

INFECCIONES
ODONTOGÉNICAS
BACTERIANAS

PABLO EMILIO CORREA E.

Odontólogo – Cirujano Maxilofacial

Las infecciones de origen odontogénico son una de las principales causas de consulta en un servicio de urgencias odontológicas, generalmente son bien localizadas y resuelven con mínimas complicaciones.

Un inadecuado manejo lleva a complicaciones severas e incluso a comprometer la vida del paciente.

PATOGENICIDAD

Concentración

Virulencia

Flora residente

FLORA NORMAL

PIEL

Estafilococo epiermidis
(90%)

Estafilococo Aureus

Propionibacterium Acnes

Bacilos Gram negativos:

Klebsiela – E. Coli - Proteus

CAVIDAD ORAL

Microsistemas:

Lengua y mucosa oral

**Superficie dental y encía
queratinizada**

Surco gingival

LENGUA Y SALIVA

Predominan en el dorso

Estreptococos del grupo Viridans

(*E. Salivarius*)

SURCO GINGIVAL

130 Billones /gr. Peso húmedo

Bacterias anaerobias:

Fusobacterium

Bacteroides

Peptoestreptococos

Actinomyces

PLACA DENTARIA

250 billones/gr peso húmedo

5 minutos S. Sanguis

Neisseria

Bacilos Gram positivos

Formas filamentosas

Anaerobios y espiroquetas

INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

MICROORGANISMOS

AEROBIOS (25%)

Cocos Gram positivos	85
Estreptococos	90
Estafilococos	10
Cocos Gram (-)	2
Bacilos Gram (+)	3
Bacilos Gram (-)	6
Miscelánea	4

ANAEROBIOS (75%)

Cocos Gram (+)	30
Estreptococos	25
Peptoestreptococos	75
Cocos Gram (-)	4
Bacilos Gram (+)	14
Bacilos Gram (-)	50
Fusobacterium	25
Bacteroides	75
Miscelánea	2

Vías de propagación de la infección

Inóculo periapical → Hueso alveolar

↓
Absceso periapical

Cortical → Periostio → Absceso
Subperióstico

Tejidos blandos → Espacios fasciales

ABSCESO

- ❖ **Tumefacción blanda o Fluctuante**
- ❖ **Bordes bien definidos**
- ❖ **Francamente eritematoso**
- ❖ **Muy doloroso**
- ❖ **Formación de pus**
- ❖ **Destrucción de tejidos**

CELULITIS

- ❖ **Tumefacción pastosa**
- ❖ **Límites mal definidos**
- ❖ **Sin destrucción de tejidos**
- ❖ **No formación de pus**
- ❖ **Eritema difuso**
- ❖ **Indurada**
- ❖ **Dolor lento o ausente**

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Toma de muestra

Tinción de Gram

Cultivo

Antibiograma

Imagenología

Radiografía Convencional

Tomografía Axial

Computarizada

Resonancia Magnética

Sialografía

Gammagrafía

TRATAMIENTO

Establecer la severidad:

Historia clínica

Examen clínico

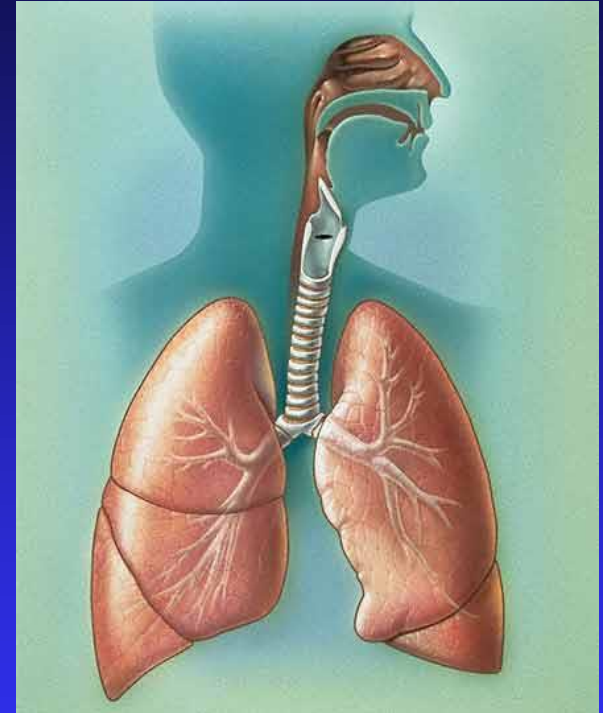
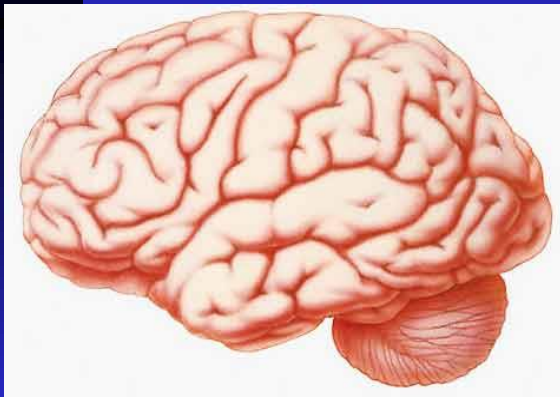
Ambulatorio vs Hospitalizado

Historia Clínica: Motivo de consulta



Antecedentes personales

Antecedentes familiares



Origen:

Dental

Periodontal

Pericoronitis

Trauma maxilofacial (HPAF)

Sialoadenitis de glándulas mayores

Osteomielitis

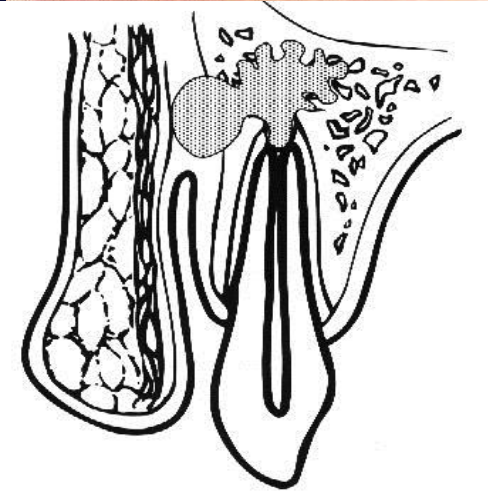
Tumores y quistes infectados

Postoperatorias





Periodontal



Pulpar



Pericoronitis



Examen físico:

Observación

Palpación



•

Examen Físico:

Aspecto Tóxico



Signos de infección:

- **Dolor**
- **Tumor**
- **Calor**
- **Rubor**
- **Pérdida de la función**



Signos Vitales:

T° : 36 - 37.5° C

FC: 60 - 100 x´

FR: 12 - 16 x´

PA: 120/80 mg/Hg



¿Drenaje?
¿Celulitis?
¿Extracción?

