

UNA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA PATOLOGÍA PERIAPICAL

- Hay múltiples clasificaciones para establecer los tipos de patología periapical. En nuestro criterio una clasificación simple la constituye la que clasifica las patologías por la presencia o no de sintomatología clínica en:

- **PERIODONTITIS PERIAPICAL ASINTOMÁTICA** que se puede presentar como:

- Osteoesclerosis apical (osteítis condensante ó esclerosante).
- Periodontitis crónica ó absceso periapical crónico.
- Periodontitis granulomatosa crónica ó granuloma periapical.*
- Quiste periapical.*
- *Clínicamente no se pueden distinguir, por lo que se podría utilizar la denominación de periodontitis periapical crónica avanzada, hasta la confirmación mediante biopsia o de inmunoelectroforesis.

- **PERIODONTITIS PERIAPICAL SINTOMÁTICA:**

- Periodontitis serosa ó periodontitis serosa periapical aguda.
- Periodontitis supurada ó absceso periapical agudo.



Imagen de drenaje fistuloso a nivel apical e de 1.1 por vestibular



Imagen tras drenaje transdentario de un absceso periapical seropurulento agudo en 1.1.

Celulitis

Si el drenaje del proceso infeccioso odontológico, difunde a través de los maxilares y se produce hacia las partes blandas que rodean a los maxilares con tejido celular, se producen los cuadros de celulitis que es una inflamación de los tejidos blandos de la cara que se extiende a uno o varios espacios anatómicos o aponeuroticos:

Clásicamente se clasifican en:

- **CELULITIS AGUDAS**
 - **CIRCUNSCRITA**
 - **DIFUSA**
 - **DE COMIENZO**
 - **DE EVOLUCIÓN**
- **CELULITIS CRÓNICA.**
- Las celulitis agudas pueden limitarse a un espacio celular en cuyo caso son circunscritas o diseminarse por varios espacios en cuyo caso se denominan difusas y agravan el pronóstico.
- Dependiendo del equilibrio virulencia/resistencia del huésped pueden ser difusas desde el inicio o con el paso de los días por mal control del proceso inicial.



Imagen de celulitis circunscrita supurada submandibular



Imagen de celulitis difusa de suelo de boca al ingreso

¿Cuáles son los signos y síntomas clínicos que integran el diagnóstico de infecciones odontogénicas en el paciente adulto?

- **Signos de la inflamación: tumor, dolor, rubor y calor. Presentes en el 90% de los casos**
- **Dolor espontáneo o a la palpación. 75% de los casos**
- **Limitación de la apertura bucal. 50% de los casos**
- **Odinofagia. En el 20% de los casos**
- **Síndrome general 20% de los casos: anorexia, fiebre, malestar general, deshidratación, adenitis.**
- **Palpación: dolorosa, colección más o menos localizada e indurada, consistente si no hay abscesificación. Posible fistulización a piel.**
- **Intraoralmente signos de necrosis pulpar en el diente causal con percusión dolorosa y pérdida de vitalidad pulpar. Aumentos de volumen si quistes maxilares infectados.**
- **Limitación de apertura bucal sobre todo las localizaciones en espacios profundos que afectan a la musculatura de apertura y cierre mandibular.**
- **Dependiendo de la topografía**
 - **Espacios accesibles: más circunscritos, menos graves**
 - **Espacios profundos: tendencia a difundir, más graves incluso disnea.**



Absceso vestibular por resto radicular sin limitación de apertura bucal



Afectación infecciosa en molares inferiores con limitación de apertura bucal

Formas clínicas celulitis circunscritas

- **Labial superior:** a partir de una periodontitis apical de incisivo se produce el drenaje por encima de la inserción del m mirtiforme y contamina el tejido celular del labio.
- **Canina:** por contaminación del tejido celular en la fosa canina a partir generalmente del canino. Fácil contaminación y progresión hacia párpado.
- **Geniana Alta:** a partir de premolares o molares y el drenaje se produce por encima de la inserción del m buccinador hacia la piel y contamina el tejido celular.
- **Geniana Baja:** o por la fuerza de la gravedad a partir de una celulitis geniana alta que desciende entre la cara externa de la mejilla y el musculo buccinador o por procesos infecciosos periapicales de premolares o molares inferiores que evolucionan por debajo de la inserción mandibular del m buccinador y contamina el tejido celular.

