

Diagnóstico clínico

- **Se basa en una correcta historia clínica:**

- **Motivo de consulta.**
- **Antecedentes personales investigando sobre:**
 - Inmunodeficiencias, alteraciones endocrinas, cardiológica, renal, alergias etc
- **Enfermedad actual:**
 - Qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye.
- **Exploración intraoral:**
 - Identificación del diente causal mediante inspección, percusión, vitalidad pulpar
 - Signos y síntomas clínicos: movilidad dental, trismo, halitosis, sangrado, sialorrea, absceso, induración, fistulización.
- **Exploración extraoral:**
 - Volumen, contorno, asimetrías, alteración ocular, tumefacción y tipo de consistencia, dolor espontáneo y a la palpación, afectación de territorios linfáticos, vasculares. Afectación de uno o varios espacios celulares. Uni o bilateral



Figura 1. Celulitis labial



Figura 2 Abscesovestibular

Diagnóstico

- Complementario
 - De imagen:
 - Rx apical: para procesos muy localizados o circunscritos. (Figura 1)
 - Rx panorámica: es una técnica coste/efectiva que aporta además posibles afectaciones de seno, de otros dientes.
 - TC con o sin contraste: necesario en sospecha de celulitis en espacios profundos. (Figura 2)
 - RM aporta mayor sensibilidad sobre la localización de colecciones líquidas o aéreas en espacios virtuales.
 - Ecografía y punción guiada por ecografía: además de establecer la localización y la extensión del espacio afectado, sirve para guiar su punción y la obtención del espécimen para el estudio bacteriológico.



Figura 1. Fragmento de una radiografía panorámica con imagen quística radicular



Figura 2. Imagen de TC con contraste en proceso de celulitis submaxilar

Diagnóstico

■ Complementario

– Laboratorio

■ Analítica: Hematológica y Bioquímica

- Inexcusable en niños y edad avanzada
- Fiebre o hipotermia marcada
- Deterioro uni o multiorgánico
- Afectación del estado general
- Hemocultivo: con pico febril o escalofrío
- Bacteriológico: cultivo y antibiograma a partir de colecciones purulentas o de esfacelos. (Figura1,2,3)

El procedimiento basado en la reacción en cadena de la polimerasa facilita el diagnóstico precoz



Figura 1 Absceso geniano



Figura 2 Drenaje del absceso

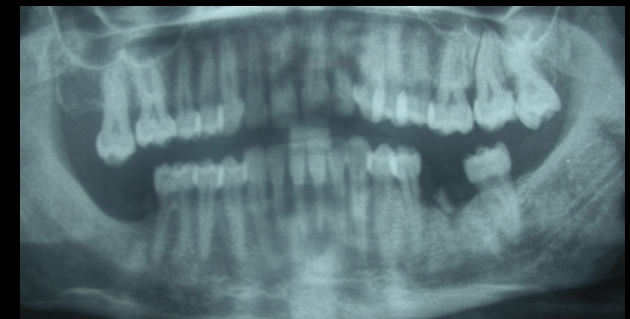


Figura 3 Drenaje del absceso



Absceso geniano

Resto radicular 46 que ha contaminado el tejido celular hacia la zona geniana baja por debajo de la inserción del m buccinador en fase de absceso



Fístula mentoniana por preriodontitis apical de incisivo inferior

Infección Odontógena

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

Celulitis crónica

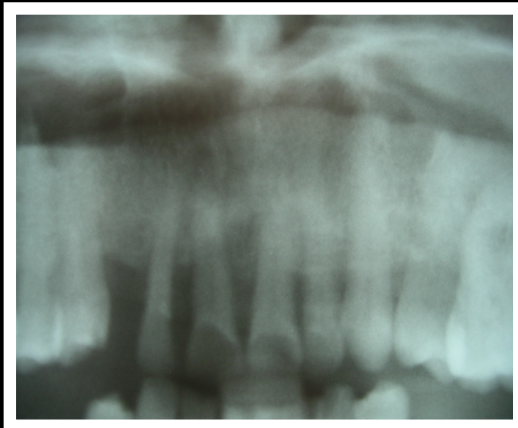
- Por curso clínico subagudo
- Por persistencia del proceso infeccioso dentario
- Por baja carga bacteriana.
- En ocasiones historia de intervenciones quirúrgicas previas para eliminar el nódulo facial sin investigar la causa dentaria.
- Clínicamente diente con signos de necrosis pulpar
- Fístulización intraoral o en piel
- Empastamiento en área próxima al diente causal
- **DIAGNÓSTICO:**
 - Clínico
 - Radiológico
- **TRATAMIENTO:** sobre el diente causal