Determinar si el paciente debe ser tratado por odontólogo general o especialista

Odontólogo general → infecciones menores
procedimientos quirúrgicos menores +
terapia antibiótica

Infecciones agresivas →
remisión al especialista





**Cirujano →
Antibióticos agresivamente
Hospitalización**

**Criterios de remisión:
Rápida progresión
Disnea
Disfagia**



Caso clínico







Tratamiento



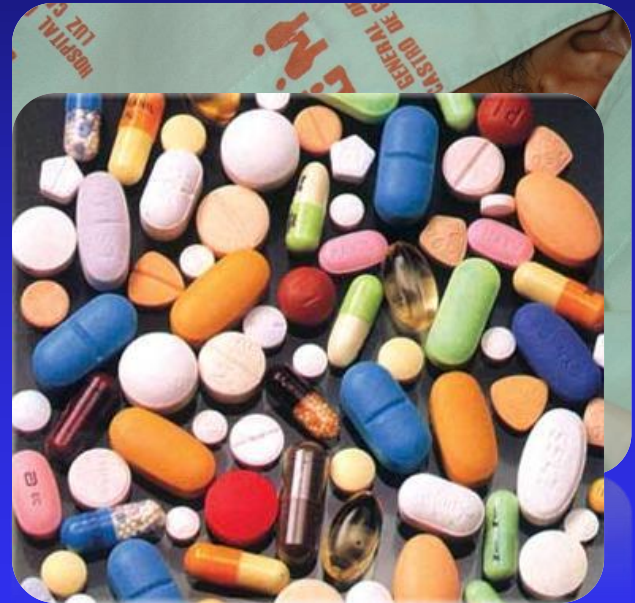
Médico
Quirúrgico
Combinado



Tratamiento

Drenaje

Antibioticoterapia



Drenaje quirúrgico

Pulpectomía

Incisión y drenaje (dren)

Remoción del foco de infección

Extracción dental

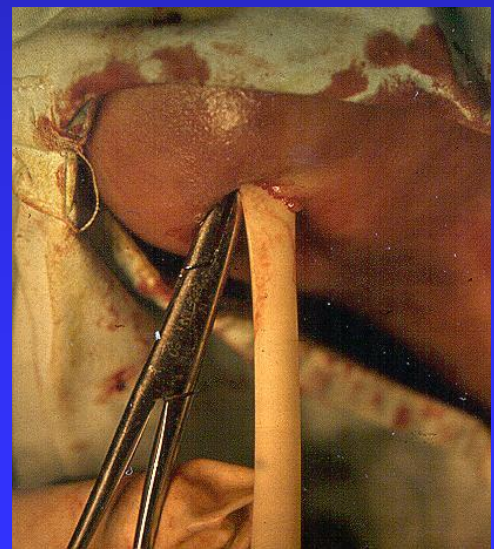
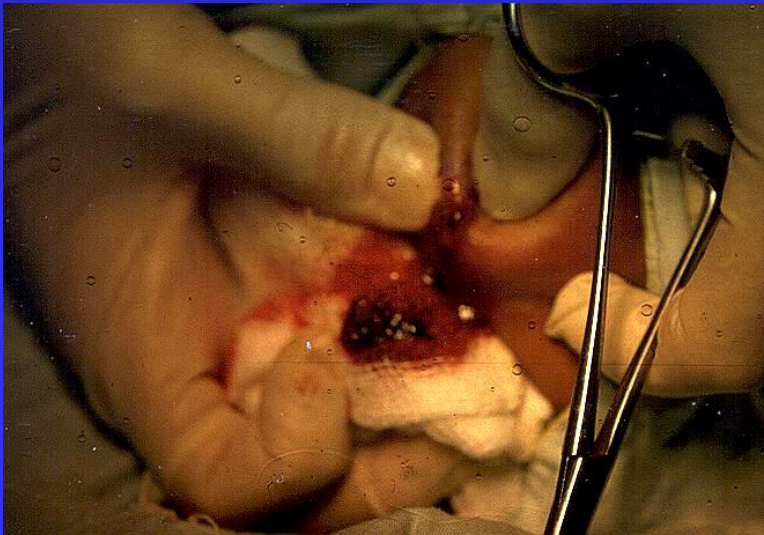
Pulpectomía

PRINCIPIOS

- Incisión en tejido sano
- Incisión estética y funcionalmente aceptable
- Disección roma
- Dren de caucho que se movilice