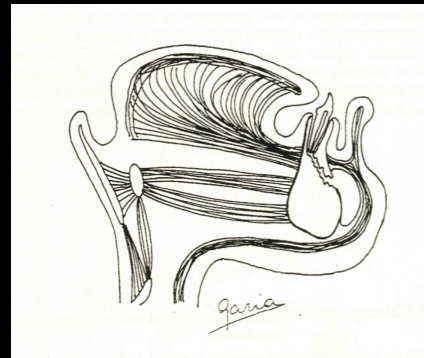


Infección Odontógena

Santamaria G, Barbier L, Alvarez J, Santamaria J, Arteagoitia MI.

Formas clínicas celulitis circunscritas

- **Labial inferior/Mentoniana:** a partir de incisivos inferiores e incluso caninos. La evolución es vestibular por debajo de la inserción de los músculos del mentón contaminando el tejido celular del área del mentón.
- **Submentoniana:** menos frecuente. Son también los incisivos y caninos inferiores los que drenando hacia lingual lo hacen por caudal del m geniogloso, entre éste y la piel. Clínicamente existe mayor componente inflamatorio con alta probabilidad de acompañarse con un síndrome general.



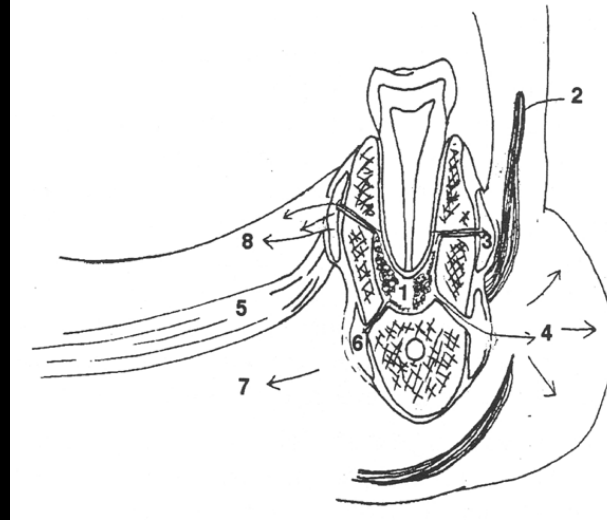
Celulitis mentoniana con edema de labio, que provoca parestesia en la piel del mentón, además de todos los signos y síntomas de la celulitis aguda.



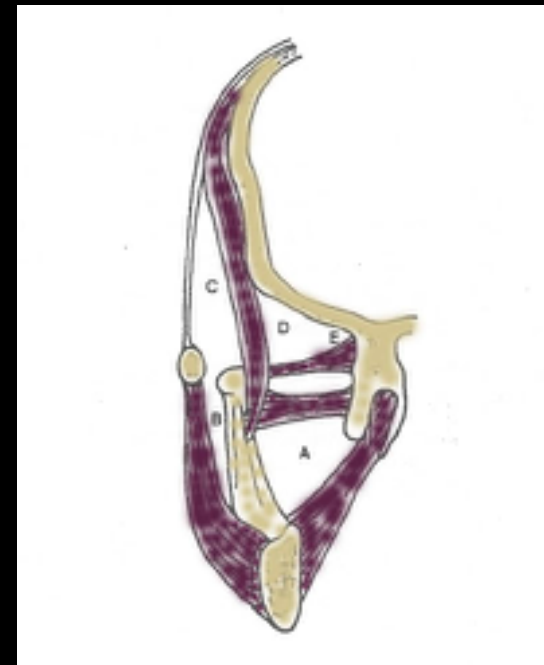
Absceso vestibular mentoniano con participación del labio por diente necrosado 4.1

Formas clínicas celulitis circunscritas

- **Perimandibular:** cuando el proceso infeccioso difunde a través de la mandíbula hacia ambas corticales vestibular y lingual. La difusión la hace por debajo de las inserciones musculares, en vestibular debajo del músculo buccinador y por lingual debajo del músculo milohiideo. Clínicamente se presenta una celulitis que abrazaría a ambas corticales y a la totalidad de los tejidos blandos que le recubren. Es un cuadro grave con síndrome general, dolor y trismo intenso.
- **Pterigoidea:** más en relación con los terceros molares. Este espacio con casi nula capacidad de distensión, cursa con dolor intensísimo que constituye con el trismo síntomas claves para su diagnóstico. Existe igualmente desviación de la mandíbula hacia el lado contralateral (signo de Schuchardt). Es grave con síndrome general intenso. Puede haber exoftalmus y edema palpebral superior como signos de flebitis.



