26

Urgencias bucodentales

F. Uribarri Zarranz, G. Álvarez Calatayud y E. Claver Ruiz

INFECCIÓN BUCODENTAL

Concepto

Infección que tiene lugar en el interior de la cavidad bucal, pudiendo afectar dientes, periodonto, mucosa oral, lengua y huesos maxilares. Se distingue:

Infección odontogénica. Tiene su origen en las estructuras del diente y periodonto, y puede progresar espontáneamente afectando el hueso maxilar en su región periapical. La causa más frecuente es la caries, originando una *pulpitis* que puede llegar a producir una *infección periapical* en forma de granuloma o quiste radicular o una *periodontitis*, que es la inflamación de los tejidos de sostén del periodonto. A su vez, puede avanzar hacia una *celulitis* o un *absceso* que podría o no fistulizar... Los gérmenes más frecuentemente implicados pertenecen al grupo de los *Staphylococcus (S. aureus, S. epidermidis…)* y al de los *Streptococcus (S. mutans, S. sanguis, S. salivarius…)*.

Infección de la mucosa oral, labios y lengua. La más frecuente es la producida por hongos o virus:

— Hongos. La candidiasis *(Candida albicans)* es la infección fúngica oral más frecuente. Puede tener un origen yatrogénico por administración de antibióticos, corticoides, citostáticos, o bien ser una manifestación de una enfermedad subyacente: p.ej., VIH o pacientes gravemente inmunodeprimidos.

— Virus. La infección vírica oral más frecuente es la herpética, manifestándose como el típico herpes labial o como una estomatitis herpética generalizada.

Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico, siendo muy útil la radiografía periapical y la ortopantomografía en las infecciones odontogénicas. El cultivo, frotis y, en ocasiones, el examen histopatológico de las lesiones pueden ser de gran ayuda en las infecciones de la mucosa oral. A veces es necesario recurrir al estudio serológico.

Medidas terapéuticas

Antibioterapia:

— 1ª elección:
  – amoxicilina: 25-50 mg/kg/24 h c/8 h v.o.
  – amoxicilina-clavulánico: 20-40 mg/kg/24h c/8 h v.o.; 100 mg/kg/24 h c/6 h i.v.
— 2ª elección:
  – eritromicina: 40 mg/kg/24 h c/8 h v.o.
  – clindamicina: 10-20 mg/kg/24 h c/8 h v.o.
— 3ª elección:
  – cefuroxima: 15-30 mg/kg día c/12 h v.o.; 100-150 mg/kg/24 h c/8 h i.v.
  – aminoglucósidos en pacientes con inmunodepresión.

Otras medidas terapéuticas:

— Tratamiento odontológico causal (apertura cameral y drenaje del tejido necrótico) en fase de pulpitis/periodontitis.

— Drenaje quirúrgico: intrabucal o extrabucal según la localización primaria y extensión a espacios cervicofaciales, en abscesos.

— Analgésicos: paracetamol: 50 mg/kg/24 h c/6 h.

— Antiinflamatorios: ibuprofeno: 30-70 mg/kg/24 h.

— En infecciones por cándidas en paciente sin sida:

  - 1ª elección: nistatina: 500.000 U/4-12 h, 14 d (las pastillas deben deshacerse en la boca).
  - 2ª elección: miconazol gel oral o fluconazol: 200 mg v.o. 1 vez, seguido de 100 mg c/6 h 5-7 d.

— En infecciones herpéticas, la mayoría son infecciones localizadas y no requieren tratamiento específico. En caso de sobreinfección por anaerobios: amoxicilina/clavulánico.

— Asegurar una correcta nutrición del paciente.

— En celulitis difusas, con extensión alarmante: desbridamiento quirúrgico profiláctico.

Profilaxis

Es muy importante prevenir las caries con una adecuada higiene oral, flúor, selladores..., así como tratarlas una vez se hallan producido.

Observaciones

- Síntomas y signos de alarma: disnea, odinofagia, sensación de angustia, aumento del trismo, ocupación del suelo de la boca, pilares amigdalinos asimétricos.
- Espacios cervicofaciales de localización peligrosa: submaxilar, parafaríngeo y retrofaríngeos.
- En abscesos: control diario del paciente.
- Celulitis: ingreso hospitalario para administración i.v. del tratamiento.
- Vigilar el estado general y el compromiso de vías aéreas.
- En menores de 5 años considerar la celulitis bucal por *H. influenzae* (amoxicilina/clavulánico i.v. o cefuroxima como alternativa).
- Infección micótica en paciente con SIDA: ver antibioterapia en situaciones especiales.

