunto de características o antece-- dentes históricos que pueden conducir al diagnóstico por si - mismas. Una buena historia es sumamente útil durante la explo ración clínica, los informes acerca de la duración, síntomas y modificaciones de una lesión o de una enfermedad permiten - que el dentista interprete de manera más inteligente lo que - observa. La elaboración de la historia, sin embargo, implica algo más que la obtención de información acerca de la --

principal molestia del paciente. Incluye la exploración de - los antecedentes familiares, la historia clínica de la fami-- lia y su historia clínica personal.

EXAMEN:

VIII. Signos vitales.- Antes de emprender el examen directo de la cara, cuello y cavidad bucal, hay que tomar y apuntar la presión sanguínea y el pulso del paciente así como también la temperatura del paciente, y frecuencia respiratoria.

PRESION ARTERIAL:

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos a medida que pasa por ellos.

Presión arterial normal.- Las lecturas de la pre- - sión arterial se expresan en mm de Hg, y el aparato para me-- dirla es el esfigno-manómetro:

La presión arterial promedio para el adulto es de - 120/80mm de Hg. (presión sistólica 120 mm de Hg., presión - - diastólica 80 mm de Hg, la presión del pulso o sea la diferencia entre ellas, es de 40 mm. de Hg.). La presión arterial - normal puede aumentar gradualmente con la edad, hasta los 60 años y es aproxidamente de 140/90 mm. de Hg.

Variaciones de la presión arterial:

Las causas que originan estos cambios en la presión arterial son: Edad, sexo, constitución corporal, ejercicio, - enfermedades, hemorragia, shock.

PULSO:

La expansión rítmica de una arteria, producida por el aumento de volumen de sangre impulsada hacia ella por contracción del ventrículo izquierdo, en cada latido cardiaco se denomina "pulso".

Pulso normal.- El ritmo normal del pulso en el adulto sano es de 72 a 80 latidos por minuto. En el lactante el - ritmo varía de 130 a 140 latidos por minuto. Durante los primeros años de la vida normal el pulso disminuye aproximadamente a 110 ó a 120 latidos por minuto. En la edad senil, el pulso normal disminuye a 68 a 70 latidos por minuto, en la mu- - jer, el pulso suele ser más rápido que en el hombre.

Variaciones del pulso:

Los factores que pueden producir variaciones ligeras o notables del ritmo del pulso son: edad, sexo, talla, -

ejercicio, alimentación, postura, trastornos mentales o emocionales, elevación de la temperatura corporal, enfermedad, medicamentos, presión arterial.

TEMPERATURA:

La temperatura corporal se define como el grado de calor mantenida por el cuerpo; es el equilibrio entre el calor producido, como el resultado de la oxidación de los alimentos, y el calor perdido por transpiración, respiración, - conducción, radiación y extensión.

Variaciones de la temperatura.- La temperatura corporal normal varía durante el día, es más baja durante las - primeras horas de la mañana y es más alta al terminar la tarde y comenzar la noche, a causa de esta variación diaria de la temperatura normal, la medición de ésta debe de hacerse a la misma hora.

La temperatura normal del cuerpo, medida en la boca es de 37°C., como término medio para personas en buen estado de salud; en la axila es de 36.4°C a 36.6°C., en el recto es de 37.5°C.

Los síntomas de aumento corporal son: enrojecimien

to de la piel de la cara, además de estar caliente y seca, - labios resecos, manos inquietas y respiración superficial rá pida.

RESPIRACION:

Se define simplemente como acción y efecto de respirar. Es el acto contínuo de inspirar y expirar aire de los pulmones, para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación a través de los - mismos.

Respiración normal.- La frecuencia respiratoria -- normal (promedio por minuto), a diferentes edades es; al nacer de 30 a 50 respiraciones por minuto; durante el primer - año es de 26 a 30 respiraciones por minuto. Durante el segundo año de 20 a 26 respiraciones por minuto., durante la adolescencia 20 respiraciones por minuto., en la edad adulta de 16 a 20 respiraciones por minuto., y en la vejez de 14 a 16 respiraciones por minuto.

Variaciones de la respiración:

Los siguientes factores son los que predisponen - las variaciones de la respiración: edad, sexo, frecuencia, -

ejercicio, durante la digestión, emociones, medicamento, aplicación de frío, aplicación de calor, dolor, toxinas, fiebre, hemorragia, choque (shock) cambios de presión atmosférica.

IX. Examen extrabucal.- Un error común es comenzar el examen intrabucalmente. Debemos adquirir la costumbre de iniciar el examen por zonas extrabucales para encontrar la presencia de fístulas, tumefacciones o asimetrías extrabucales. Hay que advertir la presencia de equimosis, abraciones o cicatrices por cuanto pueden relacionarse con accidentes traumáticos que podrían haber lesionado los dientes o los maxilares. Durante el examen digital, la palpación permite detectar linfadenopatías de los ganglios linfáticos submaxilares, submentonianos y yugulares anteriores y posteriores.

X. Examen intrabucal.- Para realizar la exploración de la cavidad bucal, el dentista debe procurar que el campo de observación esté totalmente despejado, el paciente debe de estar sentado cómodamente con soporte adecuado para la cabeza y buena iluminación. Los instrumentos para el examen normal comprenden un espejo bucal, un explorador dental y una sonda para la exploración de las bolsas periodontales.

La palpación de las regiones de las glándulas salivales mayores; parótida, sublingual, submaxilar puede reve-

lar un aumento de volumen o un cambio en la consistencia, si son normales.

Se recomienda determinar y anotar la temperatura - corporal, el pulso y la frecuencia respiratoria para poder - descubrir cualquier desviación de lo normal.

Se hace una cuidadosa inspección de la mucosa bu-- cal y de los labios retrayendo estos últimos, para lograr ma yor visibilidad; una palpación profunda y metódica permite - descubrir cambios en la consistencia. La cara interna del la bio inferior evertido debe secarse para observarlo durante cier to tiempo hasta la aparición de pequeñas gotitas de saliva, la salida de saliva por el orificio del conducto de stenón - puede lograrse mediante masaje suave de las glándulas paróti da en el área anterior del trago. Para examinar la orofarin- ge el dentista debe deprimir la lengua y ejercer tracción ha cia adelante mediante el espejo o un bate lenguas, el pala-- dar blando se explora en formación de reposo y funcionando.

La inspección de la lengua en reposo permite descu brir temblor lingual o anomalías en la superficie, también - se examinan las superficies ocultas con un espejo, el examen de la lengua debe comprender también la palpación de sus bor des postero-laterales, ya que son sitios predilectos del car cinoma, y son difíciles de observar.

Se explora el piso de la boca mediante la inspec- - ción y palpación bimanual para completar el examen se palpan también las glándulas submaxilares y sublingual, y se observa el flujo de saliva por los orificios de Warthon.

La inspección de la encía y de los dientes debe hacerse simultáneamente con el estudio radiográfico, las placas radiográficas deben montarse de tal manera que la convexidad quede orientada hacia el observador. Así, los dientes de las radiografías están en la misma posición que los dientes examinados por el dentista, al estar éste, frente al enfermo, es necesario aclarar que las radiografías son un auxiliar más, para el diagnóstico.

Cada diente se examina apoyando con firmeza la extremidad del explorador sobre el diente para recorrer las depresiones y zurcos de la superficie oclusal, vestibular y lingual. La superficie interproximal se explora en busca de lesiones cariosas, grietas, restauraciones sobresalientes y sarro. La inspección con luz directa o reflejada con el espejo de mango puede revelar cambios de color en las crestas marginales de los dientes posteriores y en las superficies proximales de los anteriores, que son indicios de la presencia de caries subyacentes. La percusión del diente con algún instrumento como por ejemplo; el mango de espejo bucal puede provocar

movimiento anormal, dolor o cambio de sonido o tono de percusión.

También se anotará cualquier cambio de color, ya sea en un sólo diente o en todos.

INTERROGATORIO O ANAMNESIS:

Se da nombre de interrogatorio en clínica, a una serie de preguntas, que se dirigen al enfermo o a sus familiares y que tiene por objeto ilustrar al clínico, sobre aquellos datos que no puede aprender por la observación personal del enfermo. Estos datos son relativos a los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y género de vida, principio y evolución de la enfermedad actual hasta el momento en que se examina al enfermo, síntomas subjetivos actuales, medios empleados para combatir el padecimiento y resultado obtenido.

El interrogatorio varía según el caso que se estudia; pero siempre es conveniente seguir ciertas normas generales que faciliten su empleo para que el interrogatorio sea completo.

Toda pregunta debe tener una finalidad

- Las preguntas deben ser concretas.
- No deben sugerir la respuesta.
- Hay que realizarlas de acuerdo a la capacidad intelectual del paciente.
- Nunca debe pasarse a investigar otro dato clínico mientras no esté identificado el anterior.

Los objetivos principales en un interrogatorio minucioso y del examen clínico son varios.

- Descubrir cualquier enfermedad bucal que habrá de ser tratada por el dentista.
- Descubrir las manifestaciones bucales de ciertas enfermedades generales, siendo entonces necesario consultar con - - otros médicos a fin de establecer un tratamiento precoz.
- Reconocer cuál paciente podrá ser un riesgo quirúrgico.
- Proteger contra un posible contagio, tanto al dentista como a los demás pacientes y al personal.
- Permitir al dentistia valorar la educación y comportamiento de un paciente lo cual puede servir de guía para el tratamiento. Mediante un interrogatorio amistoso se establecen relaciones cordiales, lográndose cierta visión del estado socio-económico y cultural del paciente.

INSPECCION VISUAL:

Se da el nombre de inspección al método de exploración general que se efectúa por medio de la vista. Si la inspección se efectúa sólo con los ojos se llama directa; cuando el clínico utiliza algún instrumento se llama instrumental o indirecta. Se llama dinámica cuando se alcanzan los movimientos y estática cuando no son los movimientos los que se estudian.

Reglas para efectuarla:

- Iluminación conveniente del área.
- Colocar al enfermo en posición cómoda.
- Descubrir la región por examinar

El clínico no tiene más que ver la región comprobando siempre que sea posible la región homóloga, y examinando primero el conjunto y luego los detalles.

Los datos que se obtienen por la inspección son:

- Sitio
- Forma
- Estado de la superficie

- Posición
- Volumen
- Movimiento

Sitio.- Es el lugar que ocupa una cosa. Ejemplo: Si al inspeccionar la cavidad oral se observa una tumefacción, es importante anotar si dicha tumefacción se encuentra en el paladar o en la mucosa alveolar.

Forma.- Aumento o disminución en el tamaño de determinada región anatómica.

Estado de la superficie.- Al inspeccionarse nos damos cuenta si la superficie es lisa o rugosa o si está húmeda o seca. También observamos si la coloración de la mucosa oral es anormal.

Posición.- Es la relación de las diferentes partes de esa cosa. Ejemplo: Cuando la tumefacción abarca el paladar se puede extender a zonas adyacentes, tomando diversas direcciones, pudiendo llegar a la mucosa alveolar.

Volumen.- Puede cambiar el volumen de un órgano conservando su misma forma o visceversa, pero acaese en clínica que con suma frecuencia las variaciones de forma se acompañan de variación de volumen.

Movimientos.- Los movimientos pueden ser espontá-- neos. Ejemplo: Movimientos de los maxilares o la lengua.

PALPACION:

Se da el nombre de palpación, al método de explora ción general que se realiza por medio del sentido del tacto.

Si se realiza sin ayuda de algún instrumento se -- llama indirecta o inmediata, cuando se utiliza algún instrumento se llama mediata, indirecta o instrumental.

Según se palpen los tejidos superficiales o los órganos profundos se califica a la palpación superficial o profunda.

Al utilizar toda la mano o gran parte de ella, se le denomina manual; si únicamente se utilizan uno a dos de-- dos, se le llama digital.

Es costumbre llamar tacto a la palpación digital - de las cavidades accesibles boca, faringe, vagina y recto.

Reglas para efectuarla:

- La región por explorar debe estar al descubierto
- El enfermo adoptará una posición de acuerdo con la región que se va a explorar, procurando éste, estar cómodo y con los músculos relajados.
- Se debe palpar con suavidad
- La cara dorsal de la mano únicamente se usa para darse cuenta aproximada de la temperatura del paciente.
- La palpación de regiones simétricas debe ser comparativa.
- Cuando se palpa una región en la cual hay una zona dolorida, debe comenzarse la exploración por las porciones que no duelen.
- Es necesario lavarse las manos perfectamente.

Los datos que se obtienen en la palpación son:

- Sitio
- Posición
- Estado de la superficie
- Consistencia
- Temperatura
- Forma
- Movimientos
- Dolor

Si nos fijamos, los datos que se obtienen por palpación son los mismos que los de la inspección, agregando -- tres datos nuevos; puede decirse que la palpación ratifica o rectifica los datos suministrados por la inspección y agrega los relativos a la consistencia, dolor y temperatura.

Consistencia.- Se estudia haciendo presiones y notando la resistencia que ponen los tejidos.

Dolor.- El dolor de la palpación únicamente puede ser reconocida cuando el enfermo lo manifiesta.

Temperatura.- Al palpar se da uno cuenta de la temperatura aproximada de la región que se palpa, pero hay que hacer notar que este dato tomado por palpación es sumamente incierto y de escaso valor.

PERCUSION:

Es el método de exploración general que consiste - en dar golpes con el objeto de producir, despertar dolor o - provocar movimiento.

La percusión que tiene por objeto producir ruidos, está basada en que se producen ruidos diferentes, según los

órganos subyacentes a la región percutida son compactos o - contengan gases y dependiendo de la condición física en que entran estos gases.

De acuerdo al tipo de ruido podemos conocer:

El estado físico de los órganos y su proyección sobre la superficie del cuerpo y juzgar según áreas de proyección el tamaño, forma y situación de los órganos.

La percusión que el dentista efectúa es la indirecta, pues se vale de un instrumento percutor, por ejemplo el mango de un espejo dental, el cual puede provocar movimiento anormal, dolor o cambio de sentido, sonido o tono.

Los tres tipos fundamentales de sonido o ruido que se encuentran en la percusión son: el claro, el mate y el -- timpánico.

ESTUDIO RADIOGRAFICO:

Las radiografías utilizadas de manera apropiada y con juicio, son un auxiliar valioso para el diagnóstico.

PRUEBA DE LA VITALIDAD PULPAR:

Requisitos para las pruebas:

En todo procedimiento de prueba, se necesitan testigos adecuados. Si está en duda la vitalidad de un canino superior, por ejemplo: el mejor testigo sería el canino normal de lado opuesto. En razón de las diferencias de volumen, espesor del esmalte y tamaño de la pulpa, un incisivo lateral superior no sería un testigo adecuado para un canino superior. Tampoco los premolares son buenos testigos para los molares. Siempre, el mejor diente testigo es el diente contralateral normal.

