

172
22j^o

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**VIAS DE ABORDAJE INTRA Y EXTRA EN
PROCESOS INFECCIOSOS CERVICO FACIALES**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
CONCEPCION GARCIA GARRIDO

ASESOR:

Verónica Roca

9/ Mayo/96

C.D. ROCIO GLORIA FERNANDEZ LOPEZ



MEXICO, D.F.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional
Autónoma de México y a
la Facultad de Odontología
por existir y darnos la
oportunidad de aprender.

A la C:D. Rocio Gloria Fernández López
por su valiosa colaboración que me brindó
al dirigir este trabajo

A todos mis profesores
por compartir conmigo
todos sus conocimientos.

A mis hijas, Rocio Concepción y
María de Jesús, por su amor y sa-
crificio al tenerlas tan lejos de mi.

A mis hermanos Jesús, Ma. Luisa
Inocencio, Rafael, Francisco, Irene
Cecilia, Guadalupe, Linda, Miguel
Angel, Dolores, Isabel y Brígido,
así como a sus respectivas familias,
por estar siempre conmigo.

A mis suegros Vicente y Guadalupe
por su apoyo y confianza.

Doy gracias a Dios por haberme
dado la firmeza, fuerza espiritual
y física para cumplir con este
objetivo, a pesar de los obstáculos
que se han presentado a lo largo
de mi vida

Agradezco infinitamente a mis padres
Rafael y Francisca, el amor, apoyo y
comprensión que me han brindado
desde que nací para llegar a esta
Gracias por estar juntos. LOS AMO

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
GENERALIDADES DE LA INFECCION	6
INICIO DE LA INFECCIÓN	7
FASCIAS	10
CELULITIS	13
ANGINA DE LUDWIN	15
ABSCESO PERIAPICAL	16
ABSCESO PERIAPICAL CRÓNICO	17
ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	17
LA OSTEOMIELITIS	18
EL ABSCESO PALATINO	19
ABSCESOS ODONTÓGENOS DE LOS SENOS PARANASALES	21
ABSCESO DE LA FOSA CANINA	23
ABSESO PERINASAL E INTRANASAL	25
ABSCESOS PARAMANDIBULARES Y DE REGION GENIANA	26
ABSCESO PERIMANDIBULAR	29
ABSCESO SUBMANDIBULAR	33
ABSCESO MENTONIANO Y SUBMENTONIANO	34
ABSCESO SUBLINGUAL	37
ABSCESO LINGUAL	38
ABSESO MASETEROMANDIBULAR	39
ABSCESO PTERIGOMANDIBULAR	41
ABSCESO PERIAMIGDALINO	42

PRINCIPIOS TERAPEUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ORALES	45
TECNICAS DE INCISION Y DRENAJE	46
TECNICA DE INCISION Y DRENAJE	47
Absceso del espacio canino:	47
Absceso del espacio yugal:	48
Absceso del espacio submentoniano:	49
Absceso del espacio sublingual:	49
Absceso del espacio submandibular:	50
Absceso del espacio pterigomaxilar:	50
Absceso del espacio submaseterino:	51
Absceso del espacio parotideo.	52
Absceso del espacio infra temporal:	53
Absceso del espacio temporal:	54
Absceso del espacio faríngeo:	54
Absceso de la vaina carotidea:	55
CONCLUSIONES:	56
BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUCCION

En nuestros días la Odontología está alcanzando un papel muy importante en el campo de la Medicina, por lo que todo Cirujano Dentista tiene una gran responsabilidad y obligación de prepararse diariamente en las diversas ramas de la Odontología

Por ahora nos enfocaremos a Cirugía, ya que es una materia de mucho auge y que requiere mucha atención y dedicación.

Voy a exponerles uno de los puntos que acaparan la atención tanto de médicos como de pacientes.

VIAS DE ABORDAJE INTRA Y EXTRA EN PROCESOS INFECCIOSOS CERVICO FACIALES

Considero que hablar de esto es tanto como hablar del A, B, C, del Cirujano Dentista, puesto que debemos conocer y dominar todo lo referente a los procesos infecciosos, sus vías de diseminación, como las vías de abordaje quirúrgicas, conocer anatómicamente la localización de la infección y reconocer en que momento se puede hacer un tratamiento quirúrgico o sólo apoyarse en el tratamiento farmacológico .

Si se tienen los conocimientos y la destreza requeridas en cada caso, lógicamente vamos a poder atender al paciente proporcionándole el tratamiento requerido adecuadamente

Es por eso que lo considero de vital importancia y lo expongo lo más sencillo posible para el entendimiento y aprovechamiento de aquellos que lo tomen en cuenta.

CONCEPCION GARCIA GARRIDO

ANTECEDENTES HISTORICOS

(1) Antiguamente se creía que los espíritus buenos y malos producían las enfermedades; cada demonio tenía espíritu bueno y la enfermedad era producida por uno o varios demonios; si el paciente se recuperaba era porque a los espíritus malos los arrancaban de su cuerpo y eran arrojados por medio de ritos espantosos, realizados por brujas que tocaban tambores produciendo ruidos estruendosos y quemaban al paciente torturándolo muchas veces, hacían más daño que bien.

Los griegos, según la leyenda explican el origen de las enfermedades de esta manera:

A la **Diosa Pandora**, le dieron la custodia de una caja preciosa prohibiéndole ver su contenido. Ella no pudo contener su curiosidad y discretamente abrió la caja, desobedeciendo al levantar la tapa de la caja todas las enfermedades salieron disparadas a la tierra en forma de demonios; entonces llamaron al **Dios Esculapio**, el protector de las enfermedades con su báculo al lado que tiene enredada 2 serpientes similar a la de Caduceo que es el símbolo de la medicina moderna.

Esculapio le pide ayuda a sus hijas **Hygia** y **Panacea**, para proteger a los mortales de las enfermedades.

Hygia: prevenía que las enfermedades penetraran al cuerpo de los mortales.

Panacea: se ocupaba de los espíritus malignos, que se le escapaban a Hygia.

Los nombres de estas 2 Diosas, ahora son palabras comunes. **Hygia, es decir higiene** y se refiere a la prevención de las enfermedades y **Panacea** a un sólo tratamiento, para todas las enfermedades.

A medida que el hombre desarrolla su sabiduría la explicación demoníaca no le satisfizo del todo.

Hipócrates, padre de la medicina 500 años antes de Cristo, descubre que el proceso de las enfermedades es gobernado por leyes naturales y desarrolló la teoría Humoral, que nos dice que el equilibrio apropiado de las 4 humores, sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, era característico de buena salud y si se alteraba en cualquier sentido este equilibrio aparecía la enfermedad.

Hipócrates, creía que la naturaleza podía curarlo, si al paciente se le proporcionaba descanso, comida y cuidado, tratamiento que en la medicina moderna se le conoce como Sintomático o de Sosten.

A los pacientes de la teoría humoral se les ocurrió que ayudaría a la naturaleza mediante sangrías es decir desangrando al paciente.

Jorge Washington fue desangrado con sanguijuelas en su última enfermedad.

Muchas muertes fueron aceleradas con este procedimiento que es exactamente opuesto al actual, puesto que en nuestros días se aplican transfusiones sanguíneas para fortalecer al paciente.

Cuando las enseñanzas y culturas de Grecia pasaron a Roma la teoría humoral y las prácticas de Hipócrates fueron modificadas ligeramente.

Los anatomistas empezaron a estudiar la estructura del cuerpo y William Harvey descubrió que la sangre fluye de los vasos sanguíneos de una parte del cuerpo hacia la otra.

Las supersticiones todavía eran comunes, pero algunos investigadores pusieron en duda las enseñanzas de sus seguidores.

Tomás Sydenham (1624-1689), descubre que los síntomas de la enfermedad son el resultado de la lucha del cuerpo para combatir "la materia mórbida", y apreció que las diferentes enfermedades tenían causas específicas diferentes y un lugar para estudiar las causas. Estudió los remedios y se atrasó la práctica antigua; pero ahora con el nuevo concepto; en ese tiempo los estudios se dirigieron a estas causas específicas de las enfermedades estableciendo finalmente la teoría de los gérmenes, como la causa de la enfermedad y la microbiología como ciencia, progresó rápidamente desde entonces.

GENERALIDADES DE LA INFECCION

La puerta de entrada principal de los microorganismos al cuerpo humano es la boca

Vemos que la causa de las infecciones en la boca, cara y cuello que principalmente son ocasionadas por conducto radicular, vía gingival, paradentosis, heridas, fracturas del maxilar y las complicaciones de la erupcion del tercer molar.

Algunas infecciones son producidas por bacterias, virus y hongos, no sólo de la boca, sino del organismo en general.

Vemos que la infección bucal puede iniciarnos en la pulpa dental y diseminarse por los conductos radiculares a través de los tejidos perapicales.

Las infecciones más importantes que se ven actualmente en los hospitales son producidas con frecuencia por *Escherichia Coli* *Klebsiella pneumoniae* *Staphylococcus aureus* y *Proteus Mirabilis*. Estas bacterias las encontramos en varias partes del cuerpo humano.