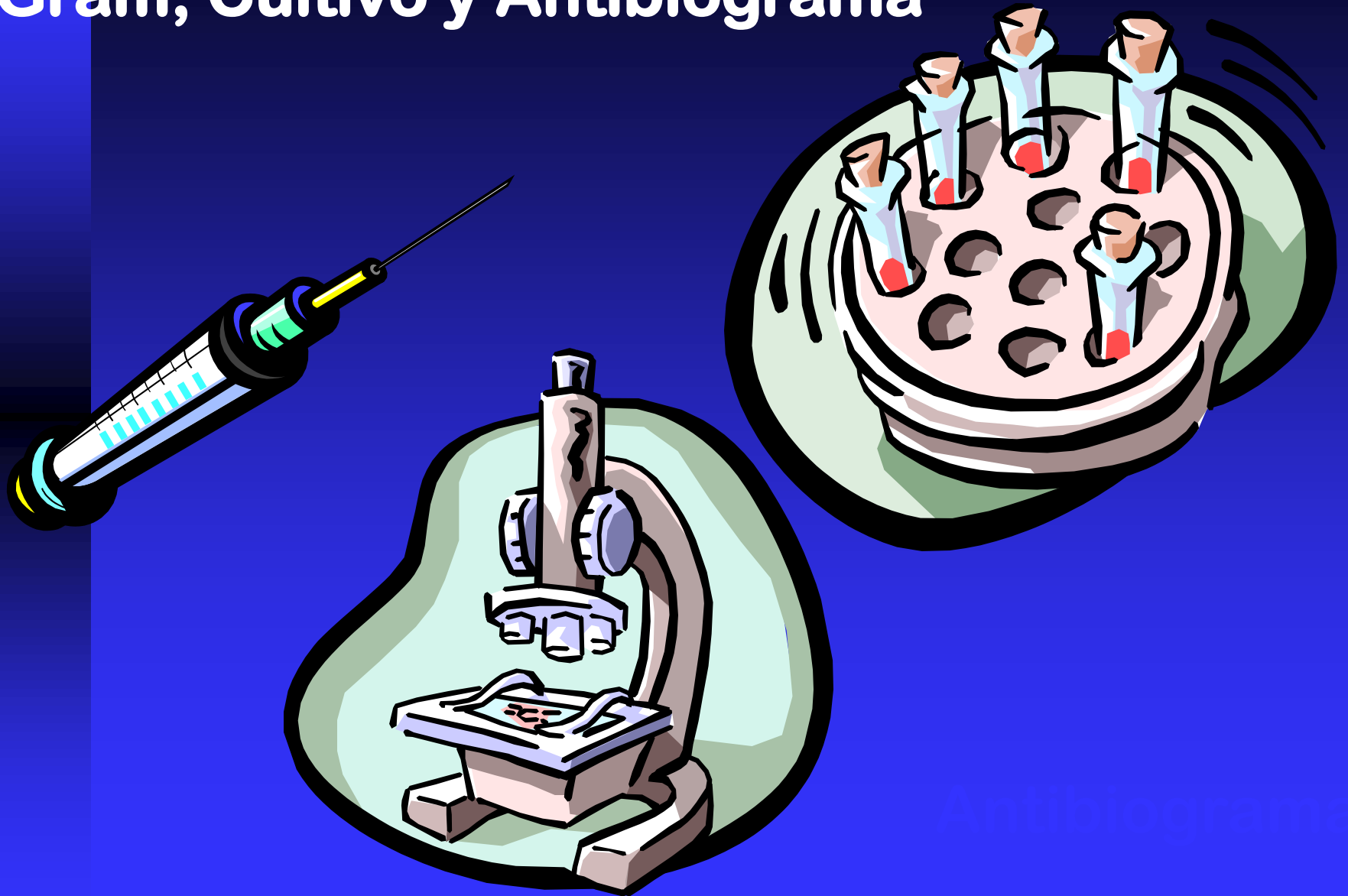
Drenaje de absceso







Gram, Cultivo y Antibiograma



Caso clínico





Apoyar médicamente al paciente

Adecuada alimentación:
dieta hipercalórica



Adecuada hidratación

Analgésicos



Tratamiento médico del paciente

Elección adecuada del antibiótico



Es necesario el uso de antibióticos?

- Severidad de la infección**
- Posibilidad de tratamiento quirúrgico**
- Defensas del huésped**

No necesidad de antibióticos:

- 1. Abscesos crónicos**
- 2. Abscesos vestibulares bien localizados**
- 3. Alvéolo seco (alveolitis)**
- 4. Esterilización de canales radiculares**



TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

- Empírico inicialmente
- Hipersensibilidad, factor sistémico, inmune
- Vía, dosis, ruta, toxicidad y costo
- Seguimiento riguroso

Administración correcta del antibiótico

Dosis correcta

Intervalo correcto

Cumplimiento estricto

Período de administración adecuado

Antibióticos Betalactámicos

- Anillo betalactámico

- Gupos :

Penam → Penicilinas

Carbapenem → Imipenem

Cefem → Cefalosporinas

Monobactam → Aztreonam

Penicilinas Naturales

- G, sódica, procaínica, y benzatínica
- Penicilina V o Fenoximetil penicilina
- Activo contra la mayoría de bacterias Gram positivas aerobias y anaerobias

Penicilinas Resistentes

- Cloxacilina
- Activa contra el S. Aureus
- Menor actividad contra cocos Gram (+)
- Sin acción frente a gérmenes anaerobios

Aminopenicilinas

- Ampicilina y amoxicilina
- Similar a las naturales pero menor actividad
- Amoxicilina se absorbe 80%
- Ampicilina se absorbe 40%

Monobactámicos

- Aztreonam
- Bactericida contra aerobios Gram (-)

Cefalosporinas

- **Betalactámicos agrupados en generaciones**
- **Primera: Cocos Gram (+) estafilococo**
- **Segunda: Cocos Gram (+) y mas frente a bacilos aerobios Gram (-), algunas contra anaerobios**
- **Tercera: microorganismos Gram (-)**

Lincosaminas

- Clindamicina
- Inhibe síntesis proteica
- Bactericida o bacteriostática
- Anaerobios Gram positivos
- No frente a aerobios Gram negativos
- Uso oral y parenteral
- Enteritis

Formulación Primera elección

Amoxicilina cápsulas 500 mg c/8 horas por 7 días VO.

Cefalexina cápsulas de 500 mg c/6 horas por 7 días VO.

Clindamicina cápsulas de 300 mg c/6 horas por 7 días.

Formulación Paciente Hospitalizado

Penicilina cristalina 6-24 millones de unidades
día IV divididas cada 4 horas

Cefalotina 1 gr c/6 horas IV

Clindamicina 600 mg cada 6 horas

Ampicilina-Sulbactam 3 g IV cada 6 horas

Aminoglicósidos

- Amikacina, estreptomicina, gentamicina y tobramicina
- Bactericidas inhibidores de síntesis protéica
- Bacilos Gram(-), cocos Gram (+) y bacilos Gram (+)
- Eficaces contra bacterias aeróbias
- Oto y nefrotóxicos

Macrólidos

- Inhibidores de síntesis proteica
- Bactericidas o bacteriostáticos
- Amplio espectro: bacterias Gram (+), aerobias y anaerobias Gram (-)
- Vía oral

Nitroimidazoles

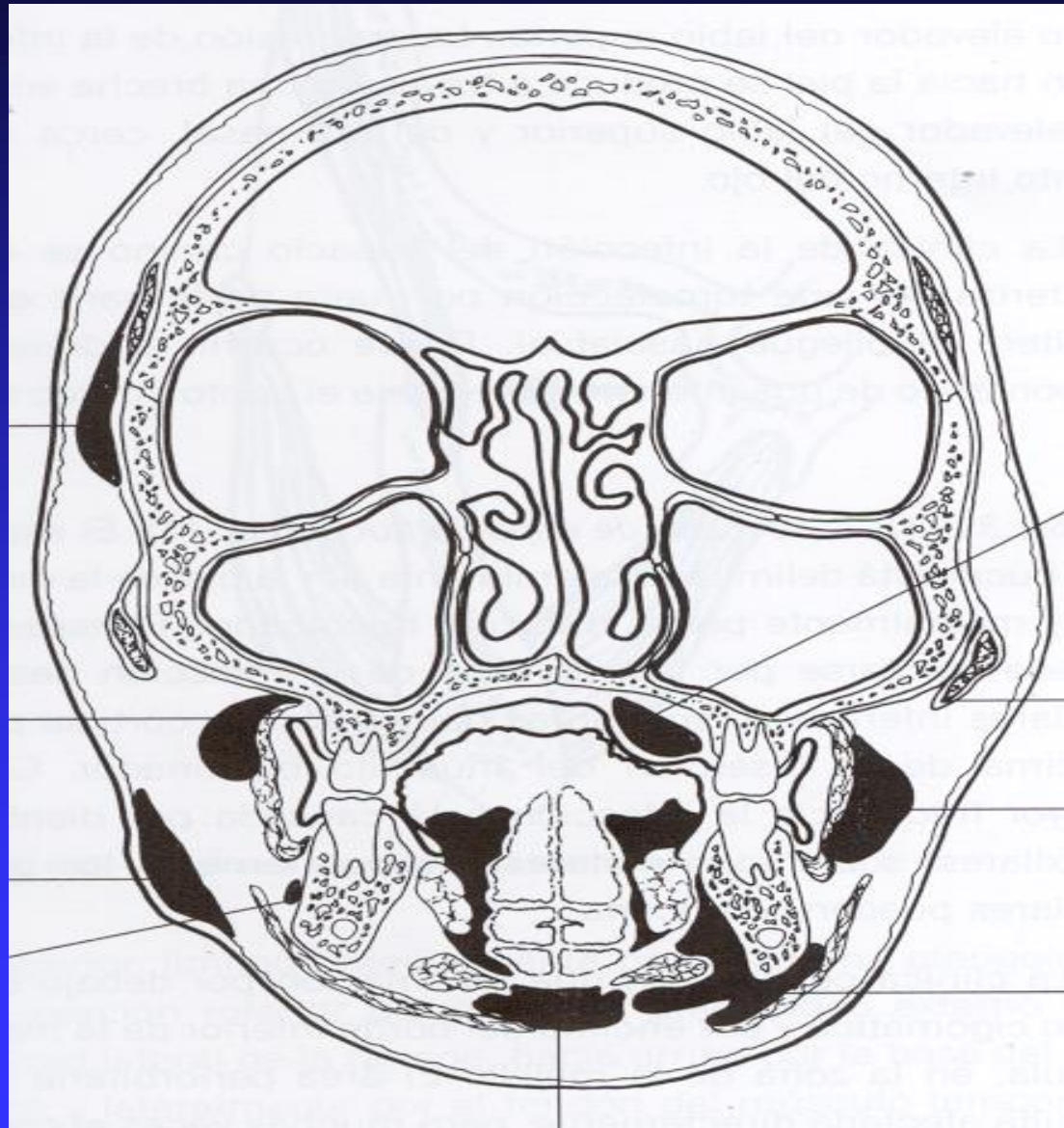
- Metronidazol, oimidazol y tinidazol
- Bactericidas frente anaerobios
- Molestias digestivas y sabor metálico