Esquema que representa los posibles drenajes a partir de una periodontitis apical de un molar. 2. Músculo buccinador 3 . Absceso vestibular. 4 . Espacio geniano bajo. 5. . Músculo milohiideo. 6. Absceso subperióstico. 7. Espacio inframilohiideo.. 8. Espacio supramilohiideo.



Esquema que representa la poca capacidad de distensión del espacio pterigoideo (A) limitado por los límites óseos y musculares

Formas clínicas celulitis circunscritas

- **Maseterina:** la causa más habitual es el tercer molar inferior. Si se infecta el espacio de Bransby y Zachary provoca intenso dolor que irradia al oído y trismo. síndrome general importante. Tumefacción externa. Si la evolución es interna, a través de la escotada sigmoidea, hacia el pterigoideo interno la tumefacción es mínima pero la sintomatología se agrava.
- **Temporal:** por propagación de un proceso infeccioso a partir de un tercer molar inferior o por difusión desde otros espacios como el pterigomandibular, geniano, maseterino, parafaríngeo y orbitario. Clínicamente aparecen los signos de la inflamación sobre todo dolor y trismo acompañados de síndrome general severo. El trismo es intenso. Coexiste con la sintomatología del espacio que ha podido provocar la difusión.
- **Parotídea:** rara vez lo hace por causa odontógena, más bien lo hace por difusión desde los espacios parafaríngeo y temporal. El cuadro simula una parotiditis aguda unilateral con síndrome general, dolor intenso y odinofagia. La fascia parotídea profunda la separa del espacio retroestíleo por donde asciende la arteria carótida y la vena yugular y es por donde se pueden comprometer los espacios celulares cervicales y las fascias vasculares. Aún siendo circunscrita es grave.



Esquema que representa las posibles via de difusion de una infección pericoronaria de un tercer molar. Puede difundir hacia el espacio maseterino (3) y submaseterino (4) y al espacio pterigomaxilar (5).



Absceso parotídeo



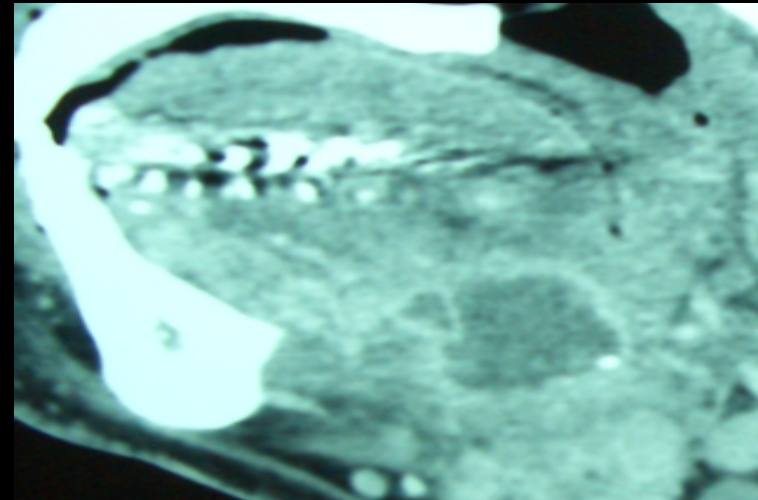
Absceso parotídeo

Infección Odontógena

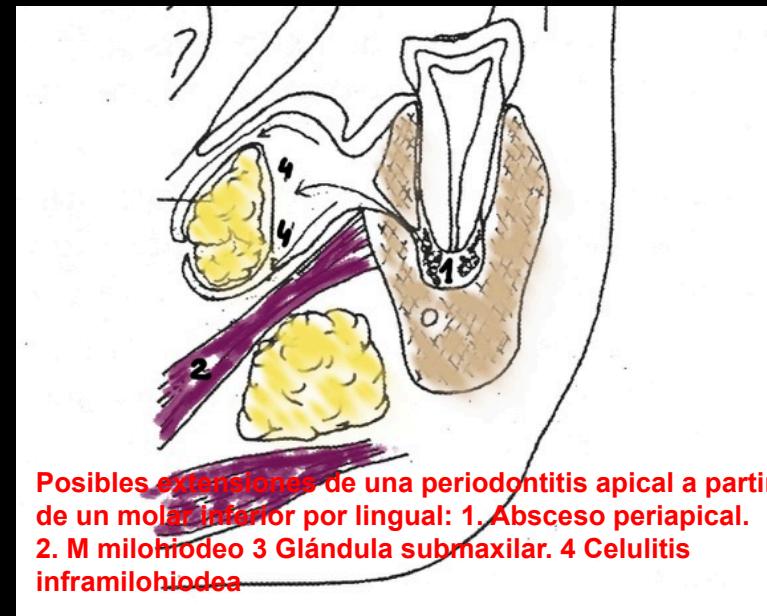
Santamaria G, Barbier L, Alvarez J, Santamaria J, Arteagoitia MI.