A falta de ello, es razonable escoger como testigo un diente semejante en el arco opuesto.

Prueba eléctrica de la vitalidad pulpar:

La prueba de la vitalidad de la pulpa con un instrumento se emplea sólo para determinar la presencia o ausencia de tejido nervioso vital en el interior de una cámara pulpar; respuesta dolorosa al estímulo denota vitalidad.

El uso apropiado de la prueba eléctrica constituye ayuda diagnóstica, útil y fidedigna.

Todo diente sospechoso de falta de vitalidad debe de ser sometido a prueba. El cambio de color, la fractura y las restauraciones o caries profundas constituyen una indicación para la prueba. El descubrimiento de un diente sin vitalidad y maltratado suele coincidir con la presencia de granuloma apical, absceso o quiste.

Ahora bien, si se comprueba vitalidad de la pulpa y no se registran otros síntomas, quizá sea más probable el diagnóstico de fibroma periapical.

Un absceso parodontal lateral maduro o que ya haya formado fístula puede simular un absceso periapical; pero - si la prueba eléctrica de la pulpa indica vitalidad segura-- mente está indicado algún enfoque parodontal al diagnóstico.

Instrumentos utilizados:

En la actualidad se utilizan probadores eléctricos unipolares de alta frecuencia entre éstos se encuentra el - instrumento de Burton y el instrumento de Ritter.

Prueba térmica de la vitalidad pulpar.

Se emplea para ayudar a identificar los dientes con pulpitis dolorosa cuando se desconoce el origen del dolor.

El 80% de los dientes con pulpitis dolorosa son más o menos sensibles a la percusión, pero el 20% restante puede plantear problemas de diagnóstico sumamente difícil.

Para la práctica de la prueba del frío puede utilizarse un trozo de hielo o una pequeña torunda de algodón empapada con cloruro de etilo y proporciona una fuente adecuada de calor, una varilla cilíndrica de gutapercha que se ablanda a los 54°C.

En caso de que fallen los métodos actuales para determinar la vitalidad de la pulpa, puede recurrirse a la fresa dental.

Como indicamos para las pruebas eléctricas, siempre que sea posible, se colocarán estos dispositivos sobre el esmalte sano que cubre la dentina sana.

Por lo tanto, debe aplicarse a un diente no sospechoso (testigo) pruebas eléctricas o térmicas para precisar la respuesta normal del paciente.

XI Diagnóstico. Para realizar un tratamiento inteligente, es esencial un diagnóstico correcto. Además de reconocer las características clínicas y radiográficas de las dife-

rentes enfermedades, el diagnóstico demanda una comprensión de los procesos patológicos subyacentes y su etiología.

El diagnóstico ha de incluir una valoración gene-- ral del paciente, así como una consideración de la cavidad - bucal. El diagnóstico debe ser sistemático y organizado con una finalidad específica.

XII. Pronóstico.- El pronóstico es la predicción - de la duración, evolución y conclusión de una enfermedad y - la posible respuesta al tratamiento. Debe ser determinada antes de planear el tratamiento.

XIII. Plan de tratamiento.- Una vez establecidos - el diagnóstico y el pronóstico, se planea el tratamiento.

El plan de tratamiento es la guía para el manejo - del caso. Incluye todos los procedimientos que se requieren para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal, como decidir si conservar los dientes o extraerlos, decisiones sobre técnicas por utilizar para eliminar las bolsas, la necesidad de procedimientos quirúrgicos mucogingivales o reconstructivos y corrección oclusal, clase de restauraciones que se utilizarán, qué dientes se usarán como pilares y las indicaciones para la ferulización. Situaciones imprevistas -

que surjan durante el tratamiento pueden demandar la modificación del plan de tratamiento inicial.

XIV. Notas de evolución.- Es un registro diario - que se le toma al paciente para saber su estado actual de salud, después de procedimientos quirúrgicos que se le practicaron.

HISTORIA CLINICA:

Expediente No.____

I ANTECEDENTES PERSONALES:

Nombre del paciente_____Fecha_____

Sexo_____ Edad_____ Edo. civil_____

Ocupación_____

Lugar y fecha de nacimiento_____

Dirección_____Tel._____

Nombre del dentista_____

Dirección_____Tel._____

II MOTIVO DE LA CONSULTA: Urgencia ( ) Tratamiento ( )

III PADECIMIENTO ACTUAL:

Fecha de aparición_____

Evolución_____

_____

Signos y síntomas_____

_____

_____

IV ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene general: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

Antecedentes de inmunizaciones: B.C.G. ( )

Antivarilosa ( ) Antipolio ( ) D.P.T. ( )

Otras_____

Tabaquismo ( )

Alcoholismo ( )

Tipo de alimentación_____

_____Peso_____

Ha recibido antes atención odontológica _____

Si ( ) No ( )

De qué tipo_____

_____

Mujeres: Está embarazada: _____ Si ( ) No ( ) _____

Trimestre_____

V ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Ha presentado o presenta alguna de las siguientes enfermedades:

Trastornos nutricionales_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Problemas cardíacos_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Trastornos vasculares_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Problemas hepáticos_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Problemas respiratorios_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Trastornos endócrinos_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Problemas respiratorios_____Si ( ) No ( )

_____

Problemas neoplásicos_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Problemas mentales_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Problemas inmunológicos_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Otros problemas_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Sufrió o sufre alguno de los siguientes problemas:

Infecciones Virales:

Sarampión_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Rubeola_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Viruela_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Varicela_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Poliomielitis_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Herpes simple_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Herpes zoster_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Otras_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Infecciones micóticas:

Actinomicosis_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Candidiasis_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Otras_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Infecciones bacterianas:

Tuberculosis_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Sífilis_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Granuloma piógeno_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Difteria_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Otras_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Ha presentado o presenta algún trastorno de la sangre:

Hemofilia_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Anemia_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Púrpura_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Otros_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

Antecedentes alérgicos:

Es alérgico o ha reaccionado en forma adversa a:

Anestésicos locales_____Si ( ) No ( )

Especifique_____

_____

Penicilina u otros antibióticos_____Si ( ) No ( )

Especifique_____

_____

Narcóticos_____Si ( ) No ( )

Especifique_____

_____

Otros_____Si ( ) No ( )

Especifique_____

_____

Ha presentado problema grave relacionado con algún tratamiento dental previo_____Si ( ) No ( )

Especifique_____

_____

Está tomando actualmente algún medicamento_____

_____Si ( ) No ( )

Cuál_____Uso_____

Tiempo prolongado_____

VI ANTECEDENTES DE TRASTORNOS BUCALES:

Mala higiene bucal_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

Maloclusión y/o malposición dentaria_____

_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

Caries dental_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

Parodontopatías_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

Cáncer bucal_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

Problemas de traumatología maxilo facial_____

_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

Otros_____Si ( ) No ( )

Observaciones_____

_____

_____

VII ANTECEDENTES MEDICOS:

Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida_____Si ( ) No ( )

A qué edad_____Motivo_____

_____

Algún familiar cercano presenta o ha presentado algún tipo de enfermedad_____Si ( ) No ( )

De qué tipo; especifique_____

_____

_____

VIII SIGNOS VITALES:

Temperatura_____Presión arterial_____

Pulso_____Frecuencia respiratoria_____

IX EXAMEN EXTRABUCAL:

Cráneo: Braquicéfalo ( ) Dolicocéfalo ( ) Mesocéfalo ( )

Perfil: Recto ( ) Cóncavo ( ) Convexo ( )

Tez:_____

Labios: Tamaño_____Consistencia_____Integridad_____

Linfáadenopatias:_____

_____

Articulación temporo mandibular:

Con desplazamiento en función_____Si ( ) No ( )

Con ruidos en función_____Si ( ) No ( )

Dolorosa_____ _____Si ( ) No ( )

Describa_____

_____

_____

_____

Presencia de fístulas_____Si ( ) No ( )

Describa_____

_____

Asimetrías extrabucales_____Si ( ) No ( )

Describa_____

_____

Otras observaciones_____

_____

_____

_____

X EXAMEN INTRABUCAL:

Mucosa: Color Consistencia Integridad Forma y volumen

Masticatoria:

Especializada:

Revestimiento:

Amígdalas:

Istmo de las fauces:

Observaciones_____

_____

_____

_____

Orofaringe_____

Observaciones_____

_____

Glándulas salivales: Parótida ( ) Submaxilares ( )

Sublinguales ( )

Observaciones_____

_____

_____

Otras estructuras_____

_____

_____

XI ESTUDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS:

Examen estomatológico:

Oclusión_____Si ( ) No ( )

Modelos de estudio_____Si ( ) No ( )

Higiene oral simplificada_____Si ( ) No ( )

Análisis de dentición mixta_____Si ( ) No ( )

Necesidades de operatoria y terapia pulpar_____

_____Si ( ) No ( )

Necesidades de endodoncia y cirugía menor_____

_____Si ( ) No ( )

Necesidades de tratamiento parodontal_____

_____Si ( ) No ( )

Necesidades protésicas_____Si ( ) No ( )

Necesidades ortodóncicas_____Si ( ) No ( )

Otros exámenes_____

_____

_____

Examen radiográfico:

Estructuras	Tipo de estudio	Hallazgos

Pruebas de vitalidad pulpar:

	Respuesta positiva	Respuesta negativa
Prueba eléctrica (vitalómetro):	( )	( )
Pruebas térmicas:	( )	( )
Calor:	( )	( )
Frío:	( )	( )
Empleo de la fresa:	( )	( )

Exámenes de laboratorio:

Tipo de estudio	Hallazgos
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

XII OCLUSION:

Relación de molares: Derechos_____Izquierdos_____

Relación de caninos: Derecho_____Izquierdo_____

Relación de anteriores: Normal_____Div. I_____

Div. II_____Clase III_____

Apiñamiento: Anteriores_____Posteriores_____

Espacio Ant._____Post._____

Línea media: Mandibular_____Maxilar_____

Facetas desgastadas: Incisivos mandibular_____

Molares_____Caninos_____

Tamaño de la lengua_____Frenillo maxilar_____

Frenillo mandibular_____Frenillo lingual_____

Versiones_____

XIII HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA:

Diente:	Primera consulta				Ultima consulta			
	0	1	2	3	0	1	2	3
16 primer molar sup. der.								
11 incisivo superior								
26 primer molar sup. izq.								
36 Primer molar inf. izq.								
31 incisivo inferior								
46 primer molar inf. der.								
SUMA:								
PROMEDIO								

XIV DIAGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR

OPERATORIA Y TERAPIA PULPAR:

	Criterios	Superior derecho								Superior izquierdo								Inferior izquierdo								Inferior derecho							
1	CP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
	CT				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							75	74	73	72	71	81	82	83	84	85			
2	OP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
	OT				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							75	74	73	72	71	81	82	83	84	85			
3	A	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3
4	TP																																
5	CAV																																
6	MAT																																
7																																	

XV EXODONCIA Y CIRUGIA MENOR:

8	EP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
	ET				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							75	74	73	72	71	81	82	83	84	85			
9	EIP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
	EIT				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							75	74	73	72	71	81	82	83	84	85			

	Criterios	Superior derecho								Superior izquierdo								Inferior izquierdo								Inferior derecho							
10	ED	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4
	ED				2	2	2	1	1	1	1	2	2	2							2	2	2	1	1	1	1	2	2	2			
11	CM																																

XVI PARODONCIA:

12	P																																
	PS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	M																																
	PP	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	A																																
	P	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

XVII PROTESIS:

15	Fija:																																
	A																																
	I																																
	N																																

	Criterios	Superior derecho	Superior izquierdo	Inferior izquierdo	Inferior derecho
16	Removible:				
	A				
	I				
	N				
17	Total:				
	A				
	I				
	N				

XVIII ORTODONCIA:

18	ME		
19	P		

20	Consultas:	Programadas	Utilizadas
21	Expediente:		Total:

XIX DIAGNOSTICO:

XX PRONOSTICO:

XXI PLAN DE TRATAMIENTO:

Consulta	Actividades	Fecha

XXII NOTAS DE EVOLUCION:

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DENTISTA

B I B L I O G R A F I A

ABREU MARTIN LUIS
Fundamentos de diagnóstico
Editorial: Francisco Méndez C. Edición 2.
Págs. 263,269,427-(431),446,449,455,461,462

BURKET W. LESTER
Medicina bucal diagnóstico y tratamiento
Editorial: Interamericana. Edición 6.
Págs. 8-(11).

CARDONA ORTEGA MANUEL
Propedéutica Fundamental
Editorial: Francisco Méndez C. Edición 12.
Págs. 31-(43),13-(29).

DELP, MAHLON IT.
Propedéutica Médica. Edición 2.
Págs. 20, 21

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
Editorial: Salvat
Págs. 568, 569, 729.

MANUAL DE HISTORIA CLINICA DE ENEP-ZARAGOZA

MITCHELL F. DAVID
Propedéutica Odontológica
Editorial: Interamericana
Págs. 16-(24), 93-(97), 99-(104).

PRIOR A. JOHN SILVERTEIN S. JACK
Propedéutica Médica
Editorial: Interamericana. Edición 3.
Págs. 108, 111, 130, 136, 137.

C A P I T U L O I V

DATOS RADIOGRAFICOS

Los tipos de radiografías intraorales más usadas - en odontología son:

a) Radiografía periapical
b) Radiografía interproximal
c) Radiografía oclusal.

a) Periapical. Examen que incluye el diente entero y sus estructuras adyacentes las cuales se mencionan a continuación.

Maxilar Inferior:

- Borde inferior de la mandíbula o rama horizontal
- Procesos mentonianos
- Foramen lingual
- Hueso cervical alveolar
- Crestas alveolares
- Espacio del ligamento periodontal
- Tubérculos genianos
- Trabéculas óseas horizontales
- Cemento, dentina, pulpa y esmalte

- Espacio interdentario
- Lámina cortical
- Conducto dentario inferior
- Agujero mandíbular

Maxilar Superior:

- Piso de las fosas nasales
- Conductos palatinos anteriores
- Tuberosidad del maxilar (hueso esponjoso)
- Sutura palatina media
- Trabéculas óseas verticalmente
- Hueso cortical alveolar
- Cresta alveolar
- Espacio del ligamento periodontal
- Cemento, dentina, pulpa y esmalte
- Espacio interdentario
- Seno maxilar

b) Interproximal o aleta mordible. Se utiliza para describir cualquier alteración en las superficies proximales de las regiones coronal y cervical de los dientes, también - para examinar las crestas óseas interpróximales, el examen - radiográfico revela las siguientes estructuras anatómicas:

- Esmalte
- Dentina

- Pulpa (tamaño y modificaciones)
- Hueso cortical alveolar
- Cresta alveolar
- Trabéculas óseas
- Espacio del ligamento periodontal
- Espacio interdentario
- Areas de contacto interpróximal
- Cemento (región cervical)

c) Oclusal. Examen de zonas grandes del maxilar -- superior o inferior, en este tipo de examen radiográfico encontramos las siguientes estructuras anatómicas:

Maxilar Superior:

- Agujeros palatinos posteriores
- Pared lateral de la fosa nasal
- Pared media del seno maxilar
- Sutura palatina media
- Hueso palatino esponjoso
- Trabéculas óseas
- Agujero palatino anterior
- Arcada dentaria superior
- Espacio hamular

Maxilar Inferior:

- Proceso mentoniano
- Foramen lingual
- Trabéculas óseas
- Tubérculos genianos
- Arcada dentaria inferior
- Borde inferior de la mandíbula

Las radiografías intraorales son de gran importancia para el odontólogo ya que nos ayudarán al diagnóstico y servirán de base para la planeación del tratamiento.

