

Sinusitis maxilar odontógena

Diagnóstico:

- Clínico: ya referido
- Imagen:
 - TC de haz cónico el más indicado.
 - Imagen de ocupación completa o parcial o con niveles líquidos del seno
 - Imagen con membrana sinusal más o menos hiperplásica
 - Endoscopia sinusal: inspección directa con cámara endoscópica y puede servir para tratamiento
 - Ecografía: más indicada en niños. Detecta cambios de densidad.
 - Ortopantomografía : detecta posibles restos radiculares, implantes migrados, ocupación sinusal, tratamientos de conductos yatrogénicos.
- Bacteriológico:
 - A través de lavados o de punción y obtención de especimen para estudio.

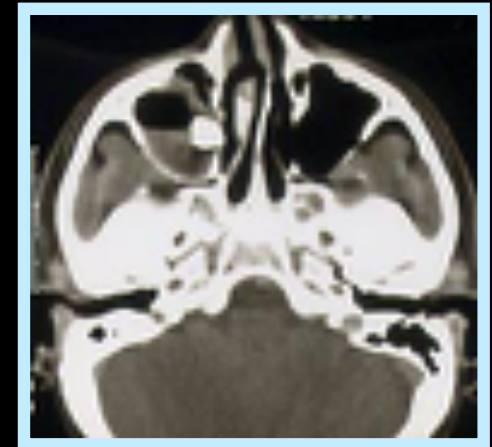


Figura 1. Ocupación de seno maxilar por quiste y por inclusión dentaria



Figura 2. Implante migrado al seno maxilar

Sinusitis maxilar odontógena

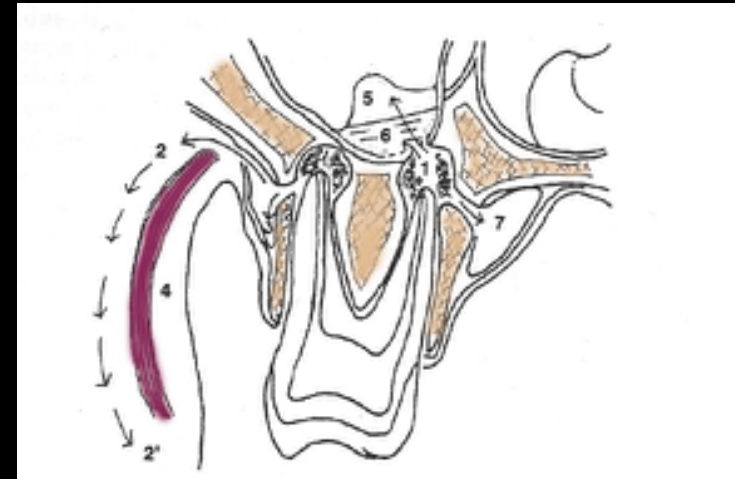
TRATAMIENTO

- Objetivos:

- Controlar la infección
- Permeabilizar complejo meatal
- Eliminar la causa dental o implantaria

- Antibioterapia:

- En casos de sinusitis aguda de causa dentaria hay varios protocolos de recomendación de 1ª, 2ª y 3ª elección :
 - . Amoxicilina-clavulánico 2000/125mg/12 h/ 10 días. De 1ª elección
 - . Cefuroxima 500mg/12h/ 10 días. De 2ª elección
 - . Asociación: Amoxicilina/clavulanico con Metronidazol oral 500 mg/8 horas/10 días. De 3ª elección



Contaminación sinusal a partir de una periodontitis apical



Sinusitis maxilar odontógena

TRATAMIENTO

- Objetivos:

- Controlar la infección
- Permeabilizar complejo meatal
- Eliminar la causa dental o implantaria

- Quirúrgico:

- Cirugía endoscópica nasosinusal para restablecer la función, mediante infundibulotomía y antrostomía por meato medio
- - Cirugía abierta mediante técnica de Cadwell-Luc a través de la pared anterior en vestíbulo bucal para extracción de raíz en seno, implante etc..
- Exodoncia del diente causal, diferida del cuadro agudo. Realizar maniobras de extracción dirigidas a evitar comunicación orosinusal



Figura 2. Implante migrado al seno maxilar

TROMBOFLEBITIS FACIAL

En el maxilar superior, a partir de una infección odontógena canina o labial, puede producirse una afectación de la pared de la vena angular y provocar una tromboflebitis facial superficial.

Clínica: edema nasogeniano y palpebral inferior. Clínicamente se palpa el cordón indurado e inflamado de la vena.

Tromboflebitis oftálmica por contaminación de contigüidad a la vena oftálmica. Edema papebral superior con exoftalmo.

Tromboflebitis del plexo pterigoideo o de la vena facial profunda. A partir de procesos infecciosos de molares que afectan al espacio pterigoideo. Difícil diagnóstico. Dolor intenso. Edema en la trompa de Eustaquio



En afectación palpebral hay que descartar tromboflebitis de vasos faciales



En afectación palpebral hay que descartar tromboflebitis de la vena facial

TROMBOFLEBITIS FACIAL

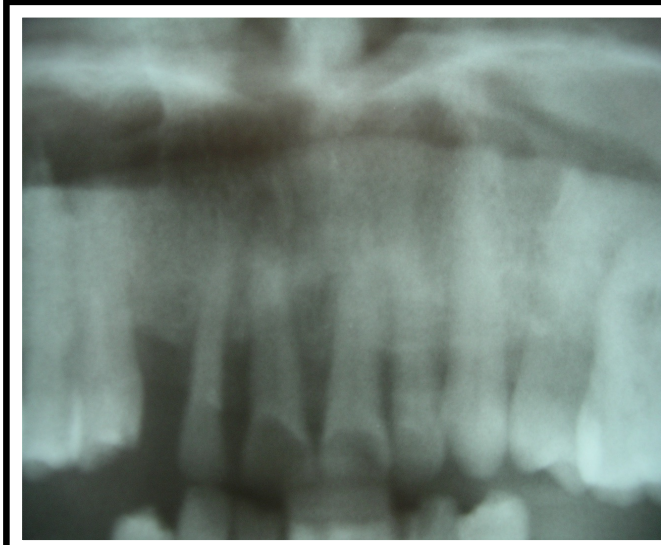