Formas clínicas celulitis circunscritas

- **Supramilohiodea:** generalmente por procesos infecciosos de molares que drenan hacia lingual por encima de la inserción del milohiodeo, el más frecuente el primer molar. Puede ser únicamente circunscrito aunque tiende a contaminar a otros espacios sobre todo el inframilohiodeo. Cursa con síndrome general, con gran tumefacción del suelo de la boca que puede extenderse a todo el espacio contralateral. Trismo importante, disfagia, intenso dolor, puede extenderse a lengua o al espacio inframilohiodeo provocando disnea.
- **Inframilohiodea:** generalmente por procesos infecciosos de molares que drenan hacia lingual por debajo de la inserción del milohiodeo, generalmente 2º y 3º molar. Dependerá de la posición más lingualizada de las raíces, de su longitud y de la altura de inserción del músculo milohiodeo. Puede ser únicamente circunscrito aunque tiende a contaminar a otros espacios sobre todo el supramilohiodeo. Cursa con síndrome general, con gran tumefacción del suelo de la boca y lengua hasta la piel submaxilar y puede extenderse a todo el espacio contralateral. Trismo importante, disfagia, dolor, rápida extensión a lengua.



Absceso inframilohiideo



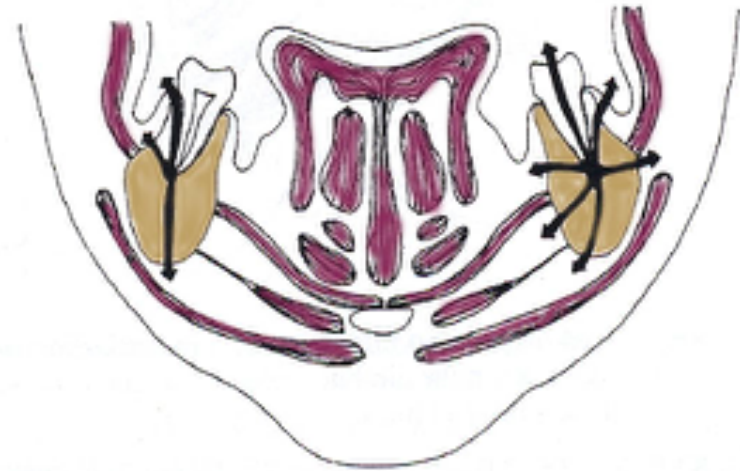
Posibles extensiones de una periodontitis apical a partir de un molar inferior por lingual: 1. Absceso periapical. 2. M. milohiodeo 3 Glándula submaxilar. 4 Celulitis inframilohiodea

Formas clínicas Circunscritas

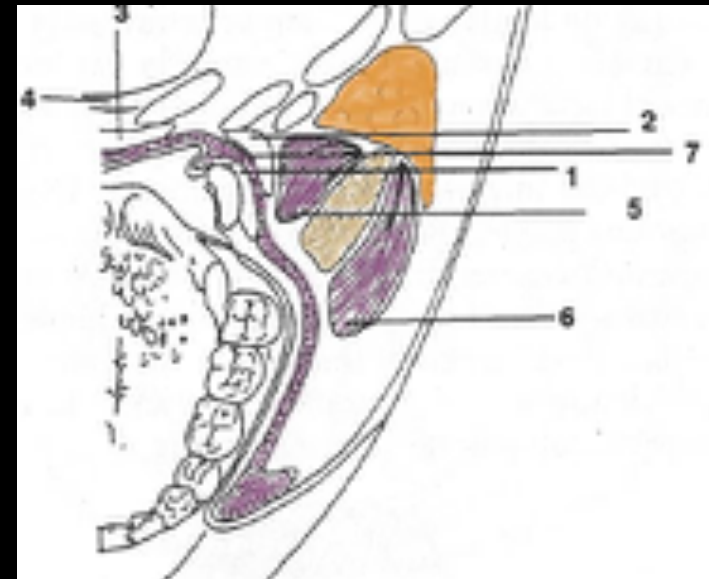
Lingual: este tipo de celulitis rara vez es por causa odontógena aunque se han descrito casos. Se suele infectar por contaminación secundaria de los espacios contiguos y directamente por traumatismos y mordeduras. Se producen colecciones accesificadas a partir del tejido celular de los espacios de Viela delimitado entre músculos genigloso e hiogloso paralelos a la línea media y se sitúan en dirección de adelante hacia atrás, de la punta a la base de lengua. Cursa con importante síndrome general, dolor severo, disfagia, gran inflamación que puede proyectar la lengua contra el paladar con disnea.