Tetraciclinas

- Bacteriostáticos interfiere en síntesis proteica
- De amplio espectro
- Vía oral
- Efectos cutáneos, digestivos o neurológicos
- Pigmenta los dientes

Espacios fasciales

Espacios Virtuales



Primarios

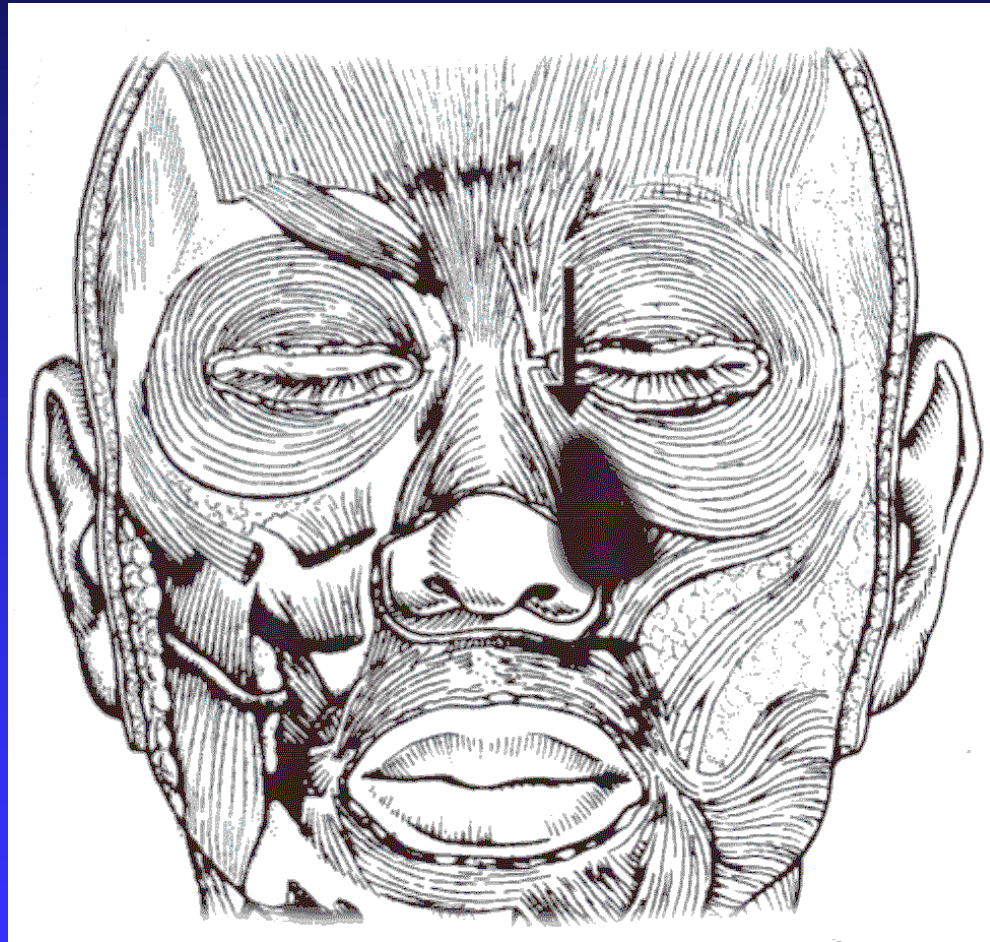
Maxilar superior:

Canino, bucal e infratemporal.

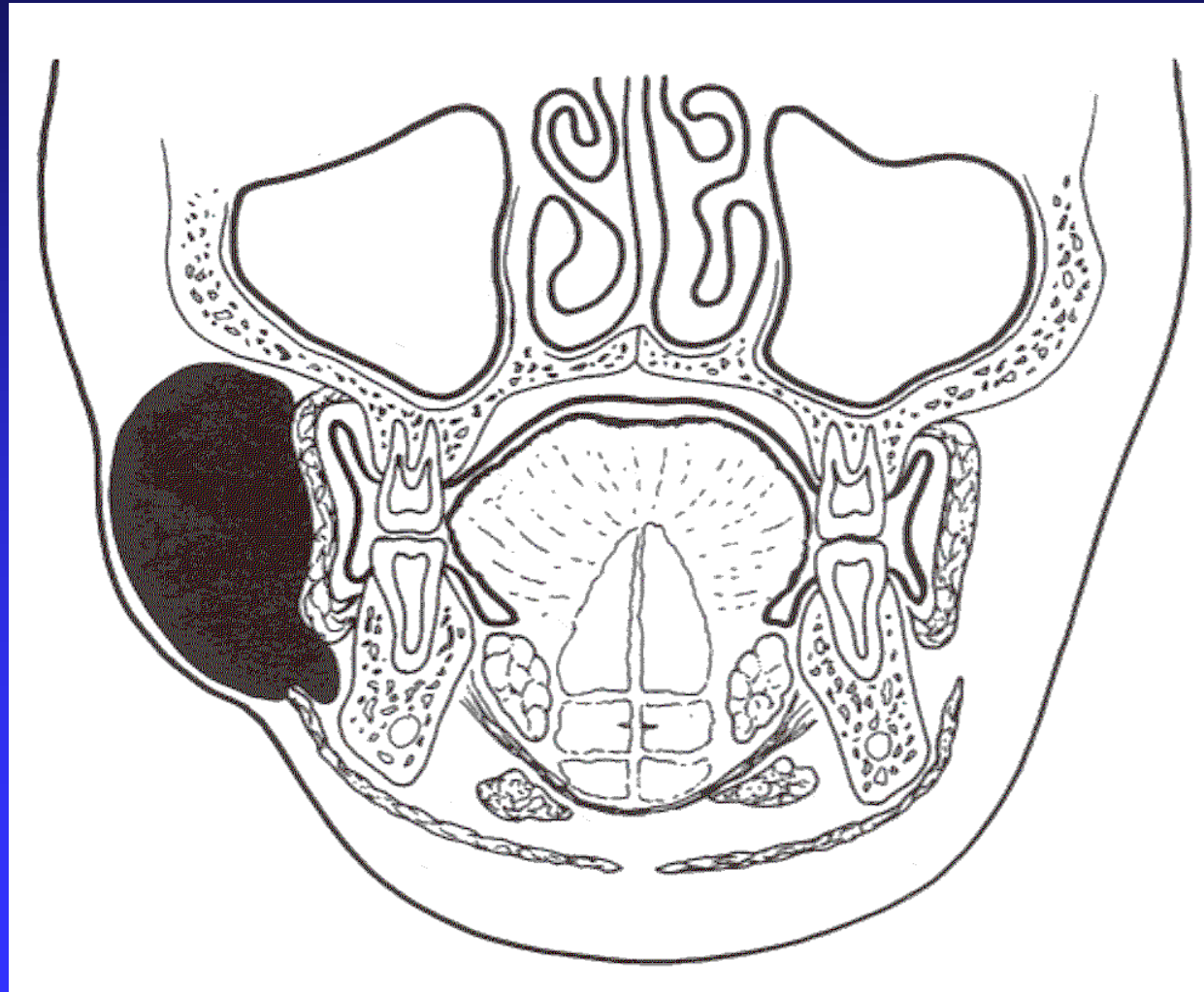
Maxilar inferior:

Bucal, submental, sublingual y submaxilar.

Espacio Canino

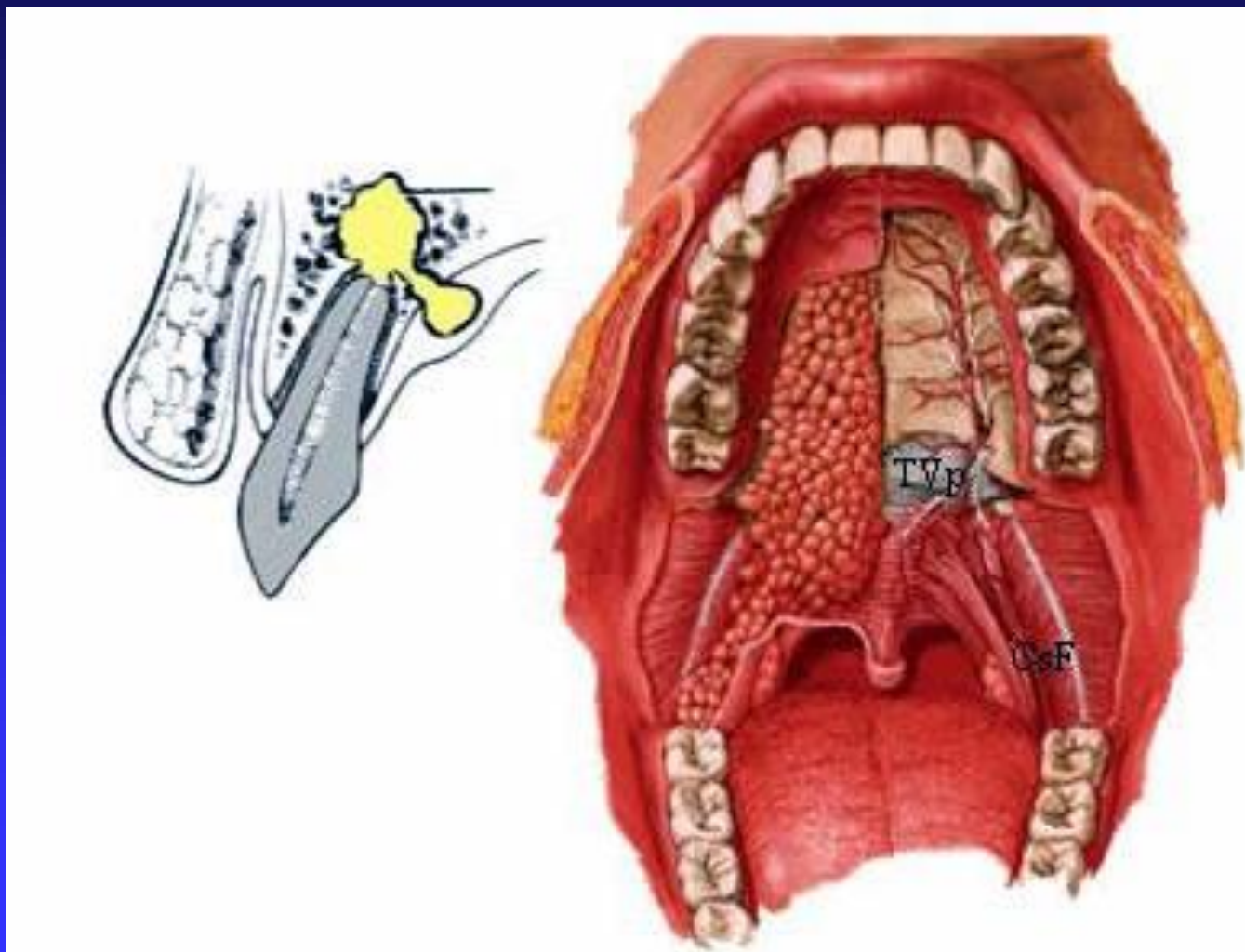


Absceso Bucal



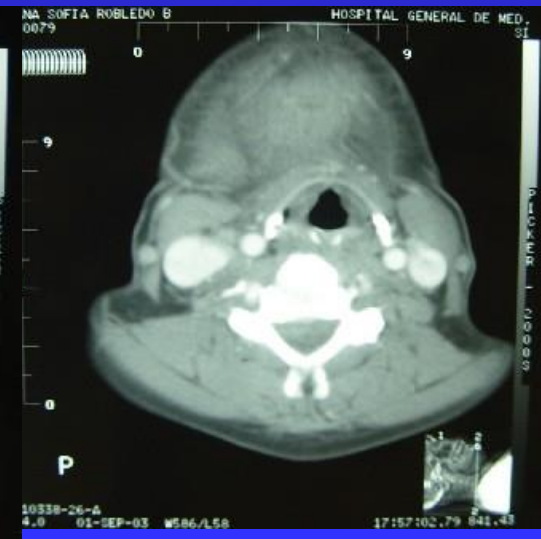
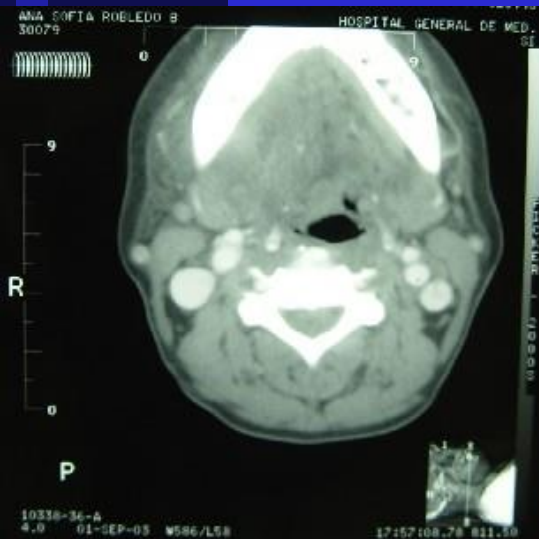