El cambio en el tipo de microorganismos que producen infección, se debe al cambio en la resistencia del huésped y a las modificaciones de la flora microbiana.

INICIO DE LA INFECCIÓN

Para que los microorganismos patógenos inicien la infección es necesario sobrevivir en las superficies mucosas, compitiendo con otros microorganismos y diseminarse dentro del huésped por vías linfáticas o sanguíneas y por las fascias

Las endotoxinas bacterias gram.- son altamente pirógenas producen fiebre en el huésped inhiben la fagocitosis (ingesta de microorganismos de otras partículas extrañas).

Las toxinas y toxoides estimulan la producción de antitoxinas las cuales neutralizan a las toxinas en el cuerpo del huésped. Esto es muy importante en la protección del huésped susceptible a las enfermedades causando toxinas bacterianas.

Clostridium tetani: No puede invadir ni desarrollarse en tejidos sanos se introduce en tejidos dañados o muertos en ausencia de aire es anaerobio. Su desarrollo produce una toxina que causa contracciones musculares espasmódicas o tétanos produciendo contracciones de la mandíbula o trismo por eso se llama risa sardónica a la enfermedad por ese microorganismo.

Clostridium botulinum: Invade en raras ocasiones tejidos sanos o muertos, pero en una lata de carne o vegetales mal esterilizados produce una toxina extremadamente potente que causa enfermedad o muerte cuando es ingerida por el hombre u otros animales

Lecitinasa: La virulencia del *Clostridium perfringens* se debe a la producción de lecitinasa o toxina alfa. Esta enzima destruye los tejidos celulares y es activa en la lisis de los glóbulos rojos, la lecitinasa la encontramos también en los venenos de las serpientes.

Colagenasa: Influye en la virulencia del *Perfringens*, es la colagenasa. sustancia que encontramos en músculos, huesos y cartilagos, donde se construyen los tejidos celulares.

Descripción básica de la infección.

Infección: Se deriva del latín *inficere* que significa poner huésped y parásito por la superioridad. Si el parásito tiene éxito se presenta la enfermedad y se desarrolla inmunidad o aumento en la resistencia.

La infección implica la presencia de microorganismos sobre o dentro del cuerpo del huésped.

Infestación: Se diferencia de la infección por que en ésta aparecen animales (parásitos) sobre y dentro del cuerpo del huésped). **Macroscópicos:** Piojos, pulgas, gusanos planos y trematodos, deriva del latín, *infestare*, que significa inquietante, hostil, un organismo infestado puede transmitir una infección, como las pulgas transmiten la peste o los piojos la tifo.

Patogenicidad: Un agente patógeno es capaz de producir enfermedad, patogenicidad, se refiere a la capacidad que tienen los parásitos para penetrar al huésped y producirle cambios fisiológicos y anatómicos.

Parasitismo: Se deriva de la palabra griega Parásitos "comerse unos a otros", es decir cuando un organismo vive a expensas del otro llamado huésped.

La infección es un tipo de parasitismo.

Virulencia: Es el grado de patogenicidad o facultad de un organismo para producir enfermedad.

Cuando se habla de organismos patógenos y no patógenos nos referimos a la virulencia relativa.

Factores de resistencia del huésped.

Un agente patógeno que es virulento para un huésped es avirulento para otro. Son virulentos para el hombre, pero no lo son para la mayoría de los animales inferiores. Los neumococos (*streptococcus pneumoniae*) tienen un bajo grado de virulencia para los ratones y no se presentan en ellos en forma natural. Sin embargo, cuando se les introduce experimentalmente, los neumococos sobrepasan las defensas corporales de los ratones y les producen la muerte.

Se reconoce que muchos microbios que se consideran patógenos tienen la capacidad de producir infección y enfermedad, dependiendo de los mecanismos de defensa del huésped.

Los parásitos naturales viven a expensas del huésped aunque ordinariamente no produzcan enfermedad pueden producir infecciones que pongan en peligro la vida del paciente cuando las defensas del huésped se debilitan.

Una infección aguda nos va a dar las siguientes características:

Si está localizada en cara o cuello, rubor, calor, dolor, tumor y pérdida de la función.

FASCIAS

(2) Son membranas fibrosas que envuelven a la masa muscular y evitan su desalojamiento lateral durante la contracción.

Cada músculo está envuelto por una vaina o fascia, que en cada segmento del cuerpo del sistema muscular se halla cubierto por una fascia superficial de la cual parten tabiques que se dividen en grupos o regiones musculares del segmento total.

Las vainas fibrosas de los tendones son formaciones fibrosas que cierran los canales óseos y los transforman en canales osteofibrosos, de este modo el tendón contenido en el canal le son únicamente posibles los movimientos de desplazamiento.

El *espacio interfacial temporal externo* lo ocupa tejido conectivo esponjoso y comunica la celda temporal. El espacio temporal medio comunica con la región geniana también puede ser afectado por infecciones que vienen desde el espacio masetero mandibular ascendiendo en dirección al cráneo por dentro del arco cigomático hasta llegar a la fascia temporal y superficie externa del músculo temporal. Cuando este espacio es afectado por infecciones purulentas hay que buscar las causas desencadenantes en el espacio maseteromandibular que es infección ascendente.

En procesos purulentos localizados entre la pared orbitaria lateral y la parte anterior de la superficie interna del músculo temporal.

El tercer espacio de la celda temporal situado en la zona más interna entre la superficie profunda del músculo temporal y la escama ósea del temporal en porción orbitaria. El espacio se extiende por el origen del músculo temporal y la escama ósea en forma de ángulo agudo.

En sentido caudal se comunica con el espacio pterigomandibular por la hendidura esfenomaxilar y con el contenido de la órbita.

Fascia Masseter: Aponeurosis maseterina. - Se inserta por su parte superior en el arco cigomático, por abajo en el borde inferior de la mandíbula. Por atrás en el posterior de la rama ascendente del mismo hueso y finalmente por delante se fija en la apofisis coronoides y en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula abriendo el borde anterior del músculo entre la fascia y el maxilar que da una cavidad osteofibrosa, donde se aloja el masetero. La pared interna de la cavidad se haya abierta en la porción correspondiente a la escotadura sigmoides, por aquí penetran los vasos y nervios maseterinos destinados al músculo.

Fascia Pterigoidea: Los músculos pterigoideos se hayan envueltos cada uno por una hoja aponeurótica (fascia) delgada y en relación con ellos se encuentran una hoja aponeurótica.

(3) Fascia Interpteroidea: El espacio retromaxilar, se limita por la superficie dorsal del maxilar por la parte bucofaringea del musculo constructor faringeo superior que parte de la apofisis pterigoidea. La parte dorsal del espacio, la constituyen los musculos pterigoideos externos en el cuello de la mandibula, lateralmente el espacio se abre sin limites anatomicos a la porcion del musculo temporalis (fascia temporalis) y se inserta en la apofisis coronoides de la mandibula. El espacio cranealmente limita con las estructuras oseeas de la base del craneo y comunica a traves de la pterigo maxilar, con la fascia pterigopalatina el suelo está constituido por la mucosa que parte de la protuberancia maxilar y llega hasta el pliegue intermaxilar.

El espacio retromaxilar tiene comunicacion craneal con las fosas infratemporales y temporal a traves de la fosa pterigo palatina y la fisura orbitaria inferior y el contenido de la orbita. El agujero redondo mayor establece dorsalmente a la apofisis pterigoideas la conexi6n con la cavidad craneana. La infecci6n purulenta en la fosa retromaxilar se puede extender hasta llegar al espacio pterigofaringeo, terigomandibular, masetero. mandibular y la celda parotidea

Fascia interpteroidea: Es de forma cuadrangular dirigida de arriba abajo y de adelante hacia atrás, se inserta por arriba en la cisura de glaser y en la espina del esfenoides por abajo de la rama ascendente de la rama de la mandibula inmediatamente por arriba de las inserciones del pterigoideo interno y por abajo de la espina de Spix, por delante se inserta en el borde posterior del ala externa de la apofisis pterigoideas y desciende libremente para terminar en el borde alveolar por detras del ultimo molar. Posteriormente es libre en la mayor parte de su extensi6n se confunde con el ligamento esfenomaxilar y forma con

el cuello del cóndilo el hojal retrocondileo, por donde pasa el nervio aurículo temporal y los vasos maxilares internos.

La cara externa de la fascia se haya vuelta hacia el pterigoideo externo y hacia la rama ascendente de la mandíbula

En tanto que su cara interna está en relación con el pterigoideo interno y vuelta hacia la faringe.

La fascia interpterigoidea es gruesa en su parte posterior donde su confunde con el ligamento esfenomaxilar. Presenta un engrosamiento en su parte anterior, producido por la presencia del ligamento que va por la espina del esfenoides a la espina de civinini y que recibe el nombre de pterigoideo espinoso, la fascia queda dividida por este ligamento por 2 porciones, una postero inferior que pasa por su cara externa y la otra antero superior de menor extensión atravesada por los vasos y nervios del músculi del martillo del músculi peristafilino externo y del pterigoideo interno.