Periamigdalina: ocupado por tejido celular graso este espacio denominado de Calas, se infecta más por procesos propiamente amigdalinos que por procesos odontológicos, preferentemente a partir de pericoronaritis de terceros molares. Cursa con síndrome general, y dolor severo que irradia a oído. Hay disfagia y odinofagia

Parafaríngea: a partir de procesos infecciosos de terceros molares inferiores o por difusión de los espacios próximos. Clínicamente síndrome general, disfagia intensa, trismo, dolor severo irradiado a oído. Odinofagia.



Esquema que representa las posibles vía de difusión de una periodontitis apical molar y que por acción directa o por contaminación de espacios contiguos (supra e inframilohioides) contamine los espacios de Viela situados paralelamente en la línea media lingual.



Esquema que representa las posibles vía de difusión de una infección pericoronaria de un tercer molar hacia el espacio para amigdalino (1) , parafaríngeo (2), retrofaríngeo (3) y musculatura faríngea (7).

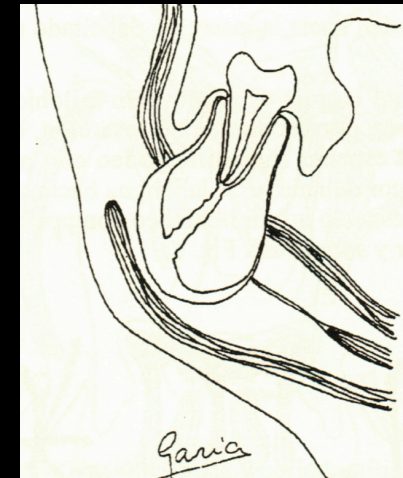
Periostitis

Es un cuadro clínico en el que tras un absceso periapical, su drenaje no consigue superar el periostio y la colección se sitúa entre el periostio y la cortical ósea. No hay por tanto fistulización a piel.

Cursa con los signos y síntomas de la infección odontógena y se palpa un nódulo sólido duro, adherido al maxilar correspondiente, sin fluctuación. Cursa con dolor. No deben realizarse drenajes a través de la piel por provocar cicatrices inestéticas. El tto debe ser conservador con antibioterapia y tratamiento de conductos o extracción de diente causal.



Proceso infeccioso situado entre el periostio y la cortical externa de la rama ascendente mandibular que ha evolucionado por debajo del m buccinador.



Esquema que representa una periostitis a partir de un absceso periapical. Se provoca inflamación pero no hay contaminación del tejido celular.

Dientes causales de infección odontógena

Terceros molares inferiores 30% de los procesos infecciosos

Primeros molares inferiores 25% de los procesos infecciosos

Segundos molares inferiores 15% de los procesos infecciosos

Premolares inferiores 10% de los procesos infecciosos

Resto de los dientes 20% de los procesos infecciosos



Infección Odontógena

Santamaria G, Barbier L, Alvarez J, Santamaria J, Arteagoitia MI.

**Infección
odontógena**

Anamnesis y
exploración
Pruebas
complementarias

**Valoración de la
gravedad (extensión)**

Tratamiento con ingreso

Tratamiento ambulatorio

**Tto del diente
causal**

Drenaje
transpulpar
Exodoncia
Tto de conductos

**Tto
farmacológico**

Antibiótico
Analgésico
Antiinflamatorio

Tto quirúrgico

Drenaje
Desbridamiento
Traqueostomía

Celulitis difusas

- Hay una serie de procesos sistémicos que generan una respuesta inmunológica deficiente y predisponen a que un proceso de infección odontológica circunscrito pueda derivar a un proceso difuso por dejadez del propio paciente o por inadecuado manejo terapéutico.
- Otras veces la celulitis difusa se instaura de inicio por la gran virulencia de la flora bacteriana unida o no a una respuesta inmunodeficiente.
- Estos procesos sistémicos están en relación con:
 - - VIH, SIDA. Diabetes. Glomerulonefrosis. Lupus. Anemia aplásica. Neutropenia