
Manejo odontológico de las infecciones odontogénicas.

Claudia Bonilla, Sharoway Osma, Edgar Ureña.

Universidad de Panamá. Facultad de Odontología. Panamá. cbonilla1414@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-8449-1171>
sharomay@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-5453-3473> edgar1380@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-7473-4547>

DOI <https://doi.org/10.48204/2710-7825.4247>

Fecha de recepción: 27 de octubre 2022

Fecha de aceptación: 15 de noviembre 2022

Resumen.

Las infecciones odontogénicas constituyen uno de los principales problemas que se presentan en la consulta odontológica. Estas infecciones, pueden llegar a poner en riesgo la vida de los pacientes si no son tratadas de manera correcta y en el momento oportuno. En esta publicación presentamos el correcto manejo odontológico de las infecciones odontogénicas, el cual puede ser realizado por un odontólogo general, quien conoce las consideraciones a tomar en cuenta, para referir un paciente a un nivel de atención especializado.

Palabras claves: Infecciones odontogénicas, tratamiento, antibióticos, absceso, microorganismos.

ABSTRACT

The odontogenic infections are one of the biggest problems that are presented in the odontological consultations, the same ones can get to put in risk the life of the patients if they

are not treated of correct way and in the suitable moment. In this publication we will present the correct dental management of the odontogenic infections that a general dentist must and can perform and the considerations that must be taken into account to refer a patient to a higher level of care

Keywords: Odontogenic infections, treatment, antibiotics, abscess, microorganisms.

Introducción

La mayoría de las infecciones de cabeza y cuello son odontogénicas⁶. Las infecciones odontogénicas se originan principalmente a partir de dos localizaciones: periapical, como consecuencia de necrosis de la pulpa dental, seguida de la invasión bacteriana de los tejidos periapicales; y la periodontal, como consecuencia de la formación de una bolsa periodontal, que permite la inoculación de las bacterias a los tejidos blandos subyacentes. De estos dos orígenes, el apical es el más frecuente¹. La localización de la infección, cuando surge de una pieza dental específica, se determina por dos principales factores: el grosor del hueso que rodea el ápice del diente y la relación de la zona de perforación del hueso con las inserciones musculares, maxilares y mandibulares³.

Los espacios que son afectados principalmente por infecciones odontogénicas, se encuentran adyacentes al origen. Estos espacios se clasifican como espacios fasciales primarios, que incluyen los espacios bucal, canino, sublingual, submandibular, submental y vestibular¹⁻⁴. Después de que la infección se propaga a los espacios primarios, puede progresar para incluir espacios secundarios; estos espacios, incluyen pterigomandibulares, infratemporales, masetéricos, faríngeos laterales, temporales superficiales y profundos, masticadores y retrofaríngeos. Cuando la infección erosiona la placa cortical de la cara alveolar se propaga a las localizaciones anatómicas previsibles. Es por ello que, en ocasiones, una infección odontogénica puede extenderse y dar lugar a infecciones polimicrobianas en otras localizaciones, como los senos paranasales (sinusitis maxilar odontogénica), los espacios

aponeuróticos cervicofaciales, el paladar, el sistema nervioso central (absceso cerebral), el endocardio (endocarditis), etc³.

La cavidad bucal comprende alrededor de más de 500 especies bacterianas⁷. En un estudio realizado por Weise, et al. en 2019, acerca de las infecciones odontogénicas severas con progreso séptico, los principales microorganismos aislados de los 16 pacientes que fueron tratados son: *Streptococcus viridans* 75% (12 pacientes), seguido de *Staphylococcus epidermidis* (38%), *Enterococcus faecalis* (31%) y *Prevotella oris* (31%)⁶. Cabe resaltar, que entre las bacterias anaerobias, diversos cocos grampositivos (por ejemplo, varias especies de *Streptococcus* y *Peptostreptococcus* anaerobios) y bacilos gramnegativos (por ejemplo, *Prevotella* y *Fusobacterium* spp.), desempeñan un papel patógeno muy importante. Los cocos gramnegativos anaerobios y los bacilos grampositivos anaerobios, parecen tener un escaso o nulo papel en la producción de infecciones odontogénicas; en cambio, parecen ser organismos oportunistas¹.

