

## INFECCIONES ODONTOGENAS

### Generalidades

La cavidad oral es el primer segmento del aparato digestivo que comunica directamente con el exterior; no es una cavidad aséptica. (1) El 80% de su microbiota está compuesta por *Streptococcus spp.*, *Veillonella*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium spp.*, *Corynebacterium* y *Actinomyces*. (2) La mayoría de las bacterias de la microbiota oral ejercen una relación simbiótica con el huésped. La enfermedad se produce cuando hay aumento en la proporción de bacterias cariogénicas o periodontogénicas (disbiosis). Para que esto ocurra es necesario un cambio en las condiciones fisiológicas del individuo (edad, cambios hormonales puberales, gestación, etc.) o locales de las características de la saliva (por disfunción glandular, mala higiene oral, tabaquismo, etc.) (1)

Las infecciones odontogénicas (IOs) se originan en el propio diente o tejidos que lo rodean íntimamente; progresa por el periodonto hasta el ápice, afectando hueso periapical y desde esta zona se disemina a través del hueso y del periostio hacia estructuras vecinas o más lejanas. (3)

Entre las infecciones oro faciales odontogénicas se incluyen: caries dental, pulpitis, abscesos periapicales, gingivitis, trastornos periodontales e infecciones de espacios faciales profundos. (4)

En su mayoría son polimicrobianas. Más del 95% por microbiota mixta, en una proporción 3:1 anaerobias/aerobias respectivamente. (5)

Pueden producir manifestaciones sistémicas y comprometer la vida. En las formas graves, la llegada del microorganismo puede ser 1) *por continuidad* (angina de Ludwig, fascitis necrotizante cervicofacial, mediastinitis), como por 2) *vía hematológica o linfática* (trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral, meningitis). (3)

Se realizó una escala de severidad para las IOs a los fines de asignar un valor numérico del 1 a 4 según grado de compromiso de los espacios anatómicos (leve, moderado, severo extremo). (ver Tabla 1) (6)



**Tabla 1:** Escala de severidad para infecciones odontógenas

<b>Escala de severidad</b>	<b>Espacio anatómico</b>
Escala de severidad= 1 Riesgo leve para vía aérea y/o estructuras vitales	Huesos maxilares Subperióstico Submucoso vestibular Submucoso palatino Geniano
Escala de severidad = 2 Riesgo moderado para vía aérea y/o estructuras vitales	Submandibular Submentoniano Sublingual Pterigomandibular Submaseterino Temporal Interpterigoideo
Escala de severidad = 3 Riesgo severo para vía aérea y/o estructuras vitales	Pterigofaríngeo Retrofaríngeo Pterigopalatino Pretraqueal
Escala de severidad = 4 Riesgo extremo para vía aérea y/o estructuras vitales	Mediastino Intracraneal Prevertebral

### **Celulitis odontogénica**

Es la inflamación difusa del celular subcutáneo, por procesos odontogénicos. (4). Afecta tanto los espacios adyacentes a los dientes cercanos, como a los distantes a ellos: espacio bucal (60%), espacio infraorbitario (13%), maseterino, submandibular, submentoniano y/o sublingual.

### **Manifestaciones clínicas**

Malestar general, taquicardia, taquipnea etc

T° > 38°C

Dolor agudo, pulsátil e irradiado.

Deformación de contorno extraoral.

Borramiento de surcos faciales.

Piel tensa y brillante.

Piel con coloración violácea o eritematosa.

Foco odontogénico evidente.

Limitación en la función.

Aumento de temperatura local

Dolor a la palpación

### **Absceso odontogénico:**

Se desarrolla posterior al estadio de celulitis con fluctuación del área localizada. Las bacterias de este tipo de infecciones también tienen capacidad de propagación hematogena debido a una alta vascularización de las estructuras de cabeza y cuello, permitiendo que las infecciones se diseminen a órbita, cerebro y columna vertebral. (4)

CARACTERISTICAS CLINICAS
Deformación de contorno bien delimitada. Fluctuante a la palpación. Zona eritematosa relacionada. Dientes relacionados muestran pruebas de vitalidad negativas. Adenopatías regionales dolorosas.