Palatino



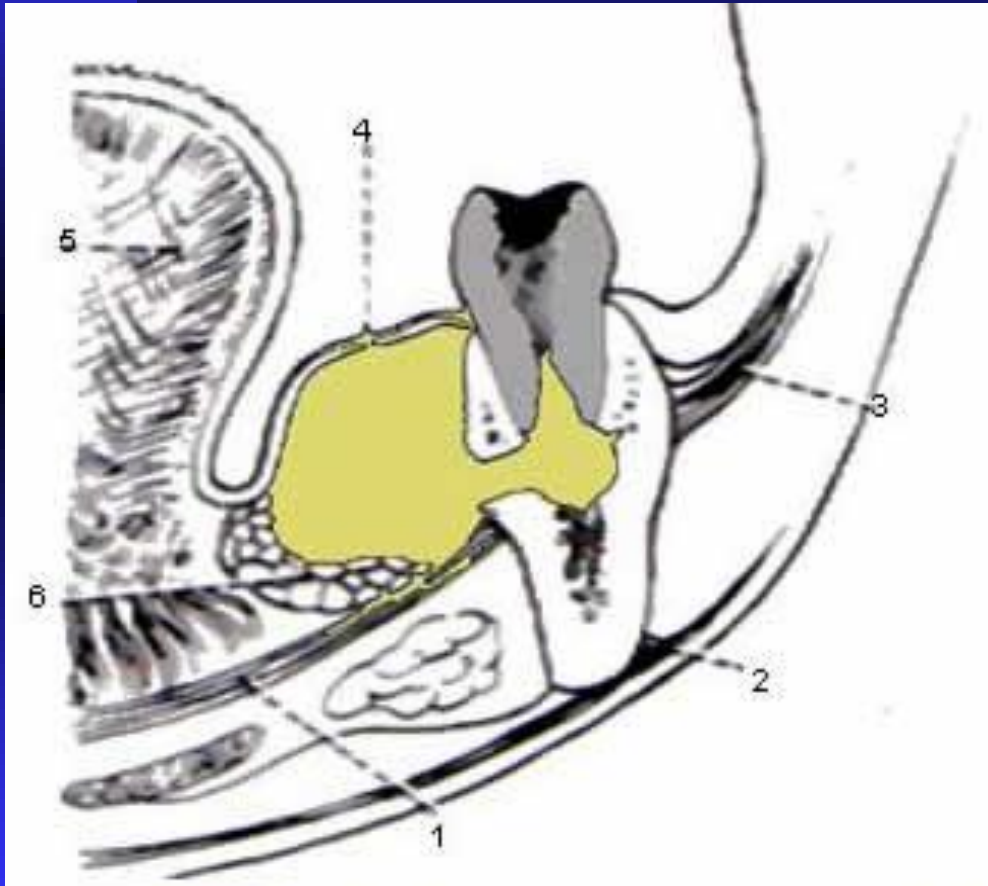
Submandibular







Sublingual

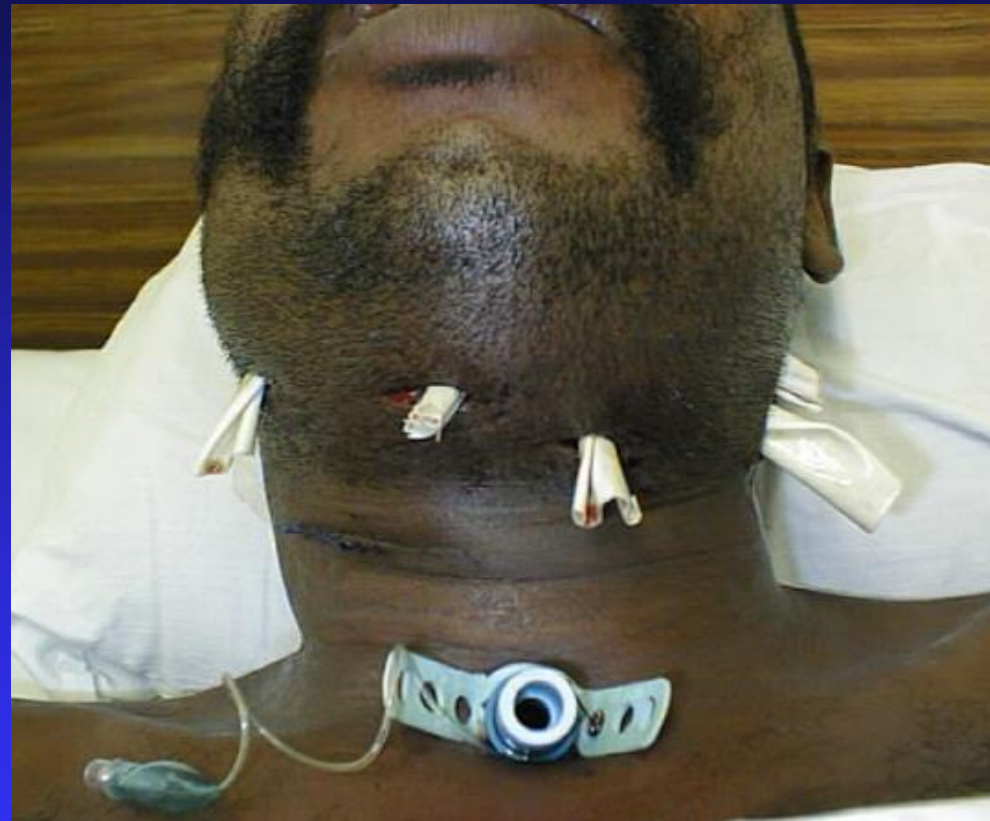
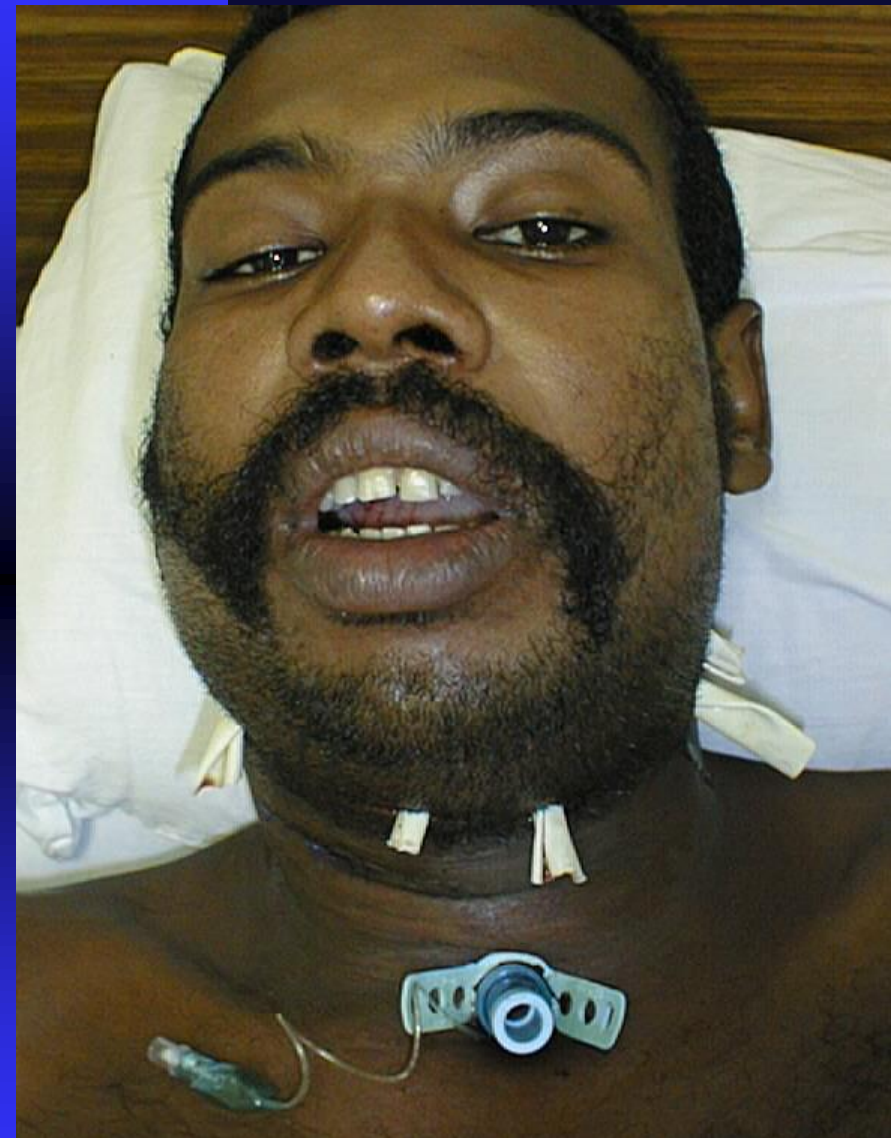