La técnica intraoral comprende todos los métodos y procedimientos radiográficos, en la cual la radiografía se coloca dentro de la boca.

TECNICA DE BISECCION (bisectriz)

Requiere que el operador forme un bisector imaginario formado por el eje del diente y la película de rayos X.

El ángulo se forma donde la película contacta con la corona dental tomando en cuenta esto, el operador debe dirigir el rayo central a través del vértice del diente de tal manera que choque con el bisector formando ángulos rectos.

Cuando esta angulación es correcta, permite obte-- ner una imágen del diente, exactamente de la misma longitud que el objeto.

TECNICA DE PARALELISMO

Requiere una distancia película-objeto que sea lo más larga posible y práctica. En este tipo de técnica tam- - bién se debe tomar en cuenta la forma del paladar, posición del arco dentario, falta y/o posición de los dientes.

Esta técnica requiere que el rayo choque con el -- objeto y superficie registradora, formando ángulos rectos, y que la película sea colocada en posición paralela con un pla no que pase a través del eje largo del diente, generalmente necesita a una separación bastante grande entre diente y película.

Cuando la distancia es correcta, permite obtener - un registro de la imágen más exacta en tamaño y forma.

POSICION DE LA CABEZA

Para radiografiar las regiones maxilares, la cabeza del paciente debe colocarse de forma que el plano sagital sea vertical, y que una línea que pase por el trago de la -- oreja al ala de la nariz sea horizontal.

Para radiografiar las regiones mandíbulares, la línea del trago de la oreja a la comisura de la boca, debe ser horizontal.

EXAMEN PERIAPICAL

Con el examen radiográfico periapical completo, el dentista obtiene un registro comprensivo que ayudará al diagnóstico y que servirá de base para planear el tratamiento. - Las radiografías dentales individuales revelan los trastor-- nos que deben tratarse, y sirven como base para elegir el -- procedimiento terapéutico adecuado.

PELICULAS QUE SE NECESITAN

En adultos, el examen radiográfico periapical com-- pleto consta de 14 radiografías.

(7 superiores y 7 inferiores; 3 para dientes ante-- riores; 2 promolares; 2 molares).

En niños, el examen radiográfico consta de 10 ra- - diografías;

(5 superiores y 5 inferiores; 1 para dientes ante-- riores; 2 para caninos; 2 para molares).

RADIOGRAFIAS EXTRAORALES:

Aunque las radiografías extraorales no sustituyen - el examen radiológico intraoral, complementan la información obtenida en las radiografías periapicales, interproximales y oclusales.

Las radiografías extraorales permiten examinar to-- das las estructuras anatómicas que están relacionadas con la cavidad oral, y así descubrir un ente patológico existente. Entre la gran variedad de tipos de radiografías extraorales que existen sólo mencionaremos las que están relacionadas -- con el absceso dentoalveolar.

- Proyección antero-posterior
- Proyección lateral derecha o izquierda
- Proyección lateral oblicua
- Proyección panorámica

Interpretación radiográfica del absceso dentoalveolar de acuerdo al examen periapical, ya que es la radiografía especializada en esta alteración:

Periapical. El comienzo de estas lesiones tiene lu-- gar cuando la pulpa del diente afectado se infecta por bacterias, por lo general por una lesión cariosa, por un traumatis

mo en un diente, también causará degeneración de la pulpa, - lo que origina la formación de un absceso.

Antes de que pueda observarse en la radiografía los efectos de un absceso los productos tóxicos deben pasar a -- través del canal pulpar hacia el foramen apical.

Una vez que alcanza el ápice del diente tiene lugar la descalcificación en el tejido óseo que rodea el ápice.

Aproximadamente debe perderse un tercio de calcio - óseo para que pueda apreciarse en la radiografía el absceso.

Cuanto mayor sea el tiempo de que disponga el absceso para desarrollarse tanto más oscuro aparecerá en la radiografía.

Cuando se advierte una zona radiolúcida en la re- - gión apical y la lámina dura que rodea el ápice se halle - - obliterada nos indicará claramente la formación de un absceso.

El absceso dentoalveolar agudo es una lesión de - - avance tan rápido que con excepción del leve ensanchamiento del espacio del ligamento paradontal, no suele haber signos

radiográficos de su presencia, cuando el absceso dentoalveolar agudo primario presenta muy pocos signos radiográficos; el espacio periodontal está engrosado y suele haber alguna - solución de continuidad ósea, pérdida de la definición de la lámina dura; un absceso dentoalveolar agudo sólo se observa cuando ocurre una exacervación a consecuencia de una perio-- dontitis crónica.

El absceso dentoalveolar crónico a diferencia del - absceso dentoalveolar agudo es una lesión de avance lento -- que suele desarrollarse durante semanas e incluso años sin - que el paciente experimente molestia alguna, el absceso presenta una zona radiolúcida bien definida en el ápice del - - diente.

Existe a menudo una zona evidente de resorción ósea alrededor del vértice de la raíz y de la lámina dura.

La lesión se identifica por una zona radiolúcida oscura que indica la formación de un absceso crónico.

La lesión ósea asociada con la periodontitis apical crónica es una lesión bien circunscrita. Desde el punto de - vista radiográfico, aparece como una zona radiolúcida, cuyo diámetro varía de unos milímetros a un circulo del tamaño -- de una avellana. El perimetro óseo de la lesión puede aparecer radiopaco.

Mediante la radiografía resulta prácticamente imposible diferenciar la lesión de la periodontitis apical crónica de la del quiste apical. A veces, el quiste puede ser más circunscrito y tener un perímetro óseo más denso. También suele desplazar las raíces que lo rodean.

Oclusal. En la radiografía oclusal observamos los mismos datos radiográficos que en la radiografía periapical como son: espacio parodontal engrosado, suele haber una solución de continuidad ósea, pérdida de la definición de la lámina dura.

Existe también una zona evidente de resorción ósea, alrededor del vértice de la raíz y la misma raíz quizá presente alguna resorción.

La interpretación radiológica de los demás tipos de radiografías se basa en lo anteriormente dicho en la radiografía periapical y oclusal ya que cada película difiere en su toma de exposición y técnica.

B I B L I O G R A F I A

GOMEZ ALVARADO JORGE JESUS
Los Rayos X y sus Efectos
UNAM México 1973.
Págs. 44,46-(51),92,96,97,108-(111).

GORLIN J. ROBERT-GOLDMAN M. HENRY
Thoma-Patología Oral
Editorial: Salvat
Edición: 2a. reimpresión 1981.
Págs. 374,376.

KODAK
Los Rayos X en Odontología
Págs. 16-(20),34,42.

KRUGER O. GUSTAV
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial: Interamericana
Edición: 4a. 1978.
Págs. 298.

O' BRIEN C. RICHARD
Radiología Dental
Editorial: Interamericana
Edición: 3a. 1979
Págs. 63,65,68,71,78,80,88-(91),131-(138),140,213,214,216.

RIES CENTENO A. GUILLERMO
Cirugía Bucal
Editorial: El Ateneo
Edición: 7a. 1978
Págs. 320.

SHAFER G. WILLIAM; HINE K. MAYNARD; LEVY M. BARNET
Tratado de Patología Bucal
Editorial: Interamericana
Edición: 1a. 1977
Págs. 454.

C A P I T U L O V

COMPLICACIONES DEL ABSCESO DENTOALVEOLAR

Las complicaciones causadas por la infección odontogénica se debe principalmente a la extensión directa de la inflamación y productos secundarios, pero también interviene la diseminación linfática y vascular de la infección.

Cuando el absceso dentoalveolar no es tratado, puede llevar a complicaciones graves por extensión de la infección. Ellas incluyen celulitis, osteomielitis, formación de un trayecto fistuloso y su abertura a piel o mucosa bucal.

También ha sido comunicado trombosis de seno cavernoso, así como también han sido reportadas angina de Ludwing e infecciones de espacios anatómicos específicos.

El exudado purulento procedente de un absceso perio dontal apical, como el de cualquier otro absceso, parece elegir la vía de menor resistencia.

INFECCIONES DE ESPACIOS ANATOMICOS

- Espacio infratemporal

La infección de este espacio por un absceso apical es una complicación rara; pero peligrosa. El exudado purulento puede escapar de un absceso apical de los molares segundo y tercero, por encima de la inserción del buccinador, y volver a está región.

Aunque la prolongación directa de una infección dental dentro del espacio infratemporal es rara, se han comunicado varios casos de absceso no dentales en este lugar después de una inyección dentro de dicha región. Otros se han registrado después de la extracción de un molar del maxilar superior y se han registrado casos de osteomielitis del cóndilo y de la escotadura sigmoidea después de absceso de este espacio.

Los signos clínicos son; pirexia, trismo, desviación del maxilar inferior hacia el lado afectado al abrir la boca, dolor intenso, especialmente al abrir la boca. Puede haber tumefacción de la faringe con dificultad de deglución y edema del ojo.

El peligro principal reside en la tromboflebitis que puede prolongarse hacia el seno cavernoso.

- Espacio faringeo externo.

La infección de este espacio con la formación de un absceso suele abarcar la faringe y causar dificultades con - la deglución y hasta en la respiración.

La infección es producida por un tercer molar y a - veces un segundo molar, en particular por la infección en el espacio submandibular o por extensión directa desde el diente, es común que haya trismus.

- Espacio retrofaringeo

Aquí la infección puede ser el resultado de la ex-- tensión mesial del espacio faringeo, y puede llegar a originar un absceso que desplace o presione la aponeurosis buco-- faringea hacia adelante e invada la faringe, es posible que la infección de este espacio se extienda al mediastino.

- Espacio parotídeo

La infección de este espacio que suele alcanzar la glándula desde el espacio faringeo lateral o por extensión - retrograda a lo largo del conducto parotídeo, se orienta típicamente hacia la línea media o hacia abajo y se abre en el - cuello o cavidad bucal. Las infecciones primarias del espa-- cio parotídeo se abren en el espacio faríngeo lateral, con - facilidad, porque la aponeurosis es delgada en la porción --

profunda del espacio parotídeo. La extensión de la infección hacia la fosa temporal, también es posible.

- Espacio del cuerpo de la mandíbula

Cuando la infección originada en incisivos, caninos o premolares afecta el espacio del cuerpo de la mandíbula -- hay induración o fluctuación del surco vestibular, cuando -- esta atacada la lámina cortical externa.

Cuando lo está la lámina cortical interna la infección se limita al piso de la boca.

La infección que se origina en los molares y afecta la lámina cortical externa produce la tumefacción del vestíbulo bucal, si la infección perfora el hueso sobre la línea oblícua externa, afecta el bucinador. Si la perforación está debajo de esta línea la infección puede descargarse en la piel. La extensión lingual desde premolares o molares infectados va hacia el piso de la boca, cuando la perforación del hueso está sobre el nivel de inserción del milohioideo. Debajo de éste, la infección se extiende hacia el espacio submaxilar o hacia la línea media y atrás hacia el espacio faringeo lateral.

- Espacio submaseterino

La infección suele venir del tercer molar inferior, la infección pasa por la fosa retromolar y va hacia el espacio submaseterino, hay trismus y dolor intenso, puede haber hinchazón facial. El paciente se encuentra muy enfermo.

- Espacio submandibular

Se divide en tres espacios:

a) Espacio submaxilar. La infección del espacio submaxilar suele originarse en molares inferiores y produce una hinchazón cerca del ángulo de la mandíbula. Es uno de los espacios más afectados, suele afectar la glándula submaxilar - y también los ganglios, con la siguiente sialoadenitis y linfoadenitis.

La infección además de extenderse localmente y abarcar los otros espacios submandibulares, puede llegar a los - espacios faringeo lateral y carotídeo, fosa craneana y hasta el mediastino. Cuando ataca la faringe y laringe, puede re-- querirse traqueotomía.

b) Espacio sublingual. Produce una tumefacción - - obvia en el piso de la boca ocasiona tanto disnea como disfagia.

La extensión es la misma que la del espacio submaxilar.

c) Espacio submentoniano. Hay tumefacción anterior en la zona submentoniana. Esto puede ocasionar disnea y disfagia. La extensión de la inflamación es similar a la de los espacios submaxilar y sublingual.

COMPLICACIONES INTRACRANEALES

CELULITIS (flemón)

Es una inflamación difusa de los tejidos blandos, - que no se circunscribe o confina a una zona, pero que al contrario del absceso, tiende a extenderse por los espacios entre los tejidos y a lo largo de los planos faciales.

Los principales microorganismos productores de celulitis son los estreptococos y en menor grado los estafilococos.

Lo más común es que la celulitis de cara y cuello - sea el resultado de una infección dental, ya sea como secuela de un absceso apical u osteomielitis, o después de una -- infección periodontal, hay temperatura elevada y leucocitosis, tumefacción dolorosa de tejidos blandos, la piel está - inflamada, además suele haber linfoadenitis regional, rápida elevación de la frecuencia del pulso, el tratamiento de la - celulitis debe ser a base de administración con antibióticos y la eliminación de la causa de la infección.

ANGINA DE LUDWING

Es una celulitis acentuada que por lo general co- - mienza por el espacio submaxilar y afecta en forma secunda-- ria a los espacios sublingual y submentoniano, la fuente - - principal de la infección está en los molares inferiores con lesiones periapicales o periodontales, pero también provie-- nen de heridas penetrantes en el piso de la boca, como la -- de bala o por arma blanca, también por osteomielitis en una fractura mandibular compuesta.

El segundo y tercer molar son los dientes más fre-- cuentes como fuente de infecciones.

La angina de Ludwing se manifiesta como una hincha- zón acartonada de desarrollo rápido del piso de la boca y la consiguiente elevación de la lengua, la tumefacción es fir-- me, dolorosa y difusa. Hay dificultad para comer y tragar, - así como para respirar, hay fiebre bastante elevada, pulso - rápido, respiración acelerada y una moderada leucocitosis.

A medida que la enfermedad continua, la hinchazón - abarca el cuello, y puede provocar edema y glositis. Esto -- puede conllevar un grave riesgo de muerte por asfixia. A - - continuación la infección puede extenderse al espacio para-- faringeo, vaina carotídea o fosa pterigopalatina. La trombo-

sis del seno cavernoso con meningitis ulterior puede ser una secuela de este tipo de extensión de la infección.