Nuestro objetivo es presentar el correcto manejo de los pacientes que se presentan a la consulta odontológica con una infección odontogénica.

Manejo odontológico

Las infecciones odontogénicas, por lo general, pueden ser diagnosticadas únicamente a partir de la historia clínica, junto con un examen clínico y radiográfico. El dolor, es generalmente la queja principal. El diente en cuestión es sensible en la mayoría de los casos de infección aguda². La historia del paciente y el examen clínico, son esenciales para determinar la causa de la infección y así, determinar la ubicación de la lesión, el tipo de dolor, la frecuencia, la duración y la aparición de este. Al presentarse un paciente en la consulta con esta patología infecciosa, es necesario considerar varios factores: 1) determinar la gravedad de la infección, esto debe ser evaluado con una correcta historia clínica y exploración física; 2) determinar si el paciente puede ser tratado por un odontólogo general, o si necesita ser remitido al cirujano maxilofacial; 3) tratar la infección quirúrgicamente, aquí se puede tomar la decisión de realizar la extracción dental del diente afectado, y/o drenaje con tratamiento del conducto, 4) al elegir el antibiótico, nos centramos en los criterios de cuándo enviar o no antibióticos a los

pacientes, (ver cuadro 2) y 5) al evaluar al paciente, se debe verificar si el tratamiento seleccionado ha sido el adecuado, o si el mismo, ha fracasado.

Cuando se presenta una infección odontogénica, la misma suele pasar por cuatro fases. En los primeros 3 días de síntomas, una inflamación pastosa de consistencia blanda y levemente dolorosa a la palpación, representa la fase de inoculación, en la que los estreptococos invasores están solo empezando a colonizar al huésped. Al cabo de 3-5 días, la inflamación se hace más firme, roja y muy dolorosa a la palpación, conforme la flora mixta infectante estimula la intensa respuesta inflamatoria de la fase de celulitis. Entre 5 y 7 días después del comienzo de la inflamación, comienzan a predominar los anaerobios; éstos, producen un absceso licuado en la zona central del área inflamada, lo cual constituye, la fase de absceso. Finalmente, cuando el absceso se abre espontáneamente a través de la piel o de la mucosa o se drena quirúrgicamente, inicia la fase de resolución, que es cuando el sistema inmunitario destruye las bacterias infectantes, seguido por un proceso de curación y reparación¹.

Para los odontólogos el empleo de antibióticos es algo común. Por este motivo, cuando se presenta un paciente con infección odontogénica, es imprescindible identificar el antibiótico más apropiado para tratar dicha infección. Éstos productos, deben reunir las siguientes características: a) actividad frente a los microorganismos implicados en el proceso infeccioso; b) adecuados parámetros farmacocinéticos, (suficiente penetración y difusión en el lugar infectado); c) tolerancia y pocos efectos adversos; y d) una posología que pueda facilitar el cumplimiento del tratamiento (ver cuadro 2).

¹Cuadro 1. Indicaciones del uso terapéutico de antibióticos

- * Inflamación más allá del proceso alveolar
- * Celulitis
- * Trismos
- * Linfadenopatías
- * Fiebre mayor de 38°C
- * Pericoronaritis grave
- * Osteomielitis

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Historia clínica y exploración física intraoral y extraoral.

Infección odontogénica

Exploración radiográfica



- Determinar compromiso sistémico del paciente: inmunosupresión, defensas del huésped.

- Áreas anatómicas involucradas.



Tratamientos ambulatorios

Remitir al cirujano maxilofacial /urgencia

Fase de inoculación, celulitis y absceso



Pilares de tratamiento:

1. Eliminación precoz de focos sépticos.
 - *Exodoncias (**inmediata**)
 - *Endodoncia (si es restaurable)
 - *Incisión y drenaje (absceso)
2. Antioticoterapia
3. Termoterapia

Criterios de referencia:

- * Trismus de moderado a severo
- * Disnea, disfagia
- * Deshidratación
- * Dos espacios anatómicos primarios involucrados o un espacio primario con uno secundario.
- * Tratamientos odontológicos fallidos (antibioticoterapia o mecánico).