CELULITIS

(4) La celulitis es una inflamación difusa de los tejidos blandos que no está limitada ni circunscrita a una región, tiende a diseminarse a lo largo de los planos faciales. Esta infección es por microorganismos que producen hialuronidasa, factor de diseminación de Duran - Reynals y fibrinolisinias, que rompen el ácido hialouronico.

Los estreptococos son productores de hialuronidasa por lo que es germen causal en la celulitis.

Los estreptococos que producen hialuronidasa son patógenos y también producen celulitis.

La celulitis de la cara y el cuello resulta de infecciones dental, ya sea como secuela de un absceso apical a una osteomielitis o después de una infección periodontal.

El paciente con celulitis de cara o cuello está moderadamente enfermo, tiene fiebre y leucocitos, tiene una hinchazón dolorosa en tejidos blandos, los cuales se vuelven firmes y fuertes, la piel está inflamada a veces color púrpura. -En el caso de diseminación inflamatoria, la infección va a lo largo de los planos más profundos, la piel que lo cubre puede ser de color normal por lo regular existe linfadenitis regional.

Las infecciones en maxilar superior perforan la capa cortical externa del hueso que se encuentra arriba de la inserción del buccinador y causa al principio hinchazón de la mitad superior de la cara. La diseminación difusa afecta toda el área facial. Cuando la infección en la mandíbula perfora la placa cortical exterior por debajo de la inserción del buccinador hay hinchazón difusa de la mitad inferior de la cara extendiéndose hacia arriba y al cuello

Cuando presenta la celulitis facial con frecuencia la infección tiende a localización y puede formar un absceso facial.

Tratamiento:

La celulitis se trata específicamente con la administración de antibióticos y la extracción del diente causante de la infección.

ANGINA DE LUDWIN

(5) Es una celulitis grave. generalmente inicia en el espacio submaxilar afectando los espacios sublinguales y submental. Se le considera angina de Ludwin a todos los espacios submandibulares que están afectados. Principalmente se infecta por un molar inferior afectado ya sea por periapical, periodontal o por provenir de una severa infección del piso de la boca o por ostiomelitis. en fractura mandibular compuesta.

Los segundos y terceros molares son los de mayor frecuencia en la infección.

Aspectos Clínicos:

Tiene hinchazón amplia en el piso de la boca se disemina rápidamente, hay elevación de la lengua, la hinchazón es firme, dolorosa y difusa. Da dificultad al comer, deglutir y respirar. presenta fiebre alta. pulso y respiración acelerados, se aprecia leucocitosis moderada.

Si la infección avanza afecta el cuello y edema de glotis. el paciente puede morir por sofocación. La infección se extiende a los espacios paramigdalinos hacia la vaina carótida y a la fosa pterogopalatina, la trombosis con el seno cavernoso con la meningitis subsecuente.

La angina de Ludwin, es una infección mixta no especificada, se aprecian en el laboratorio estreptococos, bacilos fusiformes, de formas espirales, estafilococos difteroides con flora mixta

Tratamiento:

Aplicación de antibióticos, si hay edema de glotis, traqueostomía para impedir la asfixia.

ABSCESO PERIAPICAL

(6) El absceso periapical es un proceso infeccioso supurativo agudo o crónico de la región periapical dental.

El absceso es el resultado de una infección que se sigue a la caries de un diente afectando la pulpa.

También se presenta por lesiones traumáticas de los dientes necrosándoles la pulpa. También la ocasionan la irritación de los tejidos periapicales ya sea por la manipulación mecánica o la aplicación de sustancias en procedimientos endodónticos

El absceso se puede presentar como periodontitis apical aguda después de una pulpitis aguda se origina con mayor frecuencia por infección crónica con granuloma periapical.

Clinicamente vemos que presenta una inflamación aguda del periodonto apical El diente está extremadamente doloroso, casi fuera del alveolo puede presentar

fiebre, se disemina rápidamente a los espacios adyacentes de la médula ósea produciendo una osteomielitis.

ABSCESO PERIAPICAL CRÓNICO

Por lo general no tiene síntomas clínicos, debido a que es una área leve bien circunscrita de supuración, no tiende a diseminarse, radiográficamente presenta zona radiolucida en APEX del diente.

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO

La infección se disemina rápidamente, tiene un ligero engrosamiento de la membrana periodontal. No presenta radiográficamente su presencia.

Tratamiento:

Establecer el drenaje: 1.- abriendo cámara pulpar, 2.- extrayendo el diente.

Si el absceso no se trata, puede llevarnos a serias complicaciones por la diseminación de la infección, como puede ser: celulitis y bacteriemia (osteomielitis).

LA OSTEOMIELITIS

(7) Es una infección que ocupa el octavo lugar de las afecciones de todo el esqueleto humano

Es más frecuente en mandíbula que en maxilar, veamos ¿por qué?

El maxilar es intensamente irrigado por la arteria maxilar interna provista de abundantes vasos.

La mandíbula se nutre por una arteria de menor calibre que recorre la mayor parte de su trayecto dentro de un conducto de paredes inextensibles.

La porción de la mandíbula es propicia para el estancamiento de los líquidos sépticos además agregamos la causa del 3er molar puede producir como accidente de erupción (fracturas), con complicaciones inmediatas y formar la infección del hueso

Su etiología es múltiple y variada

Ostiomelitis Local:

Se da por complicaciones de caries con necrosis pulpar pueden ocasionar exacerbaciones de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.

La exacerbación se lleva a cabo por la obturación de un diente portador de la gangrena o necrosis pulpar con alimentos o medios terapéuticos los microorganismos de la cámara pulpar y de los conductos radiculares o de la zona periapical activando en cavidad cerrada.

La diseminación de las defensas del organismo es por enfermedades que debilitan producidas por ciertas afecciones.

EL ABSCESO PALATINO

Se localizan en paladar duro más frecuente que en paladar blando.

Anatómicamente lo encontramos así:

El paladar duro, no permite el desplazamiento mucoso el periostio está adherido al plano íntimo profundo de la mucosa por lo que los abscesos del paladar duro se limitan cranealmente por la placa palatina ósea y por el periostio. Las arcadas constituyen límites centrales y laterales naturales. El límite medial por el septomediano fibroso que impide la extensión de los procesos inflamatorios más allá de la línea media. En dirección dorsal el absceso puede propagarse a la zona con tejido graso y glándulas, así como a los músculos del paladar blando en presentar límites anatómicos.

Etiología:

La mayoría son de origen odontógenos, destacan los procesos inflamatorios de los premolares y molares del maxilar, así mismo los incisivos laterales por su inclinación palatina, los tumores infectados de las glándulas salivales palatinas, las sinusitis purulentas y los quistes sobre infectados del seno maxilar.

Sintomatología:

Es una protuberancia semiesférica dura elástica a la palpación muy dolorosa hay irritación inflamatoria, la infiltración del periostio es tenso, la causa del dolor de esta patología es por la progresión del proceso al paladar blando, hay trastornos al deglutir, respirar y hablar.

El estado general de paciente empeora al afectar paladar blando su extensión a la región nasal se manifiesta como prominencias semiesféricas.

Tratamiento:

Estos abscesos pueden ser abiertos normalmente con anestesia infiltrativa local. Evitando inyectar directamente en la cavidad del absceso. La incisión se hace tomando en cuenta el recorrido de la arteria palatina y situar la incisión a manera que no impida o dificulte las medidas del tratamiento a diferencia de la apertura en la zona media, la incisión marginal se hace en el reborde gingival palatino. el la vecindad de los periodonto adyacente, da buenos resultados. Al debridar el absceso debe ir seguido del drenaje con tiras de gasa o goma

blanda. La protección antibiótica del paciente no siempre es necesaria, basta hacer un buen drenaje.

Los abscesos de paladar blando se tratan quirúrgicamente y se drenan a través de una incisión en la mucosa del pliegue pterigoideomandibular.

ABSCESOS ODONTÓGENOS DE LOS SENOS PARANASALES

La relación estrecha entre los ápices de los dientes laterales superiores y el suelo del seno maxilar, hace notar que las enfermedades odontógenas se extienden al seno maxilar con efectos secundarios de los espacios neumatizados de la región facial media por la intercomunicación con los senos paranasales, siempre habrá contaminación y proliferación bacteriana de otros senos paranasales o parasinusales.

Sintomatología:

La sinusitis etmoidal y frontal posee un cuadro clínico similar al de sinusitis maxilar, sin embargo, presenta más dolores de cabeza con irradiación al cráneo. La pus del seno etmoidal puede pasar fácilmente a la órbita a través de su lámina papiracea, raramente la pus del seno frontal conduce a una osteolisis inflamatoria de la pared posterior del seno frontal y con ello una **irritación inflamatoria de la dura madre (Abseso Epidural)**, los pacientes presentan fiebre elevada, localmente notamos una tumefacción masiva de la periorbitaria ocluida total o parcialmente en la hendidura palpebral si progresa a

intracraneal se añaden signos meningíticos; la nuca se torna rígida y hay déficit neurológico.