El tratamiento de la angina Ludwing es realizar una traqueotomía para establecer un adecuado pasaje del aire, -- luego, debe mantenerse el estado séptico con un intenso tratamiento antibiótico. Sólamente si el flemón llega a supurar, lo que es muy poco frecuente, debe realizarse la descompresión del mismo, por medio de una incisión submandibular.

TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO (tromboflebitis)

Es un padecimiento grave que consiste en la formación de un trombo del seno cavernoso con sus ramas comunicantes. Ubicadas por encima del maxilar son particularmente propensas a originar esta enfermedad, cuando ocurre por infección dental es a través del plexo pterigoideo. Hay exoftalmía con edema palpebral, así como quemosis.

Hay parálisis de musculos oculares externos, es común que halla cefalea, vómitos, dolor y fiebre. La muerte se debe a piemia, septicemia, absceso cerebral o meningitis. El tratamiento consiste en el empleo de antibióticos en dosis altas y compresas calientes.

SINUSITIS MAXILAR

La sinusitis maxilar es una inflamación aguda o crónica del seno maxilar puede deberse a la extensión directa de la infección dental, pero también se origina por enfermedades infecciosas como resfriado común, gripe etc. La generación de la sinusitis maxilar como consecuencia de la infección dental depende en gran medida de la relación y cercanía de las raíces de los dientes con el seno maxilar.

Presenta signos subjetivos y objetivos. Los primeros pueden ser; un olor fétido que sale por la fosa nasal correspondiente y que es percibido por el paciente, y dolores irradiados a todo un lado de la cara, inclusive los dientes del maxilar superior correspondiente. Los signos objetivos son: salida de pus por la nariz, sobre todo si el enfermo inclina la cabeza hacia adelante. La transiluminación de las cavidades sinusales constituye un signo precioso, pues es fácil comprobar la opacidad del seno enfermo y la transparencia del sano. El tratamiento debe comenzarse por extraer la raíz o el diente enfermo, después de lo cual se esperará de 3 a 4 días. El odontólogo debe abstenerse de efectuar lavajes, ni de instituir ningún tratamiento quirúrgico. Si a los 4 días de haber eliminado el diente causal de la sinusitis los signos de ésta no desaparecen, el paciente debe

ser enviado sin mayores dilaciones a la consulta de un rinólogo, quien establecerá el tratamiento que estime conveniente.

OSTEOMIELITIS

Es una enfermedad inflamatoria del hueso que comienza como una inflamación de la cavidad medular y sistemas haversianos y se propaga hasta el periostio de la zona inflamada. La inflamación queda establecida en la porción calcificada del hueso, cuando cede la irrigación sanguínea de éste último a causa de la presencia de pus en la cavidad medular o debajo del periostio. Después de la izquemia la porción correspondiente del tejido agudo se necrosa.

Puede originarse en los maxilares como resultado de una infección dental así como por una diversidad de situaciones.

La enfermedad es aguda, subaguda y crónica y presenta un curso clínico diferente según su naturaleza.

OSTEOMIELITIS SUPURATIVA AGUDA

Es una secuela grave de las infecciones periapicales que a menudo terminan en la extensión difusa de la infec

ción por los espacios medulares, con la ulterior necrosis de cantidades variables de hueso.

La frecuencia de la osteomielitis de los maxilares es baja, lo cual es sorprendente ya que la infección en forma de absceso en el ápice de un diente es frecuente. De manera que sólo puede presentarse por una propagación extensa -- de pus por la porción esponjosa de hueso cuando hay una rotura en la membrana piógena protectora.

Esto ocurre por una maniobra quirúrgica inadecuada o por el uso de calor externo para el tratamiento de un - - absceso intraóseo cuando no ha sido establecido un drenaje.

La causa desencadenadora de la osteomielitis puede ser el estafilococo aerous, estafilococo albus, estreptococos, neumococos y bacilos tifoideos o a veces gérmenes mixtos.

Son factores predisponentes todos los que disminuyen la resistencia del cuerpo contra la infección o que reducen la irrigación sanguínea local del hueso. Así pues, ésta enfermedad puede estar asociada con malnutrición intensa, -- diabetes, leucemia, agranulocitosis, sífilis, fiebre tifoidea, la osteomielitis también puede desarrollarse a partir - de una infección de origen hematógena o no hematógena.

La osteomielitis puede presentarse a cualquier - - edad, es más común en el maxilar inferior que en el maxilar superior.

El adulto atacado de osteomielitis aguda presenta - dolor intenso, elevación de la temperatura con linfoadenopatía regional, aumento de leucocitos, los dientes de la zona - infectada están flojos y duelen, resulta difícil, sino imposible comer. La parestesia o anestesia del labio es común en los casos mandibulares. Hasta que aparece la periostitis, no hay hinchazón o enrojecimiento de piel o mucosas.

OSTEOMIELITIS SUPURATIVA CRONICA

Se origina una vez que ha remitido la fase aguda -- de la enfermedad o también como consecuencia de una infec- - ción dental sin una fase aguda previa.

Las características clínicas son similares a la de la osteomielitis supurativa aguda, aunque sus signos y sín-- tomas son más leves.

El dolor es de menor intensidad, la temperatura sigue siendo elevada pero de menor magnitud, y la leucocitosis es algo mayor que lo normal. Los dientes pueden estar o no - flojos, es posible que haya exacerbaciones agudas periódicas.

La infección puede perforar hueso, piel y mucosa -- suprayacente para formar un trayecto fistuloso y drenar en - la superficie.

OSTEOMIELITIS ESCLEROSANTE FOCAL CRONICA (osteitís condensante).

Es una reacción desusada del hueso a la infección.

Cuando la resistencia de los tejidos es muy alta o hay una infección de bajo grado es más común en personas jóvenes, menores de 20 años, el diente atacado con mayor frecuencia es el primer molar inferior.

Puede no haber más signos y síntomas que dolor leve vinculado con pulpar infectada.

OSTEOMIELITIS ESCLEROSANTE DIFUSA CRONICA

Es similar a la forma focal y también es una reacción proliferativa del hueso a una infección de bajo grado.

En muchos de estos casos, la puerta de la infección no es la caries sino la enfermedad periodontal difusa, puede producirse a cualquier edad pero es más común en personas mayores.

El tratamiento de la osteomielitis tanto aguda como crónica demandan sea establecido y mantenido el drenaje y que la infección sea tratada con antibióticos para impedir - mayores complicaciones.

QUISTE RADICULAR (quiste periodontal periapical radicular)

Es el más frecuente de los quistes bucales, tiene - un origen inflamatorio, como secuela de la caries dental.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hasta la zona periapical del diente, se forma una zona de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma periapical. -- Dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malas-- sez, normalmente presentes en el ligamento periodontal. Es-- tas islas epiteliales se fusionan y sufren una transforma- - ción quística, dando lugar a un quiste radicular.

El quiste es muchas veces asintomático, y se diag-- nóstica en radiografías dentales sistemáticas.

El diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental. No se puede diferenciar ra-- diográficamente un granuloma apical de un quiste radicular.

El quiste radicular no suele tener un diámetro me-- nor de 0.5cm.

La superficie mural del quiste puede ser rugosa o - lisa, según su estadio de desarrollo. El contenido suele ser grumoso o contener gran cantidad de cristales de colesterol resplandeciente.

Su tratamiento es similar al del granuloma apical, se extrae el diente afectado y se curetea minuciosamente el tejido periapical en ciertas condiciones, se puede efectuar el tratamiento endodóntico con apicectomía de la lesión quís tica. Si la enucleación es cuidadosa el quiste no recidiva si se dejan restos epiteliales es posible que aparezca un -- quiste residual.

B I B L I O G R A F I A

DURANTE AVELLANAL CIRO
Diccionario Odontológico
Editorial: Mundi S.A.I.C y F.
Edición: 4a. 1982
Págs. 170, 574.

GORLIN J. ROBERT; GOLDMAN M. HENRY
Thoma-Patología Oral
Editorial: Salvat
Edición: 2a. reimpresión 1981
Págs. 328-(380), 382-(387), 398-(400), 405, 408.

KRUGER O. GUSTAV
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial: Interamericana
Edición 4a. 1978
Págs. 298, 299.

RIES CENTENO A. GUILLERMO
Cirugía Bucal
Editorial: El Ateneo
Edición: 7a. 1978
Págs. 317-(320).

SHAFER G. WILLIAM; HINE K. MAYNARD; LEVY M. BARNET
Tratado de Patología Bucal
Editorial: Interamericana
Edición 1a. 1977
Págs. 456, 457, 460, 352, 466-(469), 470-(474).

ZEGARELLI V, EDWARD
Diagnóstico en Patología Oral
Editorial: Salvat, 1972.
Págs. 378, 379.

C A P I T U L O V I

C A S O S C L I N I C O S

COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE SINUSITIS EN NIÑOS:

UNA SECUELA DE ABSCESOS PERIAPICALES:

Introducción:

Un absceso alveolar es la extensión de una pulpa necrótica o putrefacta dentro del área periapical, causando necrosis del hueso y tejido en el área afectada, con la acumulación de exudado purulento. Como el absceso progresa más, el tejido puede complicarse, incluyendo los dientes adyacentes, y la presión de exudado purulento acumulado puede producir una comunicación del seno al exterior, o a la cavidad nasal u oral. Las complicaciones serias de las infecciones periapicales son relativamente raras considerando el número de dientes afectados que aparecen en la población.

Sin embargo, en algunos casos la infección se propaga a los tejidos de otras partes de la cavidad oral causando abscesos submandibulares y superficie sublingual.

Los abscesos pueden producirse también en el triángulo submaxilar o en el espacio parafaríngeo o submaseterino.

En el maxilar, la infección periapical puede afectar únicamente a los tejidos suaves de la cara. También se puede extender al espacio infratemporal incluyendo los senos y de ahí al sistema nervioso central en donde puede causar serias complicaciones como empiema, abscesos cerebrales o meningitis.

Este reporte describe a 2 niños con complicaciones intracraneales y abscesos periapicales en los incisivos superiores; la infección se extiende al sistema nervioso central a través de los senos maxilar y frontal.

El próposito de este reporte es alertar a los médicos y dentistas de la frecuencia de estas complicaciones, -- aún en la era de los antibióticos.

Reporte de 2 casos:

Caso I:

Un niño de 6 años de edad se presentó con un dolor de cabeza frontal, fiebre, congestión nasal, infección nasal e hinchamiento debajo del ojo izquierdo con tres días de duración.

Dos semanas antes el niño se había fracturado el incisivo superior izquierdo. Dos días posteriores a la admisión - él había sido atendido en el departamento de pacientes externos, donde las radiografías del cráneo y del seno frontal revelaron apecificaciones del etmoides izquierdo y de los senos maxilares externos. Se empezó con terapia de ampicilina oral, pero no mejoró. El examen físico en la admisión reveló un a-- largamiento de los nudos linfáticos submandibulares izquier-- dos y cervical izquierdo y marcada celulitis, con hinchazón y coloración púrpura del área maxilar izquierda extendida hacia el párpado superior.

El paciente tenía una clara descarga mucosa de su - fosa nasal izquierda.

Se notaba un absceso en la raíz del incisivo supe-- rior izquierdo.

Los rayos X de los senos mostraron marcada densidad del etmoides izquierdo y de los senos maxilares y un absceso en la raíz del incisivo superior derecho.

Se aplicó el procedimiento de Caldwell-Lue, drenaje etmoidal y craneotomía frontal. Durante la cirugía hubo una - zona evidente de inflamación de la placa cribiforme.

También fué drenado el absceso dental y el incisivo afectado se extrajo.

El paciente comenzó el curso de la terapia con ampicilina 150 mg/kg por día y oxalisina 150 mg/kg por día, la -- hinchazón facial disminuyó lentamente y había una leve disminución de sinusitis.

La terapia del paciente con ampicilina se continuó durante 14 días. Un año más tarde la E.N.T. y clínicas dentales mostraron completa disminución del absceso dental y sinusitis.

Caso 2:

Un niño de 7 años de edad se presentó con dolor localizado en la frente del lado izquierdo con 2 semanas de duración. 3 semanas posteriores a su admisión, el niño empezó a quejarse de su incisivo superior derecho, el cual se tapó.

3 días antes de su admisión su temperatura subió a 38.2°C y al día siguiente él empezó a recibir terapia con eritromicina oral; sin embargo el niño empezó a estar molesto y a pelear, y a no cooperar. Sus dolores de cabeza continuaron siendo palpitantes, el niño empezó a vomitar y se reveló - celulitis periorbital bilateral. en la admisión , el pa- - ciente estaba irritable, inquieto sin deseos de cooperar y desorientado, su temperatura era de 38.1°C, su pulso de 84 pulsaciones por minuto y la respiración de 28 por minuto, - los exámenes físicos y neurológicos eran normales, excepto -

para la celulitis periorbital bilateral y el absceso periapical en el incisivo superior derecho.

Al paciente se le aplicó terapia parenteral con - cloramfenicol y meticilina.

Durante los primeros 4 días de su hospitalización su condición se deterioró gradualmente. Su temperatura aumentó a 39°C y empezó a ser más delirante y combativa.

Al 5o día se desarrolló edema papilar bilateral y - se dilató su pupila izquierda se le aplicó mannitol parenteral para el tratamiento del edema cerebral.

Al 6o día se le tomó una tomografía computarizada mostrando un irrevelable signo en el área parietal izquierda consistente en encefalitis.

El niño continuó con fiebre antes del 7o. día la terapia, y su condición no mejoró. En ese tiempo se le agregó a la terapia metronidazol.

Se tomó una repetición de tomografía computarizada 16 días después de la admisión, mostrando formación de un -- absceso agudo.

Se llevó a cabo drenaje quirúrgico, y se encontró una gran efusión purulenta sobre el área frontal izquierda y una encefalitis latente.

Después de la intervención quirúrgica las condiciones del paciente y su estado mental mejoraron levemente. El paciente fué dado de alta del hospital después de 37 días, de los cuales se incluyeron 30 días de terapia antimicrobiana.

El niño continuó en la clínica neurológica por un año y mostró cura completa de la infección y sin secuela neurológica.

CICATRIZ APICAL DESPUES DEL CURETAJE APICAL SIN INTERVENCION QUIRURGICA:

Varias técnicas de apexificaciones se han descrito para estimular la cicatriz de ápices muy abiertos en dientes con pulpas no vitales. Un método comúnmente usado descrito - por Frank; usa una pasta de clorofenol hidróxido de calcio la que temporalmente se sella en un espacio del canal de una raíz preparada de 3 a 6 meses. El tratamiento se continúa - hasta que el ápice se cierra lo suficiente y permite la obturación del canal de la raíz.

Se han reportado procedimientos con apexificación y varios estudios han determinado la naturaleza histológica de la cicatriz ápical.