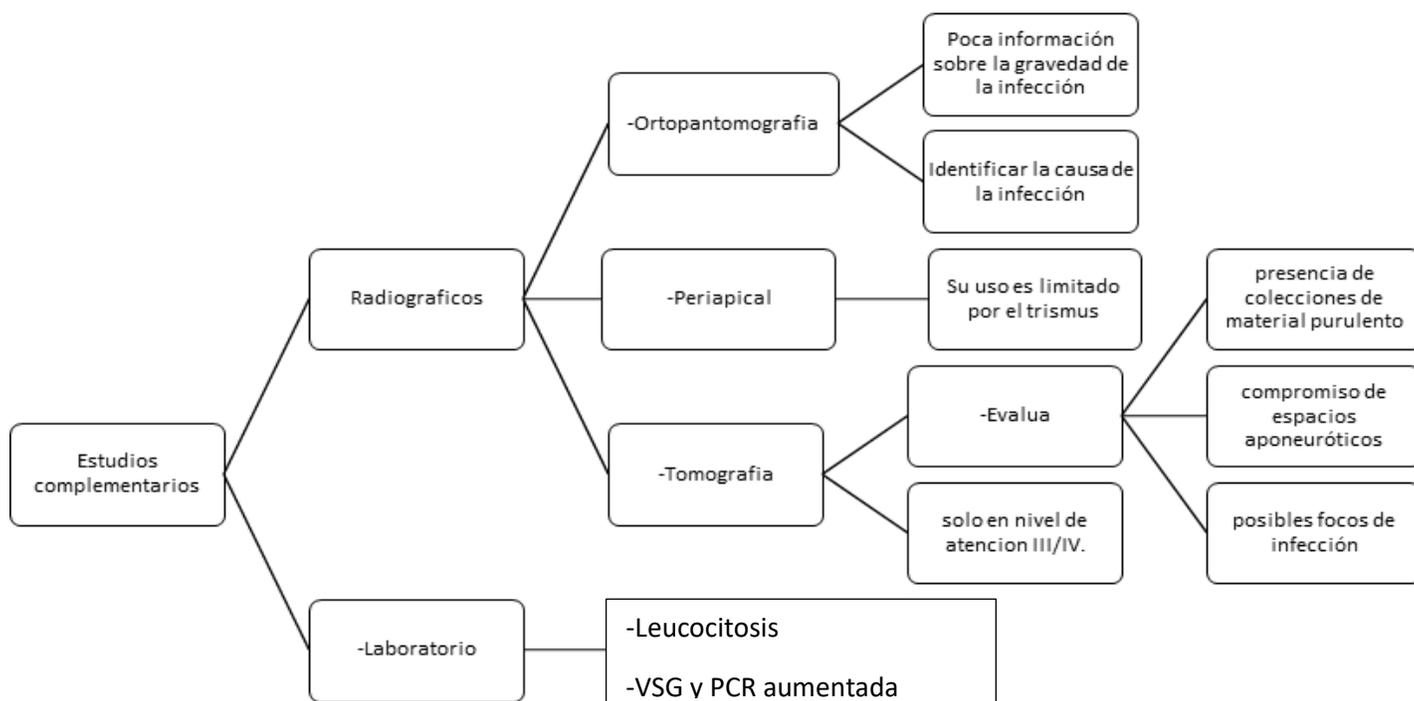
### **Pericoronaritis:**

Infección en la mucosa que recubre la corona del diente parcialmente erupcionado. Es frecuente en la erupción del tercer molar inferior. (1) Puede variar desde una gingivitis hasta un verdadero absceso periodontal el cual puede complicarse con celulitis de espacios adyacentes. (5)

SIGNOS
Presencia de diente semierupcionado o en proceso de erupción. Deformación del contorno de tejidos blandos adyacentes y eritema. Presencia de irritantes locales (placa, cálculo, cuerpos extraños). Exudado de surco. Limitación de la función. Fiebre. Adenopatías generalmente dolorosas asociadas.

SINTOMAS
Dolor constante de tipo opresivo. Odinofagia, disfagia. Malestar general. Dolor a la palpación.

## Estudios Complementarios



## Tratamiento

El manejo quirúrgico de las IOs, sin considerar severidad, consta de 2 principios: a) eliminar el foco etiológico y vaciamiento quirúrgico de espacios anatómicos comprometidos con drenaje adecuado.

La eliminación de la causa ya sea mediante la extirpación pulpar, debridamiento, eliminación de tejido necrótico o exodoncia de focos dentales, se debe realizar precozmente. Pueden existir algunas posibles contraindicaciones locales que difieran el tratamiento, ej: trismus severo o una pericoronaritis aguda supurada, esta última causa una infección más severa de regiones profundas. En estos casos el paciente debe recibir 48h de terapia antibiótica y antiinflamatoria para controlar y disminuir la infección e inflamación de los tejidos. (6)

### Criterios de internación:

- Celulitis rápidamente progresiva.
- Extensión a espacios faciales profundos.