Tratamiento:

La parasinusitis aguda, requiere evacuación quirúrgica inmediata y drenaje. La apertura quirúrgica del seno frontal y las celdillas etmoidales se realizan bajo narcosis con intubación traqueal.

En caso de etiología odontógena se procede rápidamente a la exodoncia del diente causal si se establece conexión boca-antro se logra el acceso deseado al seno maxilar. La secreción purulenta se vacía espontáneamente.

Si con la exodoncia no se logra la conexión boca adentro no hay evacuación del exudado y es necesario abrir, el seno maxilar a través de la nariz.

Si hay afección espectacular purulenta del seno frontal a las celdillas etmoidales y la órbita se hace acceso quirúrgico extraoral por el acceso intranasal. haciendo una incisión medial como prolongación de la ceja puede trazarse en forma de zig zag en dirección del puente nasal óseo, si llega sin problema. A la pared anterior del seno frontal o la lámina papinacea. La luz del seno frontal alcanza la perforación abriendo una ventana en la región frontal por el método de la tapa ósea, la limpieza del seno maxilar se hace con irrigaciones repetidas de suero fisiológico. Durante la irrigación, vigilar que el líquido tenga una vía de desagüe adicional hacia la nariz o la faringe. La desembocadura natural del seno maxilar puede estar desplazada por la inflamación o un polipo, por eso se recomienda el drenaje adicional a través del meato nasal inferior

donde es relativamente fácil de atravesar con un trocar la delgada pared medial del seno maxilar. Los abscesos a través del meato nasal inferior se mantienen abiertos con tubitos de goma o posibilitando la irrigación sin problemas

Las porciones laterales de la órbita son abiertas a través de una incisión cutánea por encima del párpado superior y por debajo de la ceja se drena con tubitos PVC.

Las colecciones de pus intracraneal propagadas tienen complicaciones graves que requieren revisión quirúrgica inmediata, si la sinusitis frontal purulenta minimiza sus síntomas y no fue tratado adecuadamente y no evacua lo suficiente del seno frontal, entonces el proceso puede evolucionar a una **Osteolisis** de la pared posterior y desarrollar un absceso epidural o pídural o una meningitis en estos casos obtener el acceso quirúrgico deseado a la región frontal por una incisión en la raíz de la nariz, levantar la tapa ósea en la pared anterior. Las masas necróticas y pútridas se extraen del seno frontal. Se hay desintegración o secuestros se extirpa cuidadosamente la pared posterior apareciendo el espacio apical drenando al exterior del seno frontal por medio de tubitos o tiras blandas de goma.

Las medidas de apoyo, además de la irrigación diaria se aplican gotas nasales desgonfegativas y tratamiento antibiótico. Si no se establece el flujo normal de los senos paranasales por la obstrucción cicatrizante es necesario intervenir nuevamente para drenar el seno frontal a cavidad nasal.

ABSCESO DE LA FOSA CANINA

La infección en la fosa canina no sigue una evolución aguda, su desarrollo es insidioso por enfermedad periodontal o de procesos apicales de los incisivos centrales, laterales y caninos superiores.

Etiología:

El absceso inicia por el desarrollo purulento en partes blandas de la mejilla, la infección afecta el periostio que es estirado confinado con la pared del seno maxilar, es doloroso se nota tumefacción de consistencia dura, en partes blandas perinasales, en zona anterior de la mejilla o región geniana se puede extender a la periórbita y labio superior.

La oclusión total o parcial de la hendidura palpebral por el edema colateral no es rara. La piel que cubre el absceso es brillante y enrojecida. Al explorar la pieza dental afectada vemos una zona abultada roja con pliegues mucosos borrados del vestíbulo del maxilar.

El proceso infeccioso puede extenderse hacia afuera después de la supuración, en principio del músculo buccinador y la musculatura mímica. El absceso purulento que es una propagación craneal y se somete el seno maxilar a un control exacto.

Diagnóstico:

No es problemático descubrirlo por su localización superficial. La anamnesis y la evaluación de sus signos clínicos extraorales e intraorales nos muestran el camino correcto.

Tratamiento:

Debridamos el absceso hacemos una incisión intraoral en la zona alta del vestibulo o como variante marginal, hacemos acceso al foco patológico, si no hay propagación a los espacios musculares de la

mejilla sino, de todos modos se hace la apertura de la mucosa y el intersticio entre la pared facial del seno maxilar.

Es recomendable aplicar antibióticos de amplio espectro. En tratamiento local hacer irrigaciones con suero fisiológico diariamente y cambiar la gasa o goma blanda e indicarle al paciente que se aplique compresas frías los 3 días. Hacer exodoncia del diente causante en el tratamiento que se requiera.

ABSESO PERINASAL E INTRANASAL

Los abscesos del suelo de la nariz y el septo nasal de origen odontógeno son muy raras, son más frecuentes los abscesos en riñones por causa traumática.

Etiología:

El proceso inflamatorio es alteración en los incisivos superiores apicalmente. también quistes radiculares infectados de esta región.

El exudado inflamatorio se puede extender hacia craneal por el hueso esponjoso o hacia la nariz por el canal incisivo o en quiste desintegrado.

El paciente con fractura del esqueleto nasal o del tercio medio centro facial debe ser sometido a una rinoscopia para reconocer precozmente hematomas del septo nasal e instaurar la evacuación oportuna.

Sintomatología:

Estos abscesos son muy dolorosos por la grave riqueza de inervación sensitiva de la mucosa nasal por la rinoscopia se puede ver una protuberancia semiésferica envofecida, muy dolorosa a la presión en la porción anterior del suelo de la nariz, los movimientos pasivos del segmento de la nariz, cartilaginosa son dolorosos.

Intraoralmente venos en los dientes anteriores en vestibular una zona enrojecida con pliegues mucosos, es doloroso. puede ir asociado con absceso palatino.

El absceso del suelo de la nariz agudos son secundarios o procesos quísticos la rinoscopia nos revela una protuberancia semiésferica más o menos elevada, según la cubierta ósea desgastada que es craneal en el caso de absceso del septo nasal hallamos una protuberancia similar con frecuencia ***bilateral***.

Tratamiento:

Aquí también vamos a evacuar quirúrgicamente y hacemos drenaje de la cavidad nasal.

Por lo general no es necesario reforzar con tratamiento farmacológico, en todo caso sería seguido en el estadio subagudo después del tratamiento quirúrgico del diente causal.

ABSCESOS PARAMANDIBULARES Y DE REGION GENIANA

La zona paramandibular está ocupada por masas de tejido adiposo y muscular en la mandíbula.

Distinguimos 2 espacios: El músculo buccinador separa a nivel del espacio bucal lateral, extendiéndose cranealmente. Llegando dosalmente hasta el espacio retromandibular (celda parótida), sin separación anatómica definida. El techo del espacio bucal lateral lo forman las fascias de la musculatura masticadora que se inserta en el cuerpo y arco del hueso zigomático. el borde óseo de la mandíbula y la inserción de la fascia superficial del cuello definen el límite del suelo. El músculo buccinador tiene inserciones posteriores:

- 1.- Ligamento pterigomandibular
- 2.- Borde alveolar del maxilar y mandíbula.

Desde esta línea de inserción se extiende hasta la comisura labial y el músculo orbicular de los labios. Este músculo separa el espacio bucal lateral del espacio submucoso de la cavidad bucal. El cuerpo adiposo bucal ocupa una parte importante de la región geniana conecta con la musculatura mimica facial, conecta también con el tejido celular subcutáneo de la región geniana, estableciendo comunicación con la zona medial.

Etiología:

La pus del espacio submucoso de la zona paramandibular son enfermedades inflamatorias de premolares y molares de la mandíbula. Los molares del maxilar muy raramente participan en estos casos.

El músculo sirve de conil para el exudado inflamatorio. Las enfermedades infecciosas de las partes blandas de la piel recubre la región geniana dando lugar a abscesos.

Tratamiento:

El acceso quirúrgico del absceso lo vamos hacer dependiendo de la localización. Hacemos una incisión horizontal suficientemente larga en el vestibulo seccionamos el muco periosto y creamos una vía de evacuación.

En los espacios bucal lateral es más difícil por el músculo buccinador es una barrera.

Primero localizamos la posición del orificio de salida intraoral del conducto de la glándula parótida, hacemos una icisión horizontal de la mucosa a la altura del plano de oclusión respecto al conducto excretor parotideo. Abrimos las fibras del músculo buccinador en forma roma con tijera de preparación y unas pinzas tipo peans.

Si abrimos a ciegas la región geniana por lo que debemos tener cuidado y evitar daño a las ramificaciones de las ramas faciales o del nervio facial y el conducto excretor parotídeo.

A veces es inevitable la apertura extraoral si el absceso se desarrolló en el plano subcutáneo.