En la literatura se encuentran muy pocos casos - - concernientes a la terapia alternativa que no respondieron a la técnica de apexificación. Lo siguiente es reporte de un caso de un paciente que no respondió a la terapia de hidróxido de calcio hasta que la lesión periapical se curó a través de ápices abiertos.

Reporte de un caso:

En febrero de 1972, una mujer de 18 años vinó a - la clínica de la universidad para una rutina de chequeo, los rayos X muestran una lesión grande que rodea el ápice del incisivo lateral derecho del maxilar superior, el diente estaba levemente decolorado, movido y el ángulo incisivo mesial - estaba ausente.

No había otro signo clínico de condiciones patológicas, las pruebas de la pulpa no respondieron a la estimulación térmica o eléctrica sobre el diente, mientras que los - otros dientes del área respondieron normalmente.

La paciente reportó que se le bajó y astilló el diente a la edad de 9 años. 3 años después tenía una protuberancia que aumentó en la parte distal del paladar, el diente no dolía y rápido drenaba y desaparecia, reportó que la protuberancia aparecía desde entonces; pero nunca le incomodaba y duraba poco tiempo y desaparecía.

Se hizo un diagnóstico de necrosis pulpar con absceso pulpar crónico, los proyectos se hicieron para tratar el diente con con hidróxido de calcio para estimular la cicatriz ápical. La semana siguiente se abrió el diente y se encontró un exudado seroso sanguíneo en el canal; el canal se limpió a la orilla del área de los ápices abiertos, se arregló el diente con hipoclorito de sodio seco y clorofenol alcanforado sobre una torunda de algodón y se selló el diente.

Se obtuvieron 2 cultivos negativos consecutivos, y el diente se llenó con una pasta hecha de una mezcla de clorofenol alcanforado y polvo de hidróxido de calcio. 8 meses más tarde en octubre de 1972, el paciente regresó a la clínica para la evaluación de la condición.

Una radiografía mostraba un pequeño cambio en los ápices de los dientes pero la lesión periapical estaba ligeramente más pequeña. El diente se abrió y se encontró exuda-

do seroso, la pasta anterior se quitó del diente y se puso - otra mezcla fresca de clorofenol alcanforado e hidróxido de calcio y se selló dentro del canal.

En marzo de 1973, el paciente manifestó que la protuberancia había aumentado mientras estaba fuera del poblado y que otro dentista le había abierto el diente y se lo había dejado así para que drenara. Ella regresó a la clínica y le tomaron una radiografía del diente; mostró que la lesión periapical parecía estar curada excepto en una área distal del ápice. El área se interpretó por ser defecto óseo, el diente se limpió y se tapó con más pasta de hidróxido de calcio y - clorofenol alcanforado y se dió terapia de antibióticos durante 7 días.

La paciente regresó en noviembre de 1973; el diente se abrió y se usó una lima para sentir alguna calcificación en el ápice, pero no había evidencia de cicatriz apical.

Nuevamente se puso pasta de hidróxido de calcio y clorofenol alcanforado en el diente, en julio de 1974; el - examen de rayos X, mostró que la lesión periapical estaba - creciendo, el paciente reportó no tener molestia e hinchazón, el diente se abrió y se encontró exudado seroso en el canal. Se hizo gran introducción con agujas más allá del periápice

del diente y el exudado sanguíneo fué removido de esta área, el área y canal periapical se lavó con el hipoclorito de sodio y se secó con puntas de papel.

Este procedimiento se hizo sin el uso de anestesia local y el paciente no encontró inconformidad, Se puso pasta de hidróxido de calcio y clorofenol alcanforado en el diente.

La paciente regresó en abril de 1975; los rayos X registraron un puente calcificado a través del ápice del diente, el diente se obturó con la técnica de la gutapercha caliente con relleno no aparente dentro de los tejidos apicales; a la paciente se le volvió a llamar para la evaluación a los 6 meses, al año y a los 2 años, ella reportó que el diente no presentaba sintomatología, los rayos X mostraron un área radiolúcida que se interpretó como una cicatriz apical.

La cicatriz apical a menudo se forma antes de haber un defecto óseo de las placas corticales bucal y lingual; los demás signos eran normales.

UNA AGUDA INFECCION SEGUIDA DE UN TRATAMIENTO ENDODONTICO

Una infección aguda seguida de la instrumentación inicial del canal de la raíz sobre el primer molar del lado derecho de la mandíbula con una lesión crónica apical. La lesión se controla con drenaje quirúrgico y se prescriben dosis de - eritromicina.

Una infección aguda puede ocurrir en un diente - asintomático seguido de un tratamiento endodóntico; aquí se describe en un primer molar asintomático que llega a infectarse agudamente después del primer tratamiento del canal - de la primera raíz.

Reporte del caso:

Un hombre blanco de 38 años de edad fué admitido en el servicio dental del Centro Médico de Veteranos de San Diego en octubre 18 de 1976. El ingresó con naúseas y vómito persistente aproximadamente dos meses antes; la historia médica del paciente indicó alergia a la penicilina, el examen de rayos X mostró caries que se extendía a la región de la mandíbula del primer molar izquierdo. Una lesión apical crónica se presentó en la parte mesial de la raíz, la terapia del canal de la raíz comenzó al día siguiente y se de--

tectó una caries y se detectó una perforación cariosa de la pared lingual cerca del canal mesiolingual.

Los 4 canales se instrumentaron, se puso medicamento con cresatín con un algodón y también cavit.

El paciente regresó en octubre 26 con una gran hinchazón en la región mandibular del 1er. molar. El tejido sumamente infectado se aspiró y el exudado fué examinado microscópicamente y en cultivo. El diente se abrió, se irrigó y se medicamentó de paraclorofenol alcanforado con una torunda de algodón, y se sobre obturó.

La hinchazón se cortó, al paciente se le dió instrucciones de tomar eritromicina de 250 mg. dos tabletas inmediatamente y una tableta c/6 horas durante 5 días y enjuages con solución salina caliente 4 veces al día.

Cuando el paciente regresó después de algunos días la inflamación había bajado y el canal fué obturado con gutapercha y sellos de Kerr usando la técnica de condensación lateral. El se remitió al departamento restaurativo para tratamiento completo. 1

EXTENSION DE UN ABSCESO DENTAL A LA ORBITA:

Reporte del caso:

Un muchacho de 14 años de edad fué traído a emergencias del hospital con celulitis del lado derecho de la cara y edema periorbital del lado derecho.

El tamaño insólito del hinchamiento del ojo y la obvia toxicidad del niño, indicaba una temperatura de 102.6 F. sugirió un diagnóstico de sinusitis etmoidal. Al paciente se le admitió en el hospital antes de abandonar emergencias recibió 1.2 millones de unidades de penicilina procaínica intramuscular.

La historia que se tenía al admitirse reveló que el paciente había sido visto por un dentista una semana antes por un dolor del incisivo lateral derecho maxilar, había sido una leve hinchazón en el labio sobre el diente por lo que se le había dado tabletas de 250mg. de penicilina fenoximetil cada 6 horas y se le indicó regresara en una semana.

El examen físico demostró que el muchacho negro estaba sano con hinchazón de la mejilla y el ojo derecho, su -

temperatura, (tomada oralmente) era de 99.6 F. Las radiografías de los huesos faciales, cerebro y senos maxilares no revelaron ninguna anomalía o enfermedad del seno. Los resultados de la muestra sanguínea, orina y otros estudios sanguíneos resultaron normales.

Se obtuvo la consulta dental y el examen reveló caries y dolor del incisivo lateral derecho. El canino derecho del maxilar estaba no erupcionado, y el canino deciduo se conservaba intacto todavía.

Las radiografías dentales mostraban una pequeña área radiolucente en el ápice del incisivo lateral consistente en un absceso dental. Además una erupción de odontoma en el canino impactado.

A media noche del día de la admisión la temperatura del paciente subió a 103.2 F. Para evitar más la extensión del absceso se decidió establecer drenaje para remover el incisivo lateral tan pronto como fuera posible.

El 9 de septiembre de 1977, se llevó al paciente a la sala de operaciones donde recibió intravenosamente - - 500mg. de cefalotín en 5% de dextrosa y mitad de solución salina. El incisivo superior derecho se extrajo fluyó copiosa-

mente la pus después de la extracción y se recogió para cultivo y muestra para sensibilidad, los dientes deciduos retenidos se extrajeron.

También la extensión de una pequeña área y la remoción del hueso investigado demostró un odontoma compuesto el que se removió en fragmentos con un poco de esfuerzo. Esto expuso el canino para que permitiera su erupción.

Cefalotín 500 mg. fué administrado intravenosamente cada 6 horas ese día. Esa tarde el paciente dijo que el dolor había desaparecido y se sentía mejor. Su temperatura era de 99 F. el 10 de septiembre día posterior a la intervención la fiebre subió y había hinchazón del ojo izquierdo así como del derecho. Las radiografías del cerebro y de las órbitas se obtuvieron a lo largo de consultas neuroquirúrgicas y oftalmológicas. Los cultivos de pus se tomaron del absceso dental mostrando una infección mixta sin un organismo específico que predominara.

No se presentaron signos neurológicos locales. El globo del ojo derecho resaltado (salido), la vista se dificultó, la vista parecía intacta pero al examinarla se dificultó.

Al día siguiente la hinchazón de la mitad de la cara y el ojo izquierdo había disminuído. El ojo derecho permanecía sin ningún cambio.

Se dió intravenosamente gentamicina 50mg. cada 8 - horas con el cefalotín. Se aplicaron continuamente compresas de agua caliente al ojo derecho, el 13 de septiembre se determinó que había fluctuación en lo más bajo del párpado del ojo derecho. En el mismo día se regresó al paciente a la sala de operaciones para incisión y drenaje.

Se hizo una incisión en lo más bajo del párpado - del ojo derecho y se puso un hemostata debajo del globo. -- Gran cantidad de pus se drenó. Se cultivo la pus y se colocó un conducto (tubito), llamado cateter.

La hinchazón orbital disminuyó y terminó la fiebre pero el exoftalmos del ojo derecho y la diplopia continuó - por 8 días más. El paciente se dió de alta el 21 de septiembre con diplopia persistente, al otro lado de la porción media.

La exoftalmia disminuyó significativamente, se suspendió el tratamiento. El continuó llendo a la clínica para mejorar hasta que su vista fuera normal.

B I B L I O G R A F I A

ATTEBERY HR; KIMURA JT; CARROLL GW.
An acute anaerobic infection following endodontic treatment.
Eng. J. Endod, 1980.
Págs. 793-(795)

BROOK I; FRIEDMAN EM.
Intracranial complications of sinusitis in children. A sequela of periapical abscess.
Eng. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1982.
Págs. 41-(43)

LUDIOW MO
Apical closure after nonsurgical apical curettage
Eng. J. Endod, 1979.
Págs. 151-(153).

PELLEGRINO SV
Extension of dental abscess to the orbit.
Eng. J Am Dent assoc, 1980
Págs. 873-(875).

C A P I T U L O V I I

ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DENTOALVEOLAR

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES:

En general, las infecciones dentro de la cavidad bucal, pueden dividirse en agudas y crónicas. Las agudas pueden ser una secuela de la caries dental, tal sería el caso de un absceso alveolar agudo (absceso periapical agudo), o un trastorno periodontal agudo. La infección crónica puede estar representada por las infecciones periapicales crónicas, como sería el caso de un granuloma o de una osteomielitis crónica de la mandíbula o del maxilar.

Una vez que se ha llevado a cabo un diagnóstico de un absceso alveolar agudo, se tomará la decisión de extraer o tratar el diente.

TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Es de enorme importancia la prevención adecuada de las infecciones dentales como el absceso dentoalveolar a - -

través de operatoria dental, terapia pulpar vital (pulpoto-- mía, recubrimiento pulpar directo y/o técnicas de recubri- - miento pulpar indirecto), extracción de restos radiculares - no infectados, así como piezas fracturadas e irreparables.

TRATAMIENTO PROFILACTICO:

Dentro de esta fase del tratamiento podemos reali-- zar lo siguiente:

- Drenaje a través de la cámara pulpar
- Incisión y drenaje
- Drenaje a través del alveolo por extracción
- Tratamiento con antibióticos

Drenaje a través de la cámara pulpar. El tratamien- to de este tipo de complicaciones requiere generalmente una sesión inmediata o preparatoria para aliviar el dolor y la - infección mediante apertura del diente a través de la cámara pulpar para establecer un desagüe y esperar a que remitan -- los síntomas para comenzar el tratamiento definitivo.

Incisión y drenaje. Pueden ser dentro o fuera de la boca. El dentista deberá hacer una incisión en la zona donde el absceso está más localizado, una vez hecha la incisión, - se insertará una pinza hemostática con las puntas cerradas.

Luego se abren las puntas y el tejido se separa, para facilitar el drenaje.

Podrá colocarse una canalización para asegurar un drenaje contínuo. Si no se coloca canalización, existe la posibilidad de que la zona de incisión se selle de inmediato y que el drenaje no se efectúe.

Drenaje a través del alveolo por extracción. Si se va a extraer el diente, deberá hacerse tan pronto como sea posible, debido a que mientras más rápido sea retirado el factor causal, más rápidamente se aliviará la infección. La extracción podrá ir acompañada de incisión y drenaje.

Tratamiento con antibióticos. Los antibióticos generalmente no son necesarios en el tratamiento de pacientes normales que requieren extracciones múltiples, alveolectomía, extracción de dientes con asbcesos crónicos, drenaje de absceso localizados, extirpación de quistes pequeños, tampoco son necesarios para muchos pacientes con infecciones pericoronales u osteitis localizada. Sin embargo, en estas situaciones pueden ser necesarios los antibióticos como medida profiláctica en pacientes con diabetes no compensada o con una cardiopatía congénita o adquirida o en los sometidos a corticoterapia o con una historia de radioterapia de los maxilares.

Generalmente los antibióticos están indicados en -- las siguientes circunstancias, incluso en el caso de que el paciente no presente ningún otro problema sanitario:

- Absceso Dentoalveolar Agudo con signos y síntomas generales tales como una temperatura oral de 38°C (38.5°C rectal), dificultad para deglutir la saliva, trismus, tumefacción con distensión notable de los tejidos, dolor intenso a la palpación de la región o signos y síntomas que ponen de manifiesto que el paciente está intoxicado y enfermo.

- Fracturas Faciales Complicadas y Osteomielitis

- Pericoronitis aguda con signos y síntomas generales acentuados.

TRATAMIENTO CURATIVO:

Después de establecer un tratamiento profiláctico - se continuará con el tratamiento curativo que consiste en:

- Tratamiento del canal pulpar
- Apicectomía
- Extracción

Tratamiento del canal pulpar. El tratamiento curativo mediante la fase de obturación del conducto normalmente requiere unas dos horas para los dientes anteriores y cuatro horas para los dientes posteriores.