- Fiebre superior a 38° C, disnea o disfagia.
- Trismus intenso (distancia interincisiva inferior a 10 mm).
- Paciente incapaz de seguir tratamiento ambulatorio prescrito.
- Fracaso del tratamiento inicial.
- Afectación grave del estado general.
- Pacientes inmunocomprometidos (diabetes, alcoholismo, malnutrición, corticoterapia, VIH)

### **Tratamiento empírico**

#### **Leves (sin criterios de internación):**

Amoxicilina/clavulánico 875/125mg c/12h

#### Alérgicos a penicilinas:

Clindamicina 300mg c/8h

#### **Moderado a severo (con criterios de internación):**

#### ***Debe realizarse drenaje quirúrgico***

Ampicilina/sulbactam 3gr c/6h    ó    Penicilina G 3mU IV c/6h + metronidazol 500mg IV c/6h

#### Alérgicos a penicilinas:

Levofloxacina 750mg/día + Clindamicina 300mg c/8h

Pacientes inmunocomprometidos (aumento cobertura para *S. aureus* + otros bacilos gramnegativos)

Vancomicina dosis de carga 20 a 30mg/kg , máximo 3gr, luego 15-20 mg/kg cada 12 h **más uno de los siguientes:**

Piperacilina-tazobactam 4,5 g cada 6 h

Imipenem 1gr c/6h

Meropenem 2gr c/ 8h

**Duración:** 7 a 14 días

## Prevención de las Infecciones Odontogénicas:

<b>HIGIENE DENTAL</b>	El cepillado diario de forma correcta elimina el 50 % de la placa. Al asociarle el uso del hilo dental, la placa se reduce hasta un 70 %.
<b>TABACO</b>	La nicotina favorece la formación del biofilm y el posterior desarrollo de enfermedad periodontal. Se asocia con menor sangrado gingival, por la acción vasoconstrictora de la nicotina, lo que dificulta el diagnóstico precoz.
<b>DIETA</b>	Evitar las sustancias cariogénicas (azúcares) y los depósitos interdetales favorecidos con las dietas blandas.
<b>FARMACOS</b>	Hay medicamentos que producen una disminución en la cantidad y calidad de la saliva, así como los que alteran la mucosa gingival (corticoides y AINE, ciertos antihipertensivos, anticonvulsivantes, inmunosupresores, anticonceptivos orales, etc.), dificultando la higiene y facilitando la enfermedad periodontal.
<b>MALPOSICIONES DENTALES</b>	Tanto de dientes naturales como protésicos. Dificultan la correcta higiene.
<b>BRUXISMO</b>	Provoca un desgaste acelerado del esmalte dental, lo que debilita al diente.
<b>EMBARAZO</b>	Los cambios fisiológicos y hormonales contribuyen a padecer gingivitis y periodontitis. Hay cambios en la composición de la saliva y puede aparecer xerostomía.

## Bibliografía:

- 1- Autores: Purificación Robles Raya, Ana Pilar Javierre Miranda, Nemesio Moreno Millán, Ariadna Mas Casals, Elena de Frutos Echániz y M. Luisa Morató Agustí. Manejo de las infecciones odontogénicas en las consultas de atención primaria: ¿antibióticos? El Sevier. España. 2017; 49 (10): 212-213.
- 2- Dra. Trucchia. Módulo 12. Infecciones de la cavidad oral. Infecciones odontógenas.-Curso trienal. Año 2022.
- 3- Autores: Yolanda Jiménez, José Vicente Bagán, Judith Murillo, Rafael Poveda. Infecciones Odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones Sistémicas. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal 2004;9 Suppl:139-47- pág: 139-140.
- 4- Mandell, Douglas and Benett's- Enfermedades Infecciosas- Principios de la Infectología- octava edición- pág. 816-817.
- 5- Macroproceso: GESTION DE LABORATORIOS. Proceso: Gestión Técnica y Operativa de Laboratorios. GUIA DE ATENCIÓN INFECCIONES ODONTOGENICAS- Facultad de Odontología Sede Bogotá – abril 2017. Pág.1 de 26
- 6- Autores: Ignacio Velasco M., Reinaldo Soto N. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad. Rev. chilena de cirugía. Diciembre 2012. Vol 64 - Nº 6.
- 7- Anthony W Chow. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections Last updated: Jul 21, 2022. [en línea]; (consultados agosto 2023) Disponible en: URL <https://www.uptodate.com>
- 8- Sanford Guide Antimicrobial Stewardship. Versión 6.4.7. Disponible en: <https://www.sanfordguide.com/>