Estéticamente es poco favorable por el proceso de reparación biológica y la cicatrización. Se hace una incisión tangencial al recorrido del nervio facial y el punto máximo de tumefacción, se secciona un poco por debajo del plano dermoepidérmico. por ahí se hace vía drenaje. Las fascias son irrigadas y drenadas con tubitos de PVC. que los dejamos fijos tanto intraoral como extraoral con hilo de sutura la quimioterapia de apoyo se realiza con antibióticos de amplio espectro, aplicar compresas frías los 3 primeros días después de la operación quirúrgica.

ABSCESO PERIMANDIBULAR

Anatómicamente, la celda perimandibular rodea la parte horizontal del cuerpo de la mandíbula se limita con partes blandas y láminas de tejido conectivo de la fascia cervical, la fascia del cuello envuelve los músculos trapecio y esternocleidomastoideo, insertándose en la clavícula y el manubrio del esternón. extendiéndose hacia cráneo donde se inserta con el hueso hioides. En periostio del cuerpo de la mandíbula esta lámina de la fascia cervical limita lateralmente la celda perimandibular. El músculo platísmo o cutáneo del cuello de gran superficie se adapta a la lámina superficial que al desdoblarse se ve el contenido. La fascia superficial se prolonga cranealmente con la fascia mastoidea y parotídea y dorsalmente con la fascia nuchal. El espacio

perimandibular abarca la base de la mandíbula continuándose con el espacio submaxilar. Vemos límites musculares definidos, el techo está formado por el músculo milohioideo y el músculo digástrico que va con la fascia cervical superficial completando la base el espacio submandibular en porción ventro caudal

La glándula submaxilar ocupa casi todo el espacio submandibular conectado con sublingual, espacio separado por el músculo milohioideo

existe unión entre el espacio perimandibular y sublingual a través de agujeros o resquicios del músculo milohioideo y hacia atrás por el borde posterior de este músculo. hay otra comunicación desde los espacios perimandibular, submaxilar y sublingual, con el espacio perifaríngeo en sentido dorsal y con el espacio submentoniano en la parte anterior, el espacio submentoniano está limitado cranealmente por el segmento óseo anterior mandibular y el músculo geniogloso, lateralmente por 2 vientres anteriores de ambos músculos digástricos, por encima del borde inferior mandibular extendida la parte anterior del espacio perimandibular en partes blandas y mentón y peribucales donde hay varios manojos fibrosos y parte de la musculatura mímica de la boca

Etiología:

Estos abscesos son el 40% de las manifestaciones inflamatorias perimandibulares en cara y cuello. sus causas principales gramilomas apicales y quistes infectados y periodontopatías marginales de los molares de la mandíbula, también por éstas u otras causas se puede dar un absceso de esta índole

Las fisuras fracturarias infectadas: cuerpos extraños, patología de gánglios linfáticos, tumores desintegrados y fusionados del suelo de la boca

Sintomatología:

El exudado de estos abscesos envuelven porciones amplias de la mandíbula, hay tumefacción no delimitada de las porciones de la región geniana y las zonas del cuello submandibulares. La posibilidad de palpar los gánglios linfáticos de la región submandibular depende de la extensión de la tumefacción.

El trismo aparece cuando la inflamación afecta directa o indirectamente la musculatura masticatoria.

La sintomatología intraoral es determinada por el proceso inflamatorio en los dientes enfermos, el vestibulo lo vemos tumefacto, enrojecido y disminuido, la mucosa cubierta por seborrea febril, grasosa y amarillenta. La pus se desarrolla en el comportamiento submandibular del espacio perimandibular se nota enrojecimiento, tumefacción de la mucosa del suelo de la boca, se aprecia la mucosa vidriosa tumefacta cubierta de seborrea amarillenta, se despega y se limpia bien. El edema puede alcanzar grandes dimensiones y comprenden los conductos salivales de la glándula sublingual y submandibular. El pliegue salival sublingual al congestionarse se hace prominente como un hongo y el paciente presenta fiebre de 39 grados centígrados, taquicardia, alteración de los parámetros sanguíneos correspondientes y disminución rápida del estado general del paciente.

Diagnóstico:

Según la localización del absceso perimandibular nos va a dar el diagnóstico. El dolor referido a la apertura de la boca es necesario inspeccionar dentro de la boca para ver la propagación del proceso inflamatorio, los espacios sublinguales o parafaríngeos. El suelo de la boca se nota prominente, enrojecido y tenso con zonas laterales rojas de la pared faríngea. La anamnesis exacta nos puede orientar a un absceso perimandibular u odontógeno (cuerpos extraños, fractura del maxilar o tal vez absceso por inyección).

Hacer examen radiográfico ortopantograma es de gran ayuda para identificación de la causa del absceso ya sea odontógenos o por fractura o tal vez otra causa.

Tratamiento:

Antes que nada hospitalizan al paciente, hacer apertura quirúrgica amplia y drenar el absceso. En es desbridamiento intraoral de este absceso nos guiamos por el cuerpo de la mandíbula se hacen 2 tratveses de dedo aproximadamente 4 em por debajo de esta estructura con bisturi, hacer incisión horizontal de 3-4 cms. de longitud, para separar la piel y el tejido subcutáneo esto permite visualizar y seccionar el músculo cutáneo del cuello con la fascia cervical superficial y acceder al espacio deseado. Después de este punto prohibido hacer otras manipulaciones con instrumentos cortantes para no lesionar el paquete vascular, arteria y vena facial.

La cavidad del absceso se tiene con un instrumento como pinza de peans cerrada una vez que tocamos el borde mandibular inferior, se hace avanzar en contacto con el hueso hasta abrir el espacio submandibular o el perimandibular y eventualmente el espacio perifaringeo.

Nuevamente con ayuda de la pinza de peans insertamos y fijamos tubitos de drenaje de PVC de 6 m en las aperturas submandibular y bucal y por aquí drenamos e irrigamos los espacios afectados no se retira el drenaje hasta que el vendaje nos revela una clara remisión de las secreciones.

Es recomendable dar antibiótico prescrito por el antibiograma del paciente. Todo si el paciente llega grave se le administran antibióticos de amplio espectro.

La incisión intraoral es necesaria cuando el absceso perimandibular se haya extendido a la región sublingual tras atravesar o circundar el diafragma bucal es decir el músculo milohioideo. junto al reborde posterior. Despegamos la mucosa lingual y el periostio en el reborde marginal de la mandíbula a la altura de la máxima prominencia del suelo de la boca. Avanzamos con el raspador en sentido aural siempre en contacto con el hueso hasta el espacio sublingual, drenamos el absceso introralmente con este procedimiento la incisión intraoral, se hace con mucho cuidado para no dañar las múltiples arterias que del suelo de la boca y la glándula sublingual. El nervio lingual se discurre cerca del hueso con considerables variaciones anatómicas en las porciones dorsales de la mandíbula.

ABSCESO SUBMANDIBULAR

El segmento central del cuerpo de la mandíbula está en el espacio submandibular medial. El espacio submandibular limita en sentido craneal con el músculo milohioideo lateralmente con la fascia superficial del cuello ventro caudalmente con la parte anterior del digástrico comunicándose con el espacio submentoniano

Etiología:

Clinicamente coinciden con las del absceso perimandibular, sólo que estos son muy limitados a esta región, el borde mandibular óseo es palpable. Sus zonas caudales de la región geniana no presenta signos de tumefacción inflamatoria.

Diagnóstico:

El diagnóstico es un proceso patológico de la glándula submandibular, hay tumefacción tienen pronta aparición de los signos clínicos.

Tratamiento:

Es el mismo que en los abscesos perimandibulares.

ABSCESO MENTONIANO Y SUBMENTONIANO

El espacio perimandibular derecho y izquierdo acaba en el espacio submentoniano localizado en el entorno de la barbilla. La superficie dorsal interna de la parte media del cuerpo de la mandíbula y el músculo suprahioides insertada en ella constituyen el límite o techo central del espacio, la parte

blanda o músculo milohioideo desplegado en arco, la parte dorsal constituida por el hueso hioides.

Cada parte lateral está flanqueada por el vientre anterior del músculo digástrico y la fascia del cuello superficial con el músculo cutáneo cerrando espacio cuidadosamente.

La fascia se fija en el segmento anterior de la mandíbula no es uniforme, ni clara, tiene numerosos resguicios. Ésto implica que los abscesos se extiendan fácilmente a la parte anterior del mentón son limitados por la barrera del músculo mentoniano.

Etiología:

Los incisivos y caninos inferiores son los causantes de más de la mitad de los abscesos mentonianos y submentonarios; el resto es por afecciones de los premolares y terceros molares inferiores. Las causas no odontógenas, tumores infectados del piso de la boca, linfadenitis inespecífica enquistadas del grupo submentoniano.