La técnica del tratamiento comprende:

- Radiografía inicial
- Anestesia
- Aislamiento del campo operatorio
- Acceso a la cámara y los conductos
- Extirpación de la pulpa dental
- Conductometría
- Preparación biomecánica o quirúrgica de los conductos
- Limpieza y secado del conducto
- Obturación del conducto
- Radiografía de control

Apicectomía. Está indicada en toda pieza dentaria que pueda retomar su funcionamiento normal una vez realizada su intervención. Desde este punto de vista la operación se realiza en los dientes que causantes de focos paradentarios no respondan o no hayan respondido al tratamiento conservador efectuado a través del conducto radicular.

Técnica de apicectomía:

- Radiografía inicial
- Aislamiento del campo operatorio
- Anestesia
- Incisión
- Desprendimiento del colgajo mucoperióstico
- Perforación ósea
- Eliminación del foco paradentario
- Seccionamiento de la porción terminal de la raíz
- Colocación correcta del colgajo mucoperióstico
- Suturar

Extracción. Si alguna conductoterapia fracazará, -- debe de estudiarse detenidamente para determinar, si está -- indicado el retratamiento, raspado peri-radicular, apicectomía, y por supuesto, la extracción como último recurso final y decisivo de cualquier infección dentoalveolar.

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ANAEROBICAS:

El medicamento de elección para el tratamiento de - las infecciones anaeróbicas es básicamente la penicilina G, algunos microorganismos como el fusobacterium y el bacteroides fragilis son resistentes a ella.

La lincomicina aún no ha sido probada para el tra-- tamiento de infecciones anaeróbicas. Sin embargo se ha visto que inhibe una gran cantidad de anaeróbios "in vitro" su empleo está indicado en aquellos pacientes con hipersensibilidad o alergia a la penicilina, aunque es menos efectiva en - infecciones por clostridium y fusobacterium varium.

La eritromicina es recomendada para combatir infecciones causadas por cocos anaeróbios.

La vancomicina debe aplicarse en infecciones anaeróbicas producidas por microorganismos gram positivos.

En la actualidad existen dos drogas que han demos-- trado ciertas propiedades terapéuticas y menores riesgos tóxicos, por lo que se han estado empleando en sustitución del cloramfenicol, ellas son:

Clindamicina es un derivado de la lincomicina pero es aún más efectiva en infecciones producidas por bacteroi-- des fragilis, clostridium y fusobacterium, sin embargo, al-- gunos tipos de clostridium son resistentes a este medicamento.

Afortunadamente en la boca no encontramos algún género clostridium. Otra ventaja de la clindamicina es que, --

contraria a muchos otros antimicrobianos, no penetra por vía hemática al cerebro, o más bien no actúa a ese nivel. Sin -- embargo estudios realizados recientemente indican que no - - deben ser usados por un tiempo prolongado ya que puede producir alteraciones en la mucosa del colon.

Metronidazol. Este medicamento es muy activo contra todas las bacterias anaeróbicas con excepción de cierto tipo de microaerofílicos.

Es el único medicamento que muestra buena consistencia y actividad terapeútica contra el bacteroides fragilis.

Esto indica, que es de gran valía para el tratamiento de la endocarditis bacteriana anaeróbica y quizás de muchas otras infecciones serias.

ADMINISTRACION Y POSOLOGIA DE LOS MEDICAMENTOS:

PENICILINA

La penicilina fue el primer antibiótico utilizado - en el hombre. Aunque los efectos de este derivado de hongos fueron descubiertos hasta 1928 por Sir Alexander Fleming en Londres Inglaterra, las pruebas terapeúticas se iniciaron -- hasta 1941.

Tipos de penicilinas. La penicilina G fue la primera en ser descubierta siendo aún la penicilina más eficaz -- contra los microorganismos susceptibles que no producen penicilinasa. La penicilinasa es una enzima producida principalmente por los estafilococos que fraccionan a la penicilina - volviéndola inactiva.

Las penicilinas semisintéticas más nuevas pueden -- destruir a las bacterias productoras de penicilinasa. Las -- penicilinas se pueden subdividir en varias categorías.

Categoría I:

Son las mejores penicilinas para tratar microorga-- nismos sensibles.

- Penicilina G Benzatínica (Vecillin).
- Penicilina G (pentids).

ADMINISTRACION

Las penicilinas anteriores se administran por vía - parenteral y oral.

- Penicilina G procaína

Esta disponible en inyección en una base oleosa o - acuosa; se utiliza para mantener niveles sanguíneos prolongados. Debido a lo anterior se aplica cada 24 horas. Para - mantener dichos niveles terapéuticos.

Estas penicilinas son efectivas contra microorganismos gram positivos y espiroquetas.

PRESENTACION

Cada frasco ámpula contiene:

400,000 U.
800,000 U.
200,000 U.

DOSIS:

Es variable por la intensidad del padecimiento y a juicio del médico.

La dosis de 400,000 U.; puede aplicarse cada 12 horas, en -- especial a niñez.
La dosis de 800,000 U.; puede aplicarse cada 24 horas de preferencia en adultos.

Categoría II:

Estos derivados de la penicilina son estables en medio ácido y se absorben rápidamente por vía oral.

- Penicilina (Maxipen-Syncillin)
- Penicilina V (Compolillin-VK, Pen Vee, Uticilin VK, V - Cillin).

Categoría III:

Estos derivados de la penicilina destruyen a los microorganismos productores de penicilinasa, como los estafilococos. Este grupo incluye:

- Meticilina (Stafcillin, Colbenin). Dosis: 1-2 g cada 6 horas.
- Oxacilina (Prosthaplin, Bactovill). Dosis: 0.5-1 g cada 6 horas.
- Dicloxacilina (Dynapen, Pathocil, Veracillin). Dosis: 0.125-05 g cada 6 horas.
- Nafcilina (Unipen). Dosis: 0.25-01 g cada 6 horas.
- Cloxacilina (Tegopen). Dosis: 0.25-1 g cada 6 horas.

La meticilina no es estable en medio ácido, por lo que se administrá por vía parenteral.

Categoría IV:

Estos derivados son importantes debido a su amplio espectro de acción contra microorganismos gram positivos y gram negativos. Este grupo incluye:

PENICILINAS

- Amcil, Alpen, (Pen-A)
- Omoxicilina (Larotid)
- Carbencilina (Pyopen, Geopen)

Todas son administradas por vía oral y parenteral a excepción de la Carbecilina administrada por vía parenteral.

MECANISMOS DE ACCION:

Su modo de acción es una droga bactericida.

EFECTOS ADVERSOS:

La toxicidad de la penicilina es extraordinariamente baja, excepto por las reacciones alérgicas, es una de las drogas más conocidas y más seguras.

LINCOMICINA:

Estos antibióticos fueron descubiertos en 1962 en - muestras de suelo de Lincíln Nebraska. Su empleo deberá re-- servarse para pacientes que no pueden ser tratados con penicilina o eritromicina. Debido a que sus efectos adversos - - pueden ser muy graves, es muy peligroso emplearla en pacientes con trastornos dentales.

Tipos de antibióticos en esta categoría. La Lincomicina (Lincocin) y sus derivados semisintéticos, cloruro de - clindamicina (cleocin) y otras sales, poseen una variable -- de actividad semejante.

MECANISMOS DE ACCION:

Estos antibióticos inhiben la síntesis proteíca bacteriana y generalmente son bacteriostáticos, pero en dosis - elevadas son bactericidas.

VARIABLE DE ACTIVIDAD:

Su espectro antibacteriano es semejante al de las - eritromicinas. Debido a su habilidad para penetrar hueso, -- son particularmente útiles en el tratamiento de la osteomielitis incluyendo el hueso alveolar.

CINETICA:

La lincomicina se absorbe sólo parcialmente en el sistema gastrointestinal.

Estas drogas se excretan en las heces, orina. bilis, siendo la vía biliar la más importante.

Estas drogas se distribuyen ampliamente en los tejidos corporales. Cruzan la barrera placentaria. La lincomicina pasa a través de las meninges inflamadas.

DOSIS Y FORMAS DE DOSIFICACION:

Estas drogas se encuentran disponibles como cápsulas, líquidos y preparaciones inyectables. La dosis oral para la lincomicina es de 500 mg. Todas las dosis orales se administran de 3 a 4 veces por día.

EFECTOS ADVERSOS:

La frecuencia de diarrea con estas drogas es alta. Sin embargo, un problema más grave es el desarrollo de una colitis hemorrágica interna, la cual ha sido algunas veces fatal. Por lo tanto se deben hacer unas consideraciones importantes al utilizar esta droga. Otros efectos colaterales

incluyen glositis, estomatitis, naúseas, vómito, comezón, -- vaginitis y cambios en las células sanguíneas.

La frecuencia de hipersensibilidad a estas drogas - es baja.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION

LINCOCIN. Cápsula y solución estéril.

ADULTOS	ORAL	INTRAMUSCULAR	INTRAVENOSO
Casos leves	1 cápsula (500 mg) tres veces al día.	600 mg (2 ml) cada 24 hrs.	600 mg (2 ml) cada 8 a 12 horas Administrar como infusión en 250 ml o más de glucosa al 5% en agua o suero fisiológico)
Casos Graves	1 cápsula (500 mg) cuatro veces al día	600 mg (2 ml) cada 12 hrs.	
NIÑOS			
Casos leves	30mg/Kg/día en 3 o 4 dosis iguales.	10mg/Kg cada 24 hrs.	10 a 20 mg/Kg/día en dos a tres dosis con 8 a 12 horas de intervalo. Administrar como infusión.
Casos graves	60mg/Kg/día en 3 o 4 dosis iguales.	10mg/Kg cada 12 horas.	

Lincocín, jarabe y gotas (niños mayores de 1 mes)

EDAD	PESO	DOSIFICACION
6 meses - 2 años	7 - 11.5 Kg.	1/2 cucharadita 3 x día
2 años - 7 años	13 - 21 Kg.	1 cucharadita 3 x día
7 años - 12 años	23 - 33.5 Kg.	1½ cucharaditas 3 x día

Para absorción óptima se recomienda no ingerir alimento alguno excepto agua durante una a dos horas antes y -- después de la administración oral.

Todas las dosis pueden aumentarse en infecciones -- graves.

ERITROMICINA

Esta droga está clasificada como un antibiótico macrólido. Es uno de los antibióticos más seguros actualmente en uso y con frecuencia es una alternativa satisfactoria para la penicilina, particularmente en pacientes alérgicos a - la penicilina.

DIFERENTES ERITROMICINAS

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	VIA DE ADMINISTRACION.
Eritromicina	E-Micina, Iloticina Robimicina, RP-Micina.	po, rectal.
Estolato de Eritromicina.	Ilosone	po.
Etilsuccinato de Eritromicina.	Succinato de etileritrocina, EES 400 pediamicina -	po. IM
Lactobionato de Eritromicina.	Lactobionato de Eritromicina.	IV

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	VIA DE ADMINIS-- TRACION.
Estereato de Eritro micina.	Bristamicina, estea- reato de eritromicina Etril, Pfzer-E.	po.
Gluceptato de Eritro micina.	Gluceptato de Ilici- tina.	IV

MECANISMO DE ACCION:

La eritromicina es bacteriostática o bactericida, - dependiendo de la dosis y de la infección.

DOSIS DE ERITROMICINA:

Vía de Administración	Dosis
Intramuscular	5-8 mg/Kg de peso diariamente
Intravenosa	15-20 mg/Kg de peso diariamente
Oral	0.25-1 g cada 6 horas.

VARIABLE DE ACTIVIDAD:

La eritromicina es eficaz contra la mayoria de los microorganismos gram positivos. La penicilina G es eficaz -- contra las infecciones por estafilococos aereus.

EFECTOS ADVERSOS:

- Irritación del sistema gastrointestinal
- Naúseas
- Vómito y dolor abdominal
- Se puede disminuir al administrar esta droga con alimentos

METRONIDAZOL (Remi):

Amebicida, lamblicida y tricomonicida.

INDICACIONES:

Tratamiento de la amibiasis intestinal, disentería amibiana aguda y crónica, amibiasis extraintestinal, hepática, cutánea y genital. Cuadros intestinales por guiardialambia, vaginitis, cervicitis y uretritis por tricomonas vaginales.

PRECAUCIONES:

Deberá evitar la ingestión de bedidas alcoholicas - durante el tratamiento.

CONTRAINDICACIONES:

Enfermedades del sistema nervioso central, discra-- cia sanguínea, embarazo, ideosincracia a la sal.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Gastrointestinales (vómitos, gastritis, naúseas), - sistema nervioso central (insomnio, depresión, ataxia), generales (rash cutáneo, incontinencia, lengua saburral).

DOSIS:

Tricomoniasis: mujeres: I tableta 3 veces al día, durante -- 10 días.
hombres: I tableta 2 veces al día, durante -- 10 días.

Amibiasis: adultos: 2 tabletas 3 veces al día por 5 a 10 días.

Lambliasis (giardiasis): adultos: 1 tableta 2 veces al día por 5 días
suspensión: 4 a 6 cucharaditas al día (40 mg/ Kg al día).

PRESENTACION:

Frascos con 20 tabletas de 250 mg.
Frascos con 120 ml (200 mg/5 ml).

METRONIDAZOL (Valdecasa):

Amebicida, Lamblicida y tricomonicida

INDICACIONES:

Lamblicida y Amebicida

CONTRAINDICACIONES:

Enfermedades del sistema nervioso central, discra-- cias sanguíneas, embarazo, idiosincracia a la sal.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Gastrointestinales (vómitos, gastritis, naúseas), - sistema nervioso central (insomnio, depresión y ataxia), Generales (rash cutáneo, incontinencia).

ADMINISTRACION (dosis y cuidados para su mejor manejo):

Amibiasis: adultos: media de 1.5 g de metronidazol al día.
niños: media de 500 a 750 mg al día; duración -- del tratamiento media de 5 a 10 días.

Lambliasis: adultos: media de 50 mg al día

niños: media de 250 a 500 mg al día, duración -- del tratamiento media de 5 días.

Se recomienda dividir la dosis en 2 tomas una por la mañana y la otra por la noche.

PRESENTACIONES:

Caja con 20 comprimidos de 250 mg

Caja con 30 comprimidos de 400 mg

Frasco con 120 ml de suspensión.

Susceptibilidad "in vitro" de los microorganismos anaerobios ante agentes antimicrobianos:

	Cocos anaerobios y microaerofílicos.	Bacteroides fragiliz.	Bacteroides melaninogenicus.	Fusobacterium mortiferum y varium.	Fusobacterium fusiforme y necrophorum.	Eubacterium y Actynomyces.
Penicilina G	++++	+	++++	+++*	+++	+++
Lincomicina	+++	+	+++	++	+++	+++ ?
Clindamicina	+++	+++*	+++	++a++	+++	?
Metronidazol	++	+++	+++	+++	+++	?
Cloramfenicol	+++	+++	+++	+++	+++	++a++
Tetraciclina	++	+a++	+++	++a+++	+++	+++
Eritromicina	+++	+	++	+	+	++a++
Vancomicina	++a+++	+	+	+	+	?