1. M. Milohioideo
2. M. Platisma
3. M. Buccinador
4. Mucosa Oral
5. Lengua
6. G. Sublingual

Angina De Ludwig

- Celulitis
 - ◆ Submandibular
 - ◆ Submental
 - ◆ Sublingual
- Origen
 - ◆ Dental
 - ◆ Xialoadenitis
 - ◆ Fx o laceraciones

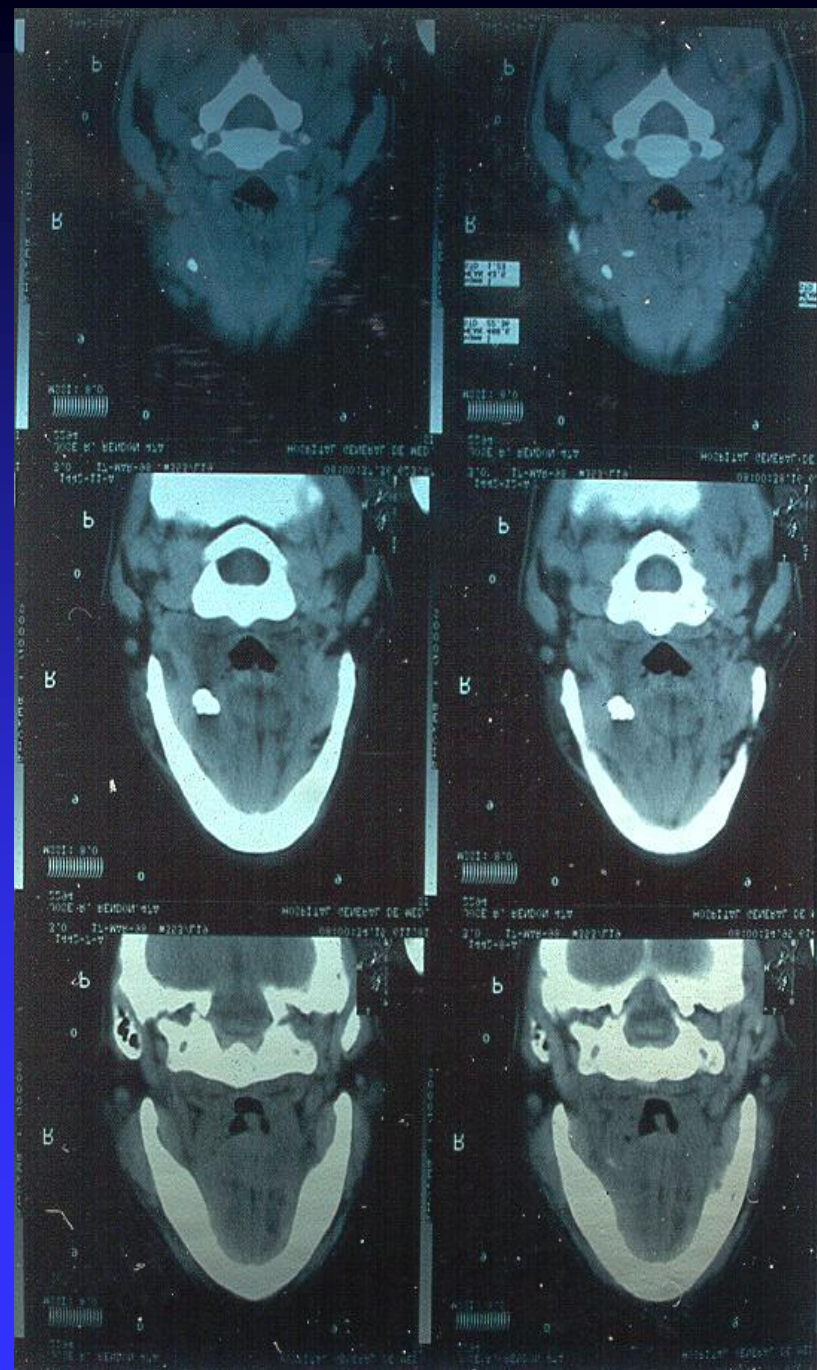


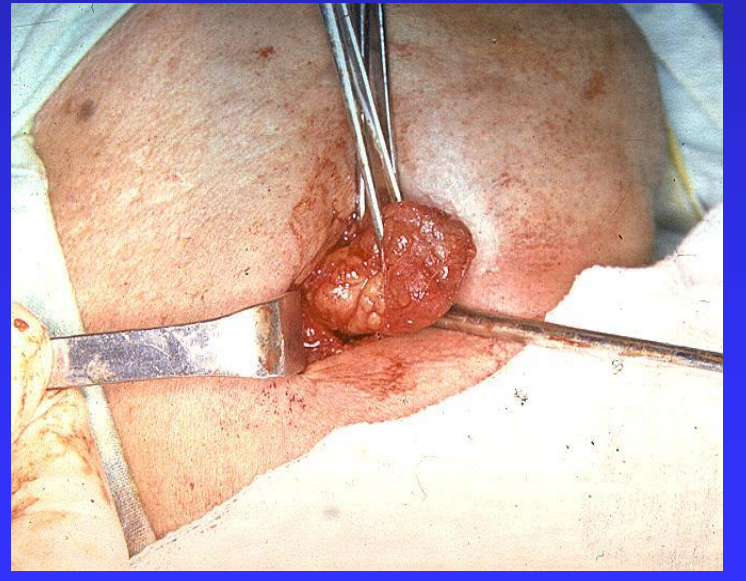