Sintomatología:

Es característica su rápida aparición de síntomas clínicos. Por la expansión de las capas de tejido blando permentoniano junto a los elementos óseos rígidos; la causa es por caninos y incisivos afectados produciendo tumefacción redondeada con eritema cutáneo. Al palparlo se siente una prominencia elástica tensa que apenas se desplaza contra la base. El músculo mentoneano

forma una barrera difícil de franquear hacia labial por lo que las partes blandas periorales no son afectadas

La barbilla ósea no es palpable, intraoralmente vemos el vestibulo anterior difuminado y prominente. Si la pus alcanza el espacio submucoso pero se presenta normal, la palpación del vestibulo de la boca es dolorosa simple.

El absceso submentoniano es característico por que está erectomatoso y tumefacto en las partes blandas entre ambos vientres del músculo digástrico. El absceso el fluido, edematoso perifocal. El mentón no es afectado por la inflamación al hacer el tratamiento queda normal.

Diagnóstico:

La radiografía nos aclara las causas del proceso.

La biopsia es imprescindible si no sale pus o exudado inflamatorio o si sale un exceso desproporcionadamente

Tratamiento:

Siempre es quirúrgico. La evacuación de este absceso puede ser intraoralmente haciendo una incisión en el vestibulo entre los dientes cuarenta y tres y treinta y tres, incisionando con precisión las inserciones de los músculos y drenando la cavidad del absceso abierto hacia la boca.

Tan pronto el abseso pasa la prominencia mentoniana y sigue infiltrada la celda submentoniana se hace el drenaje por una incisión extraoral en el arco

del pliegue submentoniano de unos 3 centímetros de longitud, separando la piel, el tejido subcutáneo del cuello con la fascia superficial del cuello y abrimos el espacio submentoniano entre los dientes anteriores de los músculos digástricos con la pinza de peans. Empleamos tubitos de PVC para drenar y hacemos exodoncia del diente causal.

Si es necesario se le prescriben al paciente antibióticos como medida de apoyo.

ABSCESO SUBLINGUAL

La mucosa del piso de la boca forma por debajo de la lengua el techo del espacio sublingual, prolongándose hacia abajo por el curso de la arcada mandibular. El espacio sublingual se delimita ventral y lateralmente por el músculo milohioideo verticalmente dividido por el músculo geniioideo y geniogloso. El par de glándulas sublinguales y el conducto excretor de la glándula submaxilar discurren en cada lado entre la glándula sublingual y el músculo geniogloso desembocando en el piso de la boca por debajo del frenillo.

llenen casi por completo el espacio sublingual dorsalmente hay una comunicación entre los espacios sublingual y submaxilar y la prolongación de la glándula submaxilar rodeando el límite dorsal del diafragma. Músculo milohioideo extendiéndose al espacio sublingual.

Etiología:

Todo diente localizado en la mandíbula, afectado apicalmente puede tener exacerbación y diseminar un absceso sublingual, principalmente los molares

Por su amplia comunicación con los otros espacios adyacentes existen probabilidades de que los abscesos se extiendan hacia sublingual.

No siempre sus causas odontógenas se pueden presentar tumores afectados, las glándulas salivales, cálculos salivales, quistes de retención, quistes epidermoides sobre todo en la línea media abscesos de ganglios linfáticos, lesiones en el piso de la boca por ingesta de alimentos.

Tratamiento:

El tratamiento quirúrgico se puede limitar a una apertura intraoral en los abscesos localizados en sublingual. Con el bisturi se practica una incisión tangencial en el periostio de los dientes afectados, separados cuidadosamente de la mandíbula. La pus se vacía en forma de cascada hacemos el drenaje con tubitos de PVC o tiras de goma o gasa impregnada de yodoformo, fijándolas cuidadosamente.

Las incisiones para marginales de la mucosa delgada del piso de la boca están contraindicadas por el riesgo de la lesión del nervio lingual y de hemorragias difícilmente controlables por lesiones de la arteria sublingual, se recomienda apoyarse con tratamientos farmacológicos, con antibiótico de amplio espectro.

ABSCESO LINGUAL

En región sublingual existen vías de comunicación con el cuerpo de la lengua. El órgano muscular de la lengua es un sistema tridimensional músculo longitudinal superior e inferior, músculo transversal y músculo vertical lingual separado en el centro por un septo fibroso. A la lengua llegan otros músculos que se insertan en el esqueleto, los músculos geniogloso hiogloso y estilogloso. La acción combinada de los diversos músculos posibilitan su movilidad especial variada.

Etiología:

Todos los factores de los abscesos sublinguales de origen odontógenos o por traumatismos de los abscesos antes descritos que se puedan extender al cuerpo de la lengua y nos muestran la misma sintomatología de los abscesos de los espacios regionales

Tratamiento:

Los abscesos superficiales de la lengua los incidimos quirúrgicamente hacia la cavidad bucal. La incisión es simple y debe seguir siempre la dirección del eje de la lengua

ABSESO MASETEROMANDIBULAR

La celda maseteromandibular está formada por el delgado espacio interfacial entre la rama ascendente mandibular y la amplia superficie del músculo masetero. El límite medial formado por la cortical externa de la rama mandibular ascendente y el límite lateral por el músculo masetero. el espacio maseteromandibular se comunica con el espacio retromandibular y cranealmente con la celda temporal.

Etiología:

La dentitio difficilis del tercer molar inferior es la causa principal de las infecciones del espacio maseteromandibular. Los dientes de la mandíbula cercanos a la zona frontal de la arcada son de menor causa infecciosa.

Sintomatología:

Destaca el trismo al intentar abrir la boca, la mandíbula se desplaza ocasionalmente hacia el lado enfermo por la hiperactividad de la musculatura contralateral y si el trismo se acompleta no se puede revisar intraoralmente sin anestesia.

La pus escondida debajo del masetero apenas se aprecia externamente se aprecia dolor a la presión sobre la rama ascendente asociado a induración muscular, un edema colateral blando se observa, no siempre en la fosa temporal o también el espacio submandibular.

Diagnóstico:

Hacer bien una historia clínica. el paciente pudo hacerse una exodoncia de molares o premolares inferiores unas semanas o meses antes, se puede sospechar que la causa haya sido la aplicación de la anestesia con arrastre bacteriano o una periodontitis apical o un quiste en un molar infectado.

Tratamiento:

El 82% de este tipo de pacientes se desbrindan y drenan por vía intraoral

Primero se fuerza la apertura pasiva de la boca con un abrebocas en el paciente bajo anestesia con intubación para ver mejor. Localizamos el pliegue intermaxilar (pliegue pterigomandibular) lateralmente le hacemos una incisión vertical de 3 cm. de largo hasta el periostiomandibular. seccionamos éste y desprendemos el músculo masetero de la base ósea. abrimos la región haciendo contacto constante entre el hueso y el instrumento. El exudado lo drenamos intraoral con tubitos de PVC.

La misma quimioterapia para todos los abscesos, ya antes mencionados.

ABSCESO PTERIGOMANDIBULAR

La celda pterigomandibular situada frente a la masetero mandibular separado por la rama ascendente mandibular lateralmente formada por la cortical interna

de la misma rama, la parte interna corresponde a la envoltura perióstica externa del músculo pterigoideo interno. El pterigoideo y el masetero hacen la base mandibular con sus inserciones y con el ligamento estilomandibular que se insertan en el espacio pterigomandibular. Ventralmente al músculo pterigoideo interno el espacio se abre a la parte anterior de la rama mandibular ascendente llegando al espacio entre el músculo buccinador por un lado y el tendón del músculo temporal por otro, hasta la celda masetero mandibular.

El espacio pterigomandibular dorsalmente con la celda parotidea y cranealmente con la temporal delimitado con el músculo pterigoideo lateral o externo por la celda pterigo mandibular pasan la arteria y la vena mandibular los nervios alveolar inferior milohioideo y lingual. El plexopteregoideo comunicado con la celda a través de drenajes venosos.

Etiología:

El absceso pterigomandibular es de origen odontógeno y no odontógeno como todos los abscesos ya descritos.

Sintomatología:

A pesar de la relación con el absceso maseteromandibular es distinto, su infiltración del músculo pterigoideo interno produce contracción, refleja contrismo en ocasiones considerable. En la apertura de la boca la mandíbula se desplaza hacia un lado sano por la tracción muscular contra lateral

inhibiendo la inflamación simultánea del músculo pterigoideo, si este signo se acentúa nos hace el diagnóstico diferencial entre ambos abscesos

Los trastornos de deglución son insoportables en la fase avanzada lo mismo la temperatura del cuerpo, también depende del estadio de la enfermedad

Diagnóstico:

El mismo procedimiento que en el absceso masetero mandibular

ABSCESO PERIAMIGDALINO

El lecho amigdalor o tonsilar está delimitado dorsalmente por el arco muscular palatofaríngeo a los lados por la musculatura faríngea lateral. El tejido linfático de la amígdala palatina lo rodea la fascia tonsilar. La comunicación periamigdalor ventralmente con la región quiniaria y retroangular de la mandíbula da cavidad a infecciones periamigdalares de origen odontógeno, si la infección purulenta traspasa la fascia tonsilar hay a lo largo de la musculatura faríngea facilidades de propagación hacia la base del cráneo y mediastino.