++++ Medicamento de elección
+++ Medicamento con buena actividad terapéutica
++ Medicamento con actividad terapéutica moderada
+ Medicamento con poca o inconsistente actividad terapéutica
* Algunas cepas son resistentes
? Desconocido.

CLOSTRIDIUM

Penicilina G.	++++	Cloramfenicol	+++
Lincomicina	++	Tetraciclina.	++
Clindamicina	+++	Eritromicina	+a++
Metronidazol	+++*	Vancomicina	+++

B I B L I O G R A F I A

A.D.M. (Asociación Dental Mexicana)
Volumen XXXV No. 5
Septiembre-Octubre 1978
Págs. 463-464

BATES BARBARA
Propedéutica Médica
Editorial: Interamericana
1977.
Págs. 108,111 y 130

BURKET W. LESTER
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento
Editorial: Interamericana
Edición: 6 1973
Págs. 640-641

CARRANZA FERMIN A.
Periodontología Clínica de Glickmán
Editorial: Interamericana
Edición: 5 1982
Págs. 31-(33), 35-(40), 42-(45), 47,54,55,59, 314-(316).

CIANCIO G. SEBASTIAN Y BOUR C. PRISCILLA
Farmacología Clínica para Odontólogos
Editorial: Manual Moderno
Edición: 1982
Págs. 230,231,8,26,44,46,48

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
Endodoncia
Editorial: Interamericana
Edición: 4 1979
Págs. 727-(729), 731-(734), 749-(752).

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
Editorial: P.L.M.
Edición 29 1983
Págs. 315,316,484,485,534,535,630 y 631

DUNN J. MARTIN; ROOTH F. DONALD; CLANCY MARCE
Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización y Ciru-
gía Bucal en la práctica dental.
Editorial: Manual Moderno
Edición: 1
Pág. 151

HARTY F.J.
Endodoncia en la práctica clínica
Editorial: Manual Moderno
1979
Pág. 161

INGLE JOHN IDE; BEVERIDGE EDGERTON EDWARD
Endodoncia
Editorial: Interamericana
1979
Pág. 183

LUKS SAMUEL
Endodoncia
Editorial: Interamericana
1978
Pág. 240

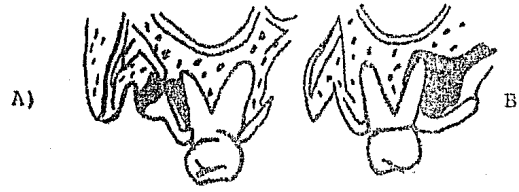
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL
Editorial: Labor, S.A.
Edición: 3 1978
Págs. 416-417

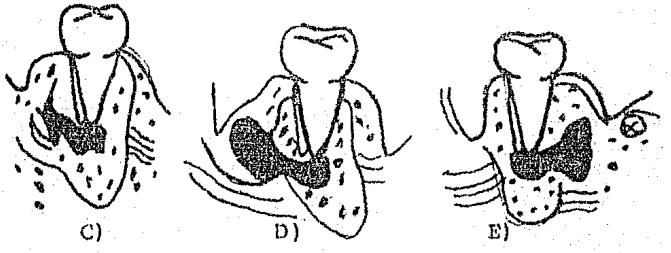
NOLTE DANIEL E.
Práctica de Cirugía Bucal
Editorial: Continental
1978
Págs. 92-93

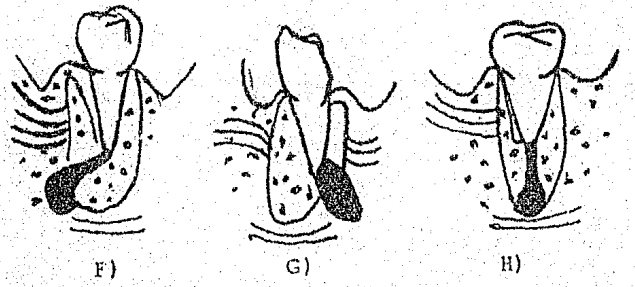
WINKLER SHELDON
Cirugía Dental
Editorial: Interamericana
1982.
Pág. 218

A N E X O

VIAS DE EXTENSION DEL ABSCESO DENTO ALVEOLAR







A) Absceso gingival
B) Absceso palatino
C) Absceso subperióstico
D) Absceso gingival
E) Absceso sublingual
F) Absceso mandibular subcutáneo
G) Absceso submaxilar
H) Absceso de borde inferior

SHAFFER G. WILLIAM; HINE K. MAYNARD; LEVY M. BARNET
Tratado de Patología Bucal
Editorial: Interamericana. Edición 3, 1977
Págs. 466

DISCUSION:

Se han hecho estudios extensos sobre la flora microbiana dentro de los conductos radiculares. También se han efectuado algunos estudios comparativos acerca de la relación que pueden tener los microorganismos anaerobios con este tipo de lesiones.

Los organismos encontrados con mayor frecuencia son: Estreptococos y estafilococos junto con géneros anaerobios y facultativos:

También es importante efectuar un estudio del laboratorio para que una vez que identificado el microorganismo causal de la infección se proceda a efectuar un antibiograma.

El objeto de realizar los análisis y pruebas de laboratorio es observar qué medicamento inhibe o destruye con mayor rapidez y efectividad al germen infeccioso, lo cual -- prueba la sensibilidad microbiana a dicho medicamento.

Los medicamentos de elección para este tipo de infecciones dependiendo del microorganismo productor son Penicilina G, Lincomicina, Clindamicina, Metronidazol, Cloranfenicol, Tetraciclina, Eritromicina y Vancomicina.

CONCLUSIONES:

- En la actualidad el dentista de práctica general debe de esforzarse por adquirir conocimientos más recientes de las diferentes alternativas de tratamiento que existen actualmente para tratar dientes con absceso dento alveolar y así mismo conservar dichos dientes más tiempo para que continúen realizando sus funciones de masticación, ya que antes del advenimiento de los antibióticos y diversas técnicas terapéuticas, eran condenados a la extracción.

Además debe existir una relación paciente-dentista, ya que el paciente debe tomar conciencia de la variedad de ventajas que representan los cuidados dentales, así como los diversos tratamientos que existen hoy en día como ciertas técnicas de restauración que hacen posible devolver la función a cualquier diente o raíz.

El cirujano dentista por lo tanto deberá estar preparado para solucionar cualquier tipo de alteración que se le presente dentro de la boca y efectuar con éxito una terapéutica adecuada.

Este trabajo de tesis es una recopilación de diversos autores basada en diversas alternativas de tratamiento - esperando sean de utilidad para generaciones futuras dedicadas a esta rama de la odontología que estén interesados en - este tipo de investigación.

ALTERNATIVAS

La mayoría de las veces debe de haber una mutua comunicación entre dentista y paciente; ya que la confianza es un factor muy importante.

Uno de los motivos principales para que el paciente sea leal durante años a un dentista particular, es el lazo inquebrantable de la confianza que ha ido creándose a lo largo de sus relaciones.

La decisión de tratamiento o no tratamiento debe basarse en la comprensión del paciente de lo que serán los procedimientos y en su disposición y capacidad para aceptar el tratamiento propuesto, dependiendo de la eficacia, costo y tiempo.

Así como también la necesidad de planificación del tratamiento por parte del dentista conduce a ser más eficaz el tratamiento adecuado, por lo tanto, se explicará al paciente los diferentes procedimientos terapéuticos así como sus ventajas y desventajas.

Los tratamientos de elección para el absceso dento alveolar es el tratamiento de conductos radiculares con o sin apicectomia y en la mayoría de los casos se recurre a la extracción.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES:

Es de gran importancia para todo cirujano dentista mostrar especial interés en cada uno de los pacientes que se presenten a la consulta dental. La actitud que debe adoptar un dentista ante su paciente es de cordialidad, amabilidad y hacerle sentir al paciente confianza hacia el dentista.

Esto también se logrará elaborando una historia -- clínica ordenada y detallada de cada caso en particular con el fin de obtener información acerca de sus antecedentes personales y familiares.

El dentista debe mostrar especial interés en los - antecedentes patológicos, los cuales pueden ser importantes para descubrir cualquier tipo de alteración que dificulte su diagnóstico.

El dentista debe ser prudente e inteligente, conocer sus limitaciones, juzgar sus capacidades, evaluar las dificultades del caso y cuando es necesario, enviar al paciente con un colega más capacitado; sin que por ello menoscabe su capacidad y conocimientos.

La preparación del dentista es muy importante, debiendo por tal motivo, actualizarse constantemente.

CAPITULO I

RESULTADOS

El sistema estomagtonático juega un papel muy importante en el funcionamiento y armonía de las estructuras bucales.

El parodonto tiene como principal función el sostenimiento del diente y sus componentes son encia, ligamento parodontal, cemento y proceso alveolar los cuales están interrelacionados entre si:

Encia ó mucosa masticatoria

Función. Proteje las articulaciones alveolo dentaria del trauma masticatorio y de la invación microbiana, la encia como toda mucosa esta formada por un tejido epitelial del tipo pavimentoso estratificado.

Componentes de la encia: se compone de la encia insertada, encia libre o marginal, encia papilar y la mucosa alveolar.

Características clínicas normales. Color rosa pálido, su contorno papilar debe de llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto, contorno marginal. La encia debe afinarse hacia la corona para terminar en un borde - delgado.

Textura.- Hay punteado de diversos grados en las superficies vestibulares de la encia insertada.

Consistencia.- Debe de ser firme y unida a los dientes y hueso alveolar.

Surco.- Es el espacio entre la encia libre y el - - diente, su profundidad debe de ser de 1 mm en estado de salud y no exceder de 3 mm.

Ligamento Parodontal:

Función.- Mantiene al diente en el alveolo y mantiene la función fisiológica entre el cemento y el hueso tiene - propiedades físicas, formativas, nutricional y sensorial.

El ligamento parodontal se compone de las siguien-- tes fibras principales: transeptal de la cresta alveolar, horizontal, oblícuo, apical e interradicular, la irrigación e inervación provienen de las zonas, de las arterias alveolares y de

los impulsos nerviosos mecano receptores.

Cemento.

Función.- Es fijar las fibras del ligamento parodontal a las superficies del diente. El cemento se clasifica como primario que es (acelular) ó secundario que es (célular); el cemento, célular se forma en el 1/3 apical de la raíz mientras que el cemento acelular se forma en 2/3 coronarios.

Proceso Alveolar.

Función.- Es la parte auxiliar superior e inferior que forma y sostiene a los dientes, el hueso alveolar propiamente dicho es una delgada lámina de hueso que rodea a las -- raices.

El hueso de soporte se compone de placas corticales compactas y de hueso esponjoso, radiográficamente las placas corticales son más gruesas en el maxilar inferior, además las placas corticales y el hueso esponjoso suelen ser más gruesas en las caras linguales de los dos maxilares pero hay variaciones individuales; el aporte sanguíneo del hueso alveolar proviene de las ramas de la arteria alveolar.

CAPITULO II

Absceso Dentoalveolar:

Es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de - colección purulenta difusa o localizada de la región periapical de un diente.

Etiología de esta alteración son por causa bacterianas, físicas y químicas.

Histopatología del parodontitis supurativa aguda. - consiste en un foco de infección alrededor del orificio apical caracterizado por una considerable necrosis de tejido y - presencia de leucositos (pus) a medida que aumenta de tamaño el absceso, el hueso se afecta primero, por hiperemia de los vasos, luego infiltración leucositaria y finalmente por formación de pus.

Periodontitis supurativa crónica, esta caracterizada por una cavidad central de tamaño variable, contiene líquido purulento que suele ser más fluido y más ceroso que el de un absceso agudo alrededor de la cavidad central se encuentra una capa de tejido de granulación infiltrado por células inflamatorias crónicas.

Periodontitis Aguda

Signos y Síntomas.- Dolor pulsatil, extrucción del diente sensibilidad dolorosa por presión digital, también al calor, no hay respuesta al vitalometro.

Periodontitis Crónica

Signos y Síntomas.- Dolor ligero, puede o no haber dolor a la percusión, tumefacción alrededor del absceso, las reacciones generales del paciente son muy ligeras o nulas.

Diagnóstico general.- Se obtiene facilmente tomando en cuenta los signos y síntomas además de los datos que -- obtenemos en el interrogatorio y en el estudio radiográfico.

Diagnóstico diferencial.- El absceso dentoalveolar se puede confundir con el absceso gingival, absceso parodon-- tal y a una parotiditis epidémica que son las paperas, para - evitar confundirnos es necesario un buen interrogatorio, más aparte valorar un estudio radiográfico.

CAPITULO III

Historia Clínica

Generalmente la sesión de examen y diagnóstico es - el primer encuentro entre dentista y paciente y debe ser conducido en condiciones óptimas.

Estas son las etapas del interrogatorio (Historia - Clínica).

- Ficha de indentificación
- Antecedentes personales
- Molestia principal
- Enfermedad actual
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes de trastornos bucales
- Antecedentes médicos
- Signos vitales
- Examen extrabucal
- Examen intrabucal
- Interrogatorio o anamnesis
- Inspección visual (estudio clínico)
- Percución, palpación
- Examen radiográfico
- Vitalidad pulpar
- Prueba eléctrica

- Prueba térmica
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan de Tratamiento
- Notas de evolución

HISTORIA CLINICA

Expediente No._____

Fecha:_____

Nombre del Paciente_____

Sexo M F Edad___años Estado Civil_____ ocupa--

ción_____ domicilio_ _____

Tel:_____

Padecimiento actual_____Signos síntomas_____

Nombre del Dentista_____

Antecedentes personales patológicos y no patológicos

_____

_____

_____

Estudios de diagnóstico (radiográficos, pruebas de vitali

dad pulpar etc)_____

Examen Intraoral 18 17 16 15 14 13 12 11 11 12 13 14 15 16 17 18

18 17 16 15 14 12 12 11 11 12 13 14 15 16 17 18

Diagnóstico_____

Pronóstico_____

Plan de Tratamiento

Consulta	Actividad	Fecha

Notas de Evolución

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DENTISTA

CAPITULO IV

Datos Radiográficos

Los tipos de radiografías intraorales más usadas en odontología son: a) Radiografía periapical, b) Radiografía interproximal, c) Radiografía oclusal.

a) Periapical. Examen que incluye el diente entero y sus estructuras adyacentes.
b) Interproximal. Se utiliza para describir cualquier alteración en las estructuras proximales de la región coronal y cervical de los dientes además de las crestas óseas interproximales.
c) Oclusal. Examen de grandes zonas del maxilar superior o inferior.