TRAUMATISMOS BUCODENTALES

Introducción

Problema que provoca gran alarma en los padres y el propio niño, debido en parte a las manifestaciones clínicas aparatosas y las secuelas que el traumatismo puede generar. La incidencia es de casi la cuarta parte de los niños, con dos picos de edades: al empezar a andar y durante la etapa escolar.

Evaluación del niño

Anamnesis

Preguntar cómo, cuándo y dónde se produjo y si ha habido traumatismos anteriormente. Con ello nos informamos de la necesidad de un tratamiento urgente y del grado de conta-

minación de las heridas. Hay que hacer una valoración general del niño, con especial atención a las hemorragias y a la sospecha de lesiones potencialmente graves (vómitos, tos, alteración del nivel de conciencia, etc.).

Exploración física

Se debe realizar una inspección de las partes blandas (labios, mejillas, mucosa alveolar, paladar y lengua). Hay que tener cuidado con los hematomas submentonianos que pueden ocasionar una obstrucción laríngea. Hay que revisar todas las piezas dentarias y periodontales, así como las estructuras óseas, objetivando asimetrías, deformidades, heridas abiertas y fracturas.

Realizar una palpación de cada diente para percibir su movilidad en caso de fracturas radiculares y subluxaciones. La percusión provoca dolor en los dientes afectados por el traumatismo.

Siempre se debe realizar un examen respiratorio (aspiración de dientes) y neurológico (accidentes deportivos).

Tipos de lesiones

Lesiones de tejidos dentales:

— *Infracción coronaria*, limitada al esmalte, sin pérdida de sustancia ni separación de fragmentos.

— *Fractura de corona*, que afecta el esmalte y a la dentina y pueden ser complicadas (exposición pulpar) o no.

— *Fractura de corona y raíz*, que afecta el esmalte, dentina y cemento radicular. Son complicadas cuando en su trayecto dejan expuesta la pulpa.

— *Fractura de raíz*. Puede haber hemorragia y/o edema gingival.

Lesiones de tejidos periodontales:

— *Contusión*. Lesión de un pequeño número de fibras del ligamento periodontal sin movilidad ni desplazamiento del diente.

— *Subluxación*. Existe movilidad del diente sin desplazamiento del mismo.

— *Luxación*. Se caracteriza por movilidad y desplazamiento del diente, que según su dirección pueden ser intrusivas, extrusivas o laterales.

— *Avulsión*. Separación total del diente por lesión de todas las fibras periodontales. Representa el 10% de los traumatismos dentarios, siendo los incisivos centrales superiores los dientes más afectados.

Actitud terapéutica

Traslado a un centro hospitalario para su estabilización cuando hay riesgo vital para el niño. Recordar que el traumatismo bucal puede ser una causa de maltrato.

Tratamiento de las lesiones de partes blandas: antisepsia con clorhexidina, higiene oral con suavidad, aplicación de frío si hay edema, dieta blanda y antibioterapia oral si se sospecha contaminación. Derivar al cirujano maxilofacial si hay heridas que puedan tener implicaciones estéticas o en caso de hematomas de región submentoniana.

Tratamiento de las lesiones dentarias y periodontales: derivar todos los casos al odontólogo urgentemente cuando hay fractura de corona o raíz, luxaciones o subluxaciones y en avulsiones de dientes permanentes. En este caso se debe conservar el diente en medio isotónico (leche o SSF) y remitirlo urgentemente al

odontólogo para que reimplante su diente en el alveolo.

Ante la sospecha de lesiones óseas (fracturas maxilofaciales) siempre hay que trasladar al niño a un centro hospitalario de referencia en las primeras 24 horas postraumatismo.

ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL, LINGUAL Y LABIAL

Estomatitis aftosa recurrente

Concepto. Enfermedad crónica inflamatoria caracterizada por la aparición de una o varias aftas dolorosas en la mucosa oral que duran varios días y recurren de forma variable.

Etiología. Desconocida.