Etiología:

Es poco frecuente que aparezcan cuando el proceso infeccioso se da en la zona de los últimos molares superiores e inferiores extendiéndose más allá del arco palatoglosa conectándose con el espacio tonsilar. Estos abscesos se desarrollan habitualmente secundarios o una amigdalitis crónica exacerbada o primaria por una angina amigdalor de evolución aguda

En procesos localizados en las creptas del tejidod tonsilar puden afectar y fundir totalmente el tejido del anillo linfático, folículos faringeos, velo del paladar, etc.

Al suprimir la raíz de la lengua con un abate lenguas visualizamos la amígdala con tejido amigdalar groseramente irregular cubierto de pus.

Sintomatología:

La angina amigdalar no complicada tiene problemas de deglución más o menos acentuados, puede ser insoportable si el absceso es en región tonsilar, tanto en las fances pilares anteriores del veldo del paladar.

El paciente tiene un aspecto grave, tiene aceleración del pulso, fiebre de 40 grados centígrados, presenta lincocitos

Al infiltrar al músculo pterigoideo interno padece trismo que rara vez se hace completo.

En extraoral secundaria se le pone poca atención a las tumefacciones de gánglios linfáticos smimandibulares y cervico laterales

Diagnóstico:

Lo a a proporcionar la inspección directa de la inflamación mucosa en retromolar del maxilar y la mandibula o trogono retromolar y la faringoscopia que nos revelan la inflamación y el diagnóstico radilógico, nos indica en dentitio difficiles esto nos indica que la causa directa es odontógena.

Todos los demás casos son patológicos.

Tratamiento:

Este tipo de absceso requiere la combinación de ambos tratamientos quirúrgico y quimioterapia. Para eliminar las estreptococos se dan altas dosis de penicilina G

100.000 unidades Kg por día 4 dosis iv. adulto.

1 m adulto, 800 000/kg cada 12 hrs.

Penicilina V.O:	pediátrico IM
50 mg /kg. al día	400.000 U. c/12 hrs
4 dosis	

Si es alérgico a la penicilina

Eritromicina V.O.

40 mg/ Kg /día en 4 dosis

Esto es antes de la intervención quirúrgica y evitar bacteriemia estreptocócica transitoria. Quirúrgicamente se hace el desbridamiento y evacuamos el absceso se guía exactamente por el polo superior amigdalar evitando lesiones de vasos sanguíneos, se hace una línea imaginaria entre el último molar interior y la En el punto medio de este tramo imaginamos una segunda línea vertical. la incisión se hace en forma de arco de 1-2 cms. por encima de estas 2 líneas de intersección. Con la tijera de preparación se separa el tejido y se abre la cápsula. el drenaje con tubitos de PVC

PRINCIPIOS TERAPEUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ORALES

Esta reseña no es estereotipo o regla general para tratar una infección oral ni de ningún otro tipo, de ante mano sabemos que el tratamiento a seguir nos lo dará según la etapa de la infección, además la respuesta fisiológica de cada paciente sabemos es dada según la resistencia y el mecanismo de defensa del paciente.

Si el paciente no combate bien la infección nos va a manifestar fiebre a 38 grados centígrados o más, toxemia con signos de escalofríos, sudoración, anorexia, etc.

Para todo tratamiento nos ayudamos con terapia de apoyo para ayudar a las defensas corporales del paciente administrándole antibióticos, hidratamos al paciente y le aliviemos el dolor recetándole analgésicos se le recomienda al paciente se aplique compresas húmedas caliente o frías, según sea el caso y que haga buches con algún enjuague bucal y en ocasiones que guarde cama o reposo.

En ocasiones como ya sabemos la infección no siempre cede y siga avanzando de ser celulitis, pasa a formarse absceso y el tratamiento de apoyo no es suficiente y se requiere tratamiento quirúrgico. A continuación se indicaran algunas técnicas de abordaje quirúrgico en cavidad oral.

TECNICAS DE INCISION Y DRENAJE

Antes de hacer una incisión para drenar un absceso habrá que tomarse en cuenta varios factores.

La incisión se hará siempre en la parte de declive de la tumefacción, jamás es recomendado hacerla en el centro, así evitamos que el tejido se necrose y ocurra tejido cicatrizal excesiva por haber incidido en la parte más fina y desvitalizada de la mucos o la piel.

La incisión debe ser del tamaño suficiente par que el líquido purulento salga con facilidad.

Es importante que la incisión o cree problemas técnicos y estéticos por tner una base amplia en las regiones faciales y cervicales.

Esto lo evitamos haciendo 2 pequeñas aberturas horizontales y pasando un drenaje a través de los tejidos más profundos de una incisión a la otra; ésto lo hacemos en lugar de hacer una sóla incisión en la piel como se hacen en otras partes del cuerpo.

Tenemos que tratar de hacer las incisiones cutáneas en lugares estéticos que queden paralelos a los pliegues cutáneos o en la sombra de la mandíbula.

Al hacer correcto el drenaje extraoral del absceso queda una cicatriz pequeña casi invisible.

TECNICA DE INCISION Y DRENAJE

Abscesos vestibulares y palatinos:

Esta incisión la hacemos intrabucal en la parte más baja de la tumefacción, qui los tejidos estirados reciben un escaso aporte sanguíneo. Lo mismo hacemos en el absceso palatino, así no cortamos tejido desvitalizado, teniendo mucho cuidado de no cortar la arteria palatina mayor ni la nasopalatina.

Una vez hecha la incisión a través de la mucosa se abre el absceso con una pinza hemostática la introducimos cerrada, la abrimos dentro y la sacamos, colocamos un tubito PVC, le suturamos el tubo para que no se safe y siga drenando. El drenaje se retira más o menos a las 48 hrs

Absceso del espacio canino:

La incisión se hace dentro de la boca a la altura del vestibulo labial maxilar.

Introducimos la pinza hemostática a través del músculo canino hasta llegar a la cavidad del absceso, colocamos un drenaje de goma en el espacio canino y lo suturamos al borde inferior de la incisión vestibular.

Absceso del espacio yugal:

Este tipo de absceso nos hace pensar por lógica que se debe drenar intraoralmente pero no es así; la incisión la hacemos a través del músculo buccinador en esta región se tiene problemas para mantener una abertura permeable por la contracción de las fibras musculares que tienden a cerrarse y a detener un drenaje, más si la incisión es vertical y no horizontal.

Si se hace la incisión por vía intrabucal la incisión se debe hacer horizontal debe ser justo encima de la profundidad del vestíbulo por que así obtenemos el drenaje en declive y evitamos seccionar el conducto parotideo

Las incisiones para drenar el espacio yugal las hacemos debajo del borde inferior de la mandíbula aunque el absceso está en la mejilla de esta manera hacemos el drenaje en declive; las incisiones quedan disimuladas por la sombra de la mandíbula.

Las incisiones las hacemos en señalada a través de la piel y del tejido subcutáneo con una hoja de escalpelo No 11 introducimos una pinza hemostática curva a través de la incisión anterior hasta el espacio yugal y luego la viramos saliendo por la otra incisión posterior. Abrimos la pinza hemostática y tomamos un drenaje de goma, retiramos la pinza arrastrando el drenaje a través de los tejidos y aseguramos los extremos del drenaje con un imperdible esteril o una sutura para que no se salga.; colocamos un apósito para que absorba el drenaje purulento.

Absceso del espacio submentoniano:

Las incisiones para drenar en esta región las haremos en ambos lados a través de la piel, tejido subcutáneo y músculo cutáneo del cuello en el borde inferior de la tumefacción.

Por una de las incisiones insertamos una pinza hemostática, la llevamos a través del absceso y la atravesamos por la segunda incisión. abrimos la pinza. tomamos con ella el drenaje. la jalamos arrastrando con ella el drenaje a través

de los tejidos y aseguramos el drenaje con una sutura para que no se salga y colocamos un apósito para que absorva el drenaje purulento.

Absceso del espacio sublingual:

Estos abscesos los incidimos dentro de la boca en la base de la apófisis alveolar a nivel del surco lingual, para no lesionar la glándula sublingual, el nervio lingual, ni el conducto submandibular.

En la incisión introducimos la pinza hemostática de adelante hacia atrás y debajo de la glándula sublingual para evacuar el pus; si no sale pus puede estar circunscrito debajo del periostio. en la cara interna de la mandíbula, entonces incidimos en el periostio junto con el diente causal. colocamos un drenaje de goma y lo suturamos a la mucosa alveolar para que no se salga con los movimientos de la lengua. Muchas veces el espacio sublingual está tumefacto de ambos lados en ese caso se hacen las incisiones en ambos lados, pasamos una pinza hemostática curva a través del piso de la boca de un lado a otro y colocamos el drenaje, pasándolo como en los otros casos. Se asegura con una sutura en la mucosa alveolar de ambos lados.