Las radiografías intraorales comprende todo los métodos y procedimientos radiográficos, en el cual la radiografía se coloca dentro de la boca.

Hay diferentes técnicas para la toma de la radiografía intraorales como son la técnica de bisección (bisectris), técnica del paralelismo.

Radiografías extraorales: Aunque las radiografías extraorales no sustituyen el examen radiográfico intraoral, complementan la información obtenida en las radiografías peria

CAPITULO V

Complicaciones del absceso dentoalveolar las complicaciones causadas por la infección Odontológica se debe principalmente por la extensión directa de la inflamación y productos secundarios, pero también interviene la diseminación linfática y vascular de la infección.

Cuando el absceso dentoalveolar no es tratado, puede llevar a complicaciones graves por extensión de la infección, ellas incluyen celulitis, osteomielitis, formación de un trayecto fistuloso y su abertura a piel o mucosa bucal.

También han sido comunicado trombosis del seno cavernoso, así como Angina de Ludwing e infecciones de espacios anatómicos específicos.

El exudado purulento de un absceso periapical, como el de cualquier otro absceso, parece elegir la vía de menor resistencia.

Otras alteraciones que surgen del absceso dentoalveolar son el quiste radicular que es como consecuencia del granuloma periapical.

CAPITULO VI

Casos Clínicos

Reporte de 4 casos clínicos, los cuales están vinculados con el absceso dentoalveolar, en cada caso clínico en particular se instituyó el tipo de terapeútica adecuada.

Por tal motivo, es importante alertar al dentista de las serias complicaciones intracraneales que se presentan por causas de infecciones dentales y la frecuencia que existe de éstas; aún en la Era de los Antibióticos.

Reporte de 2 casos clínicos

Caso Clínico I

Complicaciones intracraneales de sinusitis en niños. Una secuela de abscesos periapicales:

Niño de 6 años de edad, se fracturó el incisivo superior izquierdo, se presentó con dolor de cabeza frontal, fiebre, congestión e infección nasal e hinchamiento debajo del ojo izquierdo con tres días de duración. Las radiografías del cráneo y del seno frontal revelaron apexificaciones del etmoides izquierdo y de los senos maxilares externos. El paciente tenía una clara descarga mucosa de su fosa nasal iz-

quierda; se notaba un absceso en la raíz del incisivo superior izquierdo. Se hizo drenaje etmoidal y craneotomía frontal, también fue drenado el absceso dental y el incisivo afectado se extrajo. El paciente comenzó la terapia con ampicilina 150 mg/kg por día y oxalisina 150 mg/kg por día. Se continuó durante 14 días. Un año más tarde se mostró completa disminución del absceso dental y sinusitis.

Caso Clínico 2:

Niño de 7 años de edad, se presentó con dolor localizado en la frente del lado izquierdo con 2 semanas de duración. 3 semanas posteriores a su admisión el niño empezó a quejarse de su incisivo superior derecho, el cual se tapo; sus dolores de cabeza continuaron siendo palpitantes; el niño empezó a vomitar y se reveló celulitis periorbital bilateral y absceso periapical en el incisivo superior derecho. Se le aplicó terapia parenteral con cloranfenicol y meticilina. Durante los primeros 4 días su condición se deterioró y su temperatura aumentó a 39°C. Al 5°día se desarrolló edema papilar bilateral, se le aplicó Mannitol Parenteral para el edema cerebral, al 6°día se le tomó una tomografía computarizada el cual mostró en el área parietal izquierda una encefalitis. Se tomó una repetición de tomografía computarizada 16 días después, la cual mostró formación de un absceso agudo. Se llevó a cabo drenaje quirúrgico y se encontró una gran efusión purulenta sobre el área frontal, izquierda y una encefalitis la-

tente. Después de la intervención quirúrgica las condiciones -- del paciente mejoraron, mostró cura completa de la infección y sin secuela neurológica.

Reporte de un caso clínico:
Cicatriz Apical después del Curetaje Apical sin Intervención -- Quirúrgica.

Varias técnicas de apexificaciones se han descrito para estimular la cicatriz de ápices muy abiertos en dientes con pulpas no vitales. Se usa una pasta de Clorofenol e Hidróxido - de Calcio, la que temporalmente se sella en el canal de una - - raíz preparada de 3 a 6 meses. El tratamiento se continúa hasta que el ápice se cierra lo suficiente y permite la obturación de la raíz. El caso clínico no se describió con esta técnica de -- apexificación porque es de una paciente que no respondió al tratamiento de la pasta de Clorofenol e Hidróxido de Calcio.

Reporte de un caso clínico:

Una aguda infección seguida de un tratamiento endodóntico:paciente de 38 años de edad ingresó con naúseas y vómito - persistente la historia clínica indicó alergia a la penicilina, el examen de rayos X mostró caries que se extendía a la región de la mandíbula del 1er molar izquierdo. Se presentó una lesión spical crónica en la parte mesial de la raíz. La terapia del --

canal de la raíz comenzó al día siguiente, se instrumentaron y se puso medicamento con Cresatín con un algodón y Cavit. El paciente regresó 8 días después con una gran hinchazón en la región mandibular del 1er molar, el tejido sumamente infectado se aspiró y el exudado fue examinado microscópicamente y en cultivo. El diente se abrió se irrigó y se medicamentó de clorofenol alcanforado y se sobre obturó, la hinchazón se cortó, se le dió instrucciones de tomar Eritromicina de 250 mg durante 5 días y enjuagues con solución salina caliente 4 veces al día. Cuando el paciente regresó la inflamación había cedido y el canal fue obturado con gutapercha y sellos de Kerr y fue remitido para su tratamiento restaurativo definitivo.

Reporte de un caso clínico.
Extensión de un Absceso Dental a la Orbita.

Paciente de 14 años de edad, se presentó con celulitis del lado derecho de la cara y edema periorbital del lado derecho. Se obtuvo la consulta dental y el examen reveló caries y dolor del incisivo lateral derecho, el canino derecho del maxilar estaba no erupcionado y el canino desiduo se conservaba intacto todavía; las radiografías dentales mostraban una pequeña área radiolucente en el ápice del incisivo lateral consistente en un absceso dental, además una erupción de odontoma en el canino impactado para evitar más la extensión del absceso se deci

dió establecer drenaje; posteriormente se llevó al paciente a - la sala de operaciones donde recibió intravenosamente 50 mg de de Cefalotín en 5% de Dextrosa y mitad de solución salina; se - extrajó el incisivo superior derecho, fluyó la pus copiosamente y se recogió para cultivo y muestra para sensibilidad; se extra jeron; los dientes deciduos retenidos; además se removió en - - fragmentos un odontoma compuesto; ésto expuso al canino para -- que permitiera su erupción. Durante ese día se dió Cefalotín -- 50 mg intravenosamente c/6 horas, el dolor había desaparecido y se sentía mejor. Al día siguiente su temperatura subió y había inflamación del ojo izquierdo así como del derecho, se dió Gentamicina 50 mg c/8 horas con el Cefalotín, se aplicaron conti-- nuamente compresas de agua caliente; 2 días después se determinó que había fluctuación en lo más bajo del párpado del ojo derecho, se hizo una incisión en lo más bajo del párpado y se colocó un catéter; la hinchazón orbital disminuyó y terminó la -- fiebre; pero el Exoptalmos del ojo derecho y la Diplopía con- - tinuaron por 8 días más. Se suspendió el tratamiento; pero el - paciente continúa yendo a la clínica para mejorar hasta que su vista fuera normal.

CAPITULO VII

Alternativas en el Tratamiento del Absceso Dentoalveolar.

Existen diferentes tipos de tratamientos de elección antes y después de que se instale el Absceso Dentoalveolar y -- son:

- Tratamiento Preventivo, el cual consiste en procedimientos terapéuticos restaurativos a través de operatoria dental, terapia pulpar vital (pulpotomía, recubrimiento pulpar directo -- y/o técnicas de recubrimiento pulpar indirecto) extracción de restos radiculares no infectados, así como piezas fracturadas e irreparables.

- Tratamiento Profiláctico, consiste en llevar a cabo una incisión y drenaje cuando los tejidos y el absceso lo permitan, - en especial cuando se encuentra en fluctuación; también se hace drenaje a través de la cámara pulpar, drenaje a través del alveolo por extracción y tratamiento con antibióticos, los - cuales no son necesarios en el tratamiento de pacientes normales, en cambio pueden ser necesarios los antibióticos como medida profiláctica en pacientes con diabetes no compensada, o con una cardiopatia congénita o adquirida; o en los sometidos a corticoterapia o con una historia de radioterapia de los -- maxilares.

Tratamiento Curativo: consiste en el tratamiento del canal pulpar (Endodoncia). Es la obturación definitiva del canal de la raíz con un material inerte y no absorbible como - - pueden ser gutapercha y puntas de plata. Cuando el diente o -- los dientes no han respondido al tratamiento del conducto radicular se recurre a la apicectomía que es la resección de la -- porción terminal afectada de la raíz y eliminación del foco paradentario.

Como último recurso final y decisivo de cualquier infección dentoalveolar, si en un momento dado algunas de las -- conductoterapias fracazara se recurrirá a la extracción.

Tratamiento de las Infecciones Anaeróbicas.

Para este tipo de infecciones existen diferentes antibióticos, el más efectivo para estos casos es la Penicilina G. Si el paciente es alérgico a ella se sustituye por Eritromicina. Todo medicamento empleado en forma inadecuada origina la aparición de cepas resistentes de bacterias, de suerte que a - la larga se vuelven ineficaces como agentes terapéuticos; los medicamentos pueden producir reacciones tóxicas, asimismo, su uso puede originar Moniliasis, una Enterocolitis, una Neumonía o una Infección de las heridas por supresión de la flora bacteriana normal y crecimiento excesivo de los patógenos resisten-

tes; por lo tanto, debe de hacerse un antibiograma de la susceptibilidad del microorganismo y elegir el medicamento adecuado para la supresión de este microorganismo. Todo medicamento al momento de prescribirse debe de venir con la dosis recomendada, tipo de administración y tipo de presentación.

La dosis del medicamento en niños y adultos es variable, tanto por la intensidad del padecimiento y, a juicio del médico.

El tipo de administración del medicamento depende de la vía que se vaya a utilizar como puede ser: oral, intramuscular o intravenoso.

En el caso de la presentación del medicamento las hay: líquidos (gotas, jarabes), tabletas, cápsulas y preparaciones inyectables.

Por lo tanto, el dentista tiene la obligación de elegir el modo de empleo del medicamento, considerando la magnitud y severidad del padecimiento; y dependiendo de la susceptibilidad del paciente a los diferentes tipos de medicamentos.

B I B L I O G R A F I A G E N E R A L

ABREU MARTIN LUIS
Fundamentos de Diagnóstico
Editorial: Francisco Méndez O. Edición: 2.

A.D.M. (Asociación Dental Mexicana)
Volumen XXXV. No. 5
Septiembre-octubre, 1978.

ATTEBERY HR; KIMURA JT; CARROLL GW.
An Acute Anaerobic Infection Following Endodontic Treatment.
Eng. J. Endod, 1980.

A. GRANT DANIEL; B. STERN IRVING; G. EVERETT FRANK
Periodoncia de Orban
Editorial: Interamericana. Edición: 4, 1975.

BATES BARBARA
Propedéutica Médica
Editorial: Interamericana, 1977.

BROOK I; FRIEDMAN EM.
Intracranial Complications of Sinusitis in Children. A - -
Sequela of Periapical Abscess.
Eng. J. Endod, 1973.

BURKET W. LESTER
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.
Editorial: Interamericana. Edición 6, 1973.

CARRANZA FERMIN A.
Periodontología Clínica de Glickman
Editorial: Interamericana. Edición 5, 1982.

CARDONA ORTEGA MANUEL
Propedéutica Fundamental
Editorial: Francisco Méndez O. Edición 12.

CIANCIO G. SEBASTIAN Y BOUR C. PRISCILLA
Farmacología Clínica para Odontólogos
Editorial: Manual Moderno, 1982.

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
Endodoncia
Editorial: Interamericana. Edición 4, 1979.

DELP, MAHLON IT.
Propedéutica Médica
Edición 2, 1977.

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
Editorial: Interamericana. Edición 29, 1983

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
Editorial: Salvat.

DUNN J. MARTIN; ROOTH F. DONALD; CLANCY MARCE
Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización y Ciru-- qía Bucal en la Práctica Dental.
Editorial: Manual Moderno. Edición 1.

DURANTE AVELLANAL CIRO
Diccionario Odontológico
Editorial: Mundi, S.A.I.C. y F. Edición 4, 1982.

GOMEZ ALVARADO JORGE JESUS
Los Rayos X y sus Efectos
UNAM, México, 1973.

GORLIN J. ROBERT; GOLDMAN M. HENRY
Thoma-Patología Oral
Editorial: Salvat. Edición 2 reimpresión, 1981.

HARTY F. J.
Endodoncia en la Práctica Clínica
Editorial: Manual Moderno, 1979.

INGLE, JOHN IDE; BEVERIDGE EDGERTON EDWARD.
Endodoncia
Editorial: Interamericana, 1979.

KODAK
Los Rayos X en Odontología

KRUGER GUSTAV, O.
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial: Interamericana. Edición 4, 1978.

KUTTLER YURI
Fundamentos de Metaendodoncia
Editorial: Francisco Méndez O. Edición 2, 1980.

LUDIOW MO.
Apical Closure After Nonsurgical Apical Curettage.
Eng. J. Endod, 1979.

LUKS SAMUEL
Endodoncia
Editorial: Interamericana, 1978.

MANUAL DE HISTORIA CLINICA DE ENEP ZARAGOZA

MITCHELL DAVID F.
Propedéutica Odontológica
Edición: 2, 1973.

MORRIS L. ALVIN; BOHANNAN M. HARRY
Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General
Editorial: Labor, SA. Edición 3, 1977.

NOLTE DANIEL E.
Práctica de Cirugía Bucal
Editorial: Continental, 1978.

O'BRIEN C. RICHARD
Radiología Dental
Editorial: Interamericana. Edición 3, 1979.

PELLEGRINO SV.
Extensión of Dental Abscess to the Orbit.
Eng. J. Am. Dent. Assoc, 1980.

PRIOR A. JOHN; SILVERTEIN S. JACK
Propedéutica Médica
Editorial: Interamericana. Edición 3.

RIES CENTENO A. GUILLERMO
Cirugía Bucal
Editorial: El ateneo. Edición 7, 1978.

RODRIGUEZ FIGUEROA CARLOS A.
Periodoncia
Edición 2, 1975.

SHAFFER G. WILLIAM; HINE K. MAYNARD; LEVY M. BARNET
Tratado de Patología Bucal
Editorial: Interamericana. Edición 3, 1977.

WINKLER SHELDON
Cirugía Dental
Editorial: Interamericana. 1982.

ZEGARELLI V. EDWARD
Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial: Salvat, 1972.