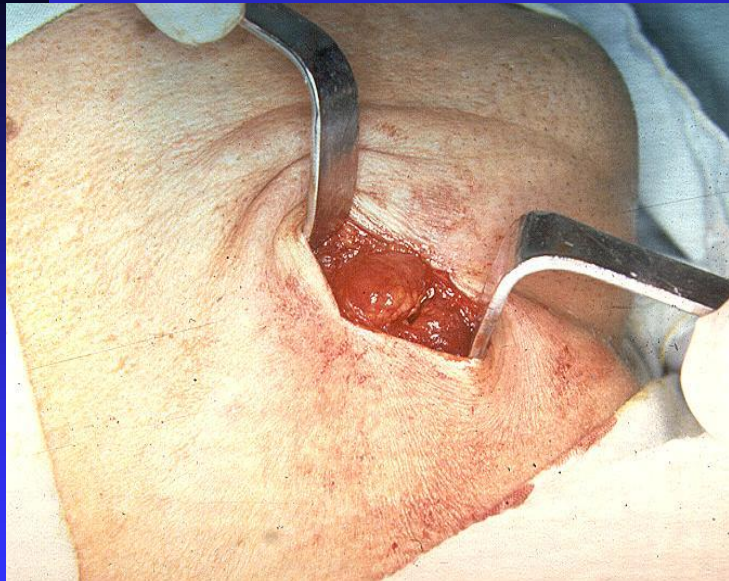


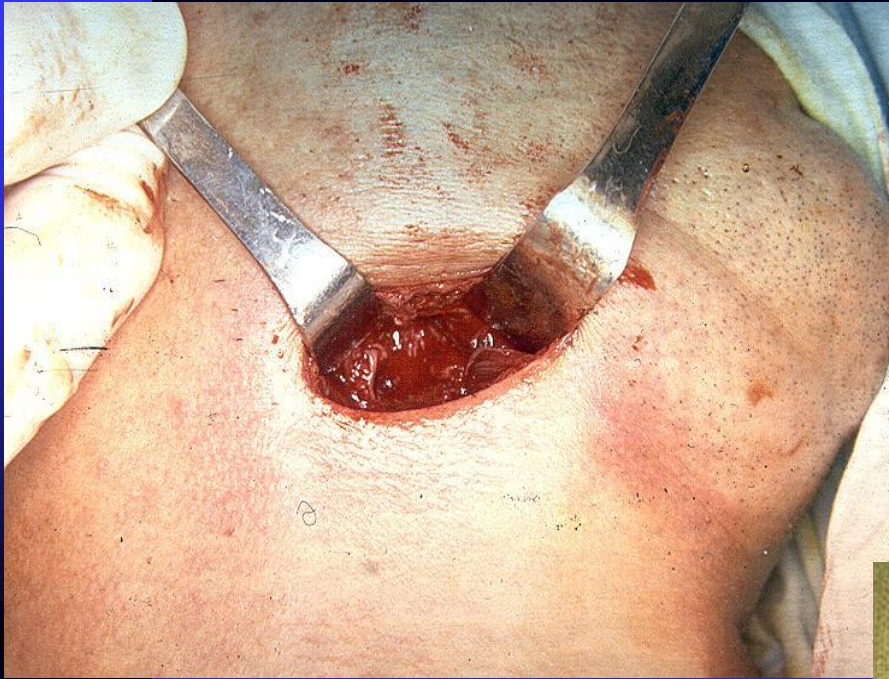
Cervicotomía



Sialoadenitis







Secundarios

Maseterino

Pterigomandibular

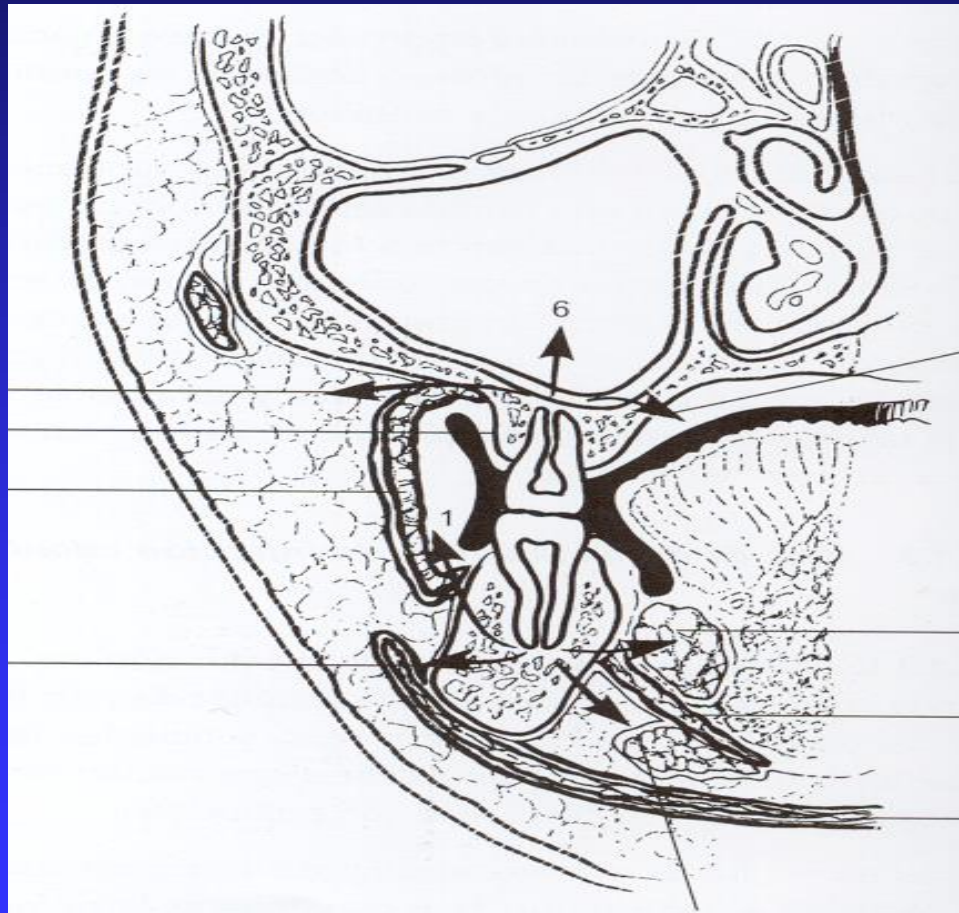
Temporal superficial y profundo

Faríngeo lateral

Retrofaríngeo

Prevertebral

INSERCIONES MUSCULARES



Muchas gracias