Absceso del espacio submandibular:

La técnica de incisión y drenaje; se hacen 2 incisiones en puñalada en la parte inferior del absceso en la sombra de la mandíbula. Las incisiones deben atravesar la piel y la fascia superficial, hacemos la introducción de la pinza hemostática curva insertándola por el músculo cutáneo del cuello y la fascia

profunda para llegar al absceso. Así evitamos seccionar ramas de la arteria facial, la vena facial anterior o el nervio facial. Ya abierto el absceso pasamos la pinza hemostática a través de la cavidad y la sacamos por la otra incisión introduciendo el drenaje de goma por la herida tomando uno de los extremos con los picos de la pinza hemostática y retirándola. aseguramos los extremos del drenaje los anudamos con una sutura para que no se desplacen. Cubrimos con un apósito para que absorba el líquido purulento.

Absceso del espacio pterigomaxilar:

Generalmente se bloquea la mandíbula por el trigémino o anestesia general, debido al trismo.

La incisión la hacemos a través de la mucosa, entre la cara medial de la rama y el rafe pterigomandibular, donde se inserta la aguja para anestesiarse el nervio alveolar inferior.

Abrimos el absceso con la incisión mediante divulsión de la pinza hemostática. Colocamos el drenaje de goma, así se mantiene abierta la herida, le suturamos uno de sus bordes aunque la incisión no quede en la parte de más declive del espacio pterigomandibular. Hay suficiente drenaje para evitar la necesidad de un abordaje extraoral.

Absceso del espacio submaseterino:

Se hace una incisión vertical a lo largo de la línea oblicua externa de la mandíbula, empezando al nivel plano oclusal descendiendo hacia adelante en el surco vestibular, hasta un punto que está en el segundo molar.

En la incisión introducimos la pinza hemostática y la pasamos hacia atrás siguiendo la cara lateral de la rama hasta por debajo del músculo masetero y abrimos las ramas para que salga el pus. Colocamos el drenaje de goma y lo suturamos al margen de la herida. Si la causa del absceso es por pericoronaria se entra en el tercer molar al mismo tiempo.

Para drenar un absceso submaseterino por vía extraoral, se hace una pequeña incisión debajo del ángulo de la mandíbula y giramos con la pinza hemostática separando las fibras del músculo masetero y evacuamos el pus. Esta técnica evita la lesión al nervio facial, es recomendable colocar un tubo PVC en la herida para que las fibras musculares no obstruyan el drenaje del exudado purulento.

Absceso del espacio parotideo.

El abordaje es extraoral, hacemos la incisión en retromandibular, el pus no está en una sola cavidad está en numerosas localizaciones dentro del parénquima de la glándula. Hay que explorar la región para evaluar todos los sitios afectados por lo que requerimos de una incisión más grande de lo común y explorar bien la glándula. La incisión la hacemos a través de la piel y de los tejidos subcutáneos, detrás del borde posterior de la mandíbula, desde el nivel de la cara inferior del lóbulo de la oreja por encima del ángulo de la mandíbula.

Exploramos las diversas partes de la glándula divulcionando la pinza hemostática para no lesionar las ramas del nervio facial. Como el pus está distribuido en diversos lugares el drenaje de cualquier área no es extenso o por lo que se colocan múltiples drenajes. una vez colocado (s) el (los) drenaje (s). cerramos la incisión con puntos separados de nylon

Otra técnica de incisión del espacio parotideo:

Trazamos una incisión curva en el ángulo de la mandíbula. tomando solamente la piel y el tejido subcutáneo. se hace la exploración divulcionando con la pinza hemostática.

La incisión se sutura en parte, una vez que se colocaron los drenajes.

Absceso del espacio infra temporal:

Lo incidimos desde el interior de la boca. hacemos la incisión en forma vertical por dentro de la porción superior del borde anterior de la rama mandibular pasamos la pinza hemostática hacia arriba siguiendo la cara medial de la apófisis coronoides hasta llegar a la región infra temporal. Hacer con mucho cuidado la divulsión para no lesionar el nervio lingual. insertamos un tubito de PVC, para drenar constantemente. sujetamos el tubito en el borde de la herida con sutura para fijarlo.

Si el paciente tiene trismo severo es imposible llegar a la región infratemporal desde la boca. entonces hacemos una pequeña incisión horizontal paralela a la rama cigomática del nervio facial detrás de la unión de las fascias frontal y temporal del cigoma al incidir profundizamos hacia la piel y la fascia superficial y temporal, entramos al espacio infratemporal con la pinza hemostática curva hacia infero medial. En este abordaje externo no produce drenaje declive por lo que sólo se va hacer cuando la vía de abordaje bucal es inaccesible.

Absceso del espacio temporal:

En este espacio vamos a drenar desde la boca, trazamos la incisión verticalmente justito por dentro la porción superior del borde anterior de la rama de la mandíbula. La pinza hemostática la llevamos hacia arriba por la cara lateral de la fascia coronoides, entramos en el espacio temporal superficialmente, de lo contrario si subimos a lo largo de la cara media hasta la fosa infra temporal entra en el espacio temporal profundo. El espacio temporal también se puede drenar al exterior de la boca por la misma incisión que hacemos para el absceso infra temporal. Llevamos la pinza hemostática hacia adentro, introducimos primero en el espacio temporal superficial y luego en el espacio temporal profundo divulsionando por el músculo temporal.

Así se hace en la mayoría de los abscesos temporales debido a la propagación ascendente de la infección de la fosa infra temporal. El drenaje por vía oral es más indicada ya que evita que las fibras del músculo temporal se contraigan

sobre el drenaje y obstruyen la salida del pus proveniente del espacio temporal profundo

Absceso del espacio faringeo;

El abordaje de este espacio es similar al que empleamos para abordar al espacio pterigomaxilar

La incisión la hacemos a través de la mucosa en el área comprendida entre la cara medial de la rama y el rafé pterigomandibular. En lugar de pasar la pinza hemostática hacia atrás, entre la cara medial de la rama y la superficie lateral del músculo pterigoideo interno, llevamos la pinza hemostática en dirección posteromedial, a lo largo de la superficie profunda del músculo hasta el espacio faringeo, si el trismo no permite abrir la boca aún con la anestesia general o se teme que el paciente llegue a aspirar el pus se hace el abordaje por vía extrabucal.

Hacemos la incisión por delante y debajo del ángulo de la mandíbula. La pinza hemostática la llevamos hacia arriba y adentro siguiendo la superficie profunda del músculo pterigoideo interno hasta el espacio faringeo lateral.

El absceso retrofaringeo, es una propagación de la infección del espacio faringeo lateral, por lo que tal vez no requiere drenaje independiente por vía

intraoral; se hace una incisión vertical en la mucosa de la pared faíngea por fuera de la línea media, abrimos el absceso divulcionando la pinza hemostática.

Colocamos al paciente en posición de tren de Ienburg, para que no aspire el pus.

Si hay peligro de que el absceso se rompa al colocar la sonda endotraqueal, se hace una traqueotomía preventiva es mejor drenar el absceso extraoral trazando la incisión a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo por debajo del hueso hioides, separando hacia afuera el músculo y la vaina carotídea, al desecar en la profundidad entre la vaina carotídea y el músculo constructor inferior de la hipofarínge; el espacio retrofaringeo se abre hacer el drenaje.

Absceso de la vaina carotídea:

Para abordar este espacio hacemos una incisión a lo largo del tercio medio del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, separándolo hacia atrás localizando la vaina carotídea, la que abrimos con mucho cuidado con una incisión vertical. Si observamos trombosis de la vena yugular interna, ligamos el vaso por encima y debajo de los límites alterados, evitando de esta manera que la infección se siga diseminando.

Conclusiones:

Como ya se vió anteriormente, la infección en cavidad oral, si no se trata a tiempo nos puede traer mayores complicaciones.

Por eso es importante llevar a cabo las medidas de apoyo tanto terapéuticas como quirúrgicas, en el tratamiento adecuado para cada uno de los casos que se nos presenten en el consultorio

BIBLIOGRAFIA

- 1 - PELEAZAR/REID/CHAN
Microbiología
Ed. Mc. Graw Hill
4ta. ed. en español
México

- 2- GLOSLING, HARRIS, HUMPHERSON,
WHITMORE, WILLIAM
Anatomía Humana
Ed. Mc. Graw Hill
2da. ed., México, 1990

- 3.- QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
Anatomía Humana
Ed. Porrua
Tomo I, 4ta. ed., México, 1980

- 4.- SHAFER W.G. B.M. LEVY
Tratado de Patología Bucal
Nueva Editorial Interamericana
4ta. Ed., México, 1974

ESTO
SALA DE LA BIBLIOTECA
TESIS NO DEBE

- 5 - KRUGER O. GUSTAV
Tratado de Cirugía Bucal
Nueva Editorial Interamericana
4ta Ed. México. 1974

- 6 - LASKIN M DANIEL
Cirugía Bucal y Maxilo Facial
Ed. Médica Panamericana
México

- 7 - H.H. HORCH
Cirugía Odontoestomatológica
Masson - Salvat, Odontología
Ediciones Científicas y Técnicas
1992. Barcelona. España