Primera elección:

1. Amoxicilina 500 mg/8h V.O por 5 a 7 días
2. Clindamicina 300 mg/6h V.O por 5 días
3. Metronidazol** (fase absceso) 500 mg c/ 8 h V.O por 5 días.

Alergia a la penicilina

1. Clindamicina 300 mg/6h V.O por 5 días.
2. Metronidazol
3. Azitromicina 500 mg V.O al día.

Seguimientos preventivos 24 horas, mejora en 72 horas

Ausencia de mejoría en 48 horas

** Amoxicilina + metronidazol 500/500 mg cada 8 horas V.O por 5 días

³Cuadro 3. Antibióticos y antisépticos como opción en el manejo de las infecciones odontogénicas

Infección odontogénica	Fármaco de elección – primera alternativa de tratamiento (vía oral y/o tópica)	Alternativa – no es primera alternativa de tratamiento (vía oral y/o tópica)
Gingivitis marginal	Clorhexidina	
Gingivitis ulcerativa necrotizante	Amoxicilina/clavulánico o amoxicilina + metronidazol + clorhexidina	Clindamicina + clorhexidina
Periodontitis crónica	Amoxicilina/clavulánico o metronidazol + clorhexidina	Clindamicina o doxiciclina + clorhexidina
Periodontitis agresiva	Amoxicilina/clavulánico o metronidazol o doxiciclina oral + clorhexidina	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Pulpitis aguda	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
<i>Absceso periapical</i>	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
<i>Absceso periodontal</i>	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
<i>Pericoronaritis</i>	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina

Conclusiones

1. Aunque los antibióticos modernos han ayudado a disminuir la incidencia de las infecciones odontogénicas, aún presentan una alta morbilidad y riesgo de mortalidad en los pacientes.
2. Los odontólogos deben ser competentes para atender a los pacientes que presentan las patologías descritas en este estudio, reforzando la atención primaria, obteniendo una acertada historia clínica del paciente, y teniendo claridad sobre los criterios para referirlo al cirujano maxilofacial. De igual forma, es importante, considerar rigurosamente, la necesidad de administrar o no antibióticos, pensando siempre en el bienestar del paciente.
3. En todos los casos en que el paciente no presente una condición de inmunosupresión y tenga la capacidad de abrir la boca, se debe eliminar la causa del proceso infeccioso de manera inmediata, es decir, realizar el tratamiento de endodoncia, toda vez, que el diente tiene condiciones clínicas para ser restaurado y el paciente esté en capacidad de tolerar el procedimiento, de lo contrario, se deberá realizar la extracción dental inmediatamente, ya que el diferir este procedimiento, aun estando bajo tratamiento antibiótico, podría desencadenarse en situaciones comprometedoras, que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Hupp J., Ellis E., Tucker M. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Capítulo 16. Sexta edición. 2016.
2. Orrett E. Odontogenic Infections. Dental Clinics of North America; 2017, 61(2): 235-252.
3. Holmes C, Pellecchia R. Antimicrobial Therapy in Management of Odontogenic Infections in General Dentistry. Dent Clin N Am, 2016: 497-507.
4. Alotaibi N., Cloutier L., Khaldoun E., Bois E., Chirat M., Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, 2015, 132(5): 261-264.
5. Weise et al. Severe odontogenic infections with septic progress – a constant and increasing challenge: a retrospective analysis. BMC Oral Health; 2019, 19:173.
6. Valle Rodríguez JL, Gómez-LusCentelles ML, Prieto J, Liébana Ureña J. Composición y ecología del microbiota oral. En: Liébana Ureña J. eds. Microbiología oral. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995. p. 402-7.
7. Johri A., Piecuch J. Should teeth be extracted immediat in the presence of acute infection? Oral Maxillofacial Surg Clin N Am; 2011, 3: 507-511.