Celulitis crónica



Fístula vestibular



Periodontitis apical



Celulitis crónica



Celulitis crónica

Infección Odontógena

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

PERICORONARITIS

- Es la inflamación e infección de los tejidos blandos que rodean al diente en la erupción, sobre todo en los dientes que tienen falta de espacio al erupcionar, los terceros molares, y más en el inferior. (Figura 1)
- Patogenia: bloqueo de drenaje del espacio pericoronario por restos y detritus orales. Si existe drenaje de la bolsa pericoronaria no existe cuadro agudo
- Bacteriología: *peptoestreptococcus micros* y *gingivalis*, *fusobacterium spp*, *streptococcus mitis* y *viridans*
- Formas clínicas:
 - Aguda:
 - serosa, o congestiva : dolor retromolar, unilateral, irradiado a orofaringe. Dolor a al masticación. Mucosa inflamada rojiza, palpación dolorosa y sangrado
 - seropurulenta : síntomas más exacerbados,
 - purulenta: mucosa inflamada, rojiza, supuración, fiebre, adenopatía satélite. Diagnostico diferencial con faringitis
 - Crónica:
 - Signos y síntomas atenuados pero con periodos de agudización.
- Pueden difundir por diferentes espacios celulares (Figura 2)
- Tratamiento específico
 - Limpieza local minuciosa para conseguir drenaje de saco pericoronario: irrigación con clorhexidina al 0.2% cada 6 horas
 - Si supurada: metronidazol 20mgrs/kg/día repartido en tres tomas y también asociada a amoxicilina oral 500mg/8 horas hasta remisión clínica completa



Figura 1. Pericoronaritis aguda

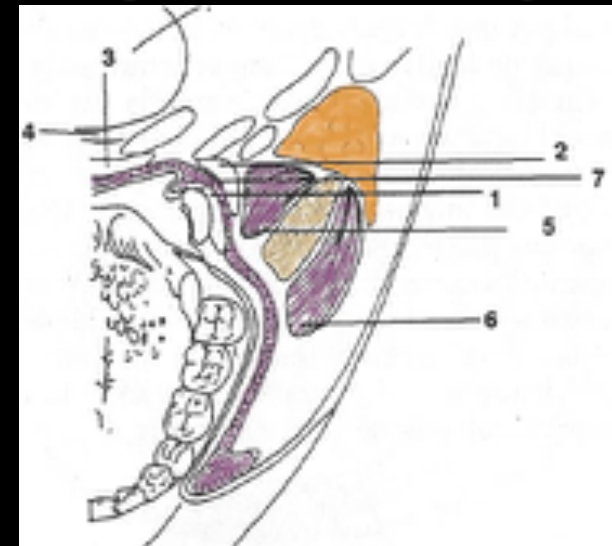


Figura 2. Vías de difusión de una infección pericoronaria de un tercer molar hacia el espacio paramigdalino (1) , parafaríngeo (2), retrofaríngeo (3), prevertebral (4), pterigoideo (5), masetero (6) musculatura faríngea (7).

Figura 2. Vías de difusión

COMPLICACIONES GRAVES

- Sinusitis maxilar
- Infección orbitaria
- Tromboflebitis de vasos faciales
- Mediastinitis
- Fascitis necrotizante: necrosis de fascias, piel etc.
- Absceso cerebral

Sinusitis maxilar odontógena

- Los molares y premolares, son los dientes que tienen continuidad y contigüidad con el seno maxilar y son de más a menos: el primer molar, el segundo molar, el segundo premolar y el primer premolar.
- Los implantes y elevaciones de seno maxilar provocan un porcentaje de sinupatías.
- Formas clínicas:
 - Aguda:
 - Colección purulenta intraseno o entre la membrana de Steiner y el suelo del seno. Se provoca un empiema o absceso.
 - Dolor unilateral en espacio geniano alto con irradiación a órbita y seno frontal.
 - Síndrome general subagudo. Con los movimientos de inclinación cabeza hacia caudal aumenta el dolor. Puede notar desplazamiento de colecciones líquidas en el seno.
 - Aliento fétido, cacosmia. Puede evacuar pus por nariz o a través del diente causal. Puede haber afectación pansinusal.

Sinusitis maxilar odontógena

Crónica:

- Más frecuente que las agudas.
- Por periodontitis apical aguda o crónica.
- Tratamientos de conductos yatrógenos.
- Desplazamientos de raíces al seno. Inclusiones ectópicas, más de cordales que caninos o supernumerarios.
- Sintomatología más larvada, dolor inconstante en



Lesión de seno maxilar por proceso periapical



Inclusión de restos radiculares en seno maxilar derecho.
Periodontitis apical en 2.6 con afectación sinusal por contigüidad



Sinusitis unilateral de probable origen odontogénico