Clínica: Localizadas en suelo de la boca, labios y bordes y punta de la lengua. Suele haber dolor y a veces disfagia y disfonía.

Diagnóstico. Simplemente por la clínica.

Tratamiento. Sintomático. Analgésicos (ibuprofeno). Tópicamente se pueden utilizar acetónido de triamcinolona al 0,1% en solución acuosa, carbenoxolona sódica o enjuagues con soluciones de clorhidrato de tetraciclina.

Úlceras en niños inmunodeprimidos

Los pacientes con leucemia linfoblástica aguda o en tratamiento con quimioterapia pueden presentar úlceras en la mucosa oral. Suelen ser profundas y con una base necrótica blancogrisácea.

Eritema exudativo multiforme

Además de las lesiones típicas (en diana) y de los síntomas generales, en la cavidad oral aparecen máculas hiperémicas, pápulas o vesículas y ampollas que producen sangrado. Se afecta el paladar, la encía, la lengua y la mucosa yugal. Los labios se cubren de costras serohemáticas.

El tratamiento es sintomático con dieta blanda, aplicando toques con anestésicos (lidocaína al 2% en solución) 5 minutos antes de las comidas. En las lesiones graves pueden ser precisas la hospitalización y la corticoterapia.

Lengua geográfica

Proceso benigno caracterizado por la presencia de una o más placas lisas de color rojo brillante en las que existe pérdida de las papilas filiformes y localizadas en el dorso de la lengua.

Suele ser indolora, variando las lesiones con el tiempo. En la mitad de los casos hay tendencia familiar. Se ha relacionado con atopia, alteraciones gastrointestinales, procesos autoinmunes, etc. No precisa tratamiento.

Queilitis

Sequedad de los labios con descamación y agrietamiento de los mismos. Muy frecuente en los niños. Aunque puede hallarse asociada a la fiebre, en la mayoría de los casos se debe al contacto con el viento frío. La aplicación de vaselina acelera la curación y previene estas lesiones.

La queilitis angular se caracteriza por la presencia de fisuras en las comisuras de los labios. Suelen ser bilaterales, existiendo una infección mixta por estafilococo y cándida, por lo

que se pueden utilizar antifúngicos tópicos (miconazol o nistatina) y mupirocina al 2% en pomada.

DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Definición

La disfunción temporomandibular comprende una serie de problemas que afectan la articulación temporomandibular, la musculatura masticatoria y estructuras asociadas (dientes, sistema neurovascular cervicofacial y musculatura cervical y escapular).

Etiología

Existen una serie de factores contribuyentes: defectos congénitos, microtraumatismos agudos y crónicos, estrés, problemas posturales de la columna cervical, maloclusiones, pérdidas de dientes, bruxismo, intubación, etc.

Clínica

Dolor y limitación funcional. El dolor es más frecuente en los músculos masticatorios y área preauricular. El movimiento mandibular puede estar limitado e ir acompañado de ruidos articulares (chasquidos, crepitación, crujido).

Tratamiento

En los casos leves se basa en una serie de consejos generales: evitar alimentos que requieran masticación prolongada (chicles); no morder objetos, uñas, labios; no abrir la boca en exceso; reposo general (dormir lo suficiente, evitar malas posturas); analgésicos (ibuprofeno); frío/calor en la articulación; relajantes musculares; valoración psicológica.

Derivar al especialista en los casos graves.

Bibliografía

1. Bagán JV. Medicina oral. Barcelona, Masson, 1995.
2. Berini L, Garatea J, Gay C. La infección odontogénica. En: Gay C, Berini L. Cirugía Bucal. 1ª edición. Madrid, Ergon, 1999, págs. 125-150.
3. Campo J, Serrano C, Cerero R, Bascones A. Infecciones micóticas de la cavidad oral. Prof. Dent. 1999; 2: 29-36.
4. Donado M. Urgencias en Odontoestomatología. Madrid, 1990, págs. 203-235.
5. Ruiz P, Morante M. Tratamiento de los traumatismos dentarios. En: García J (ed.). Patología y terapéutica dental. Madrid, Síntesis, 1997, págs. 695-722.
6. Serrano V, Sánchez M. Antibioterapia en Odontoestomatología. Gaceta Dental 1997; 79:34-38.
7. Varela Morales M. Problemas bucodentales en Pediatría. Madrid, Ergon, 1999.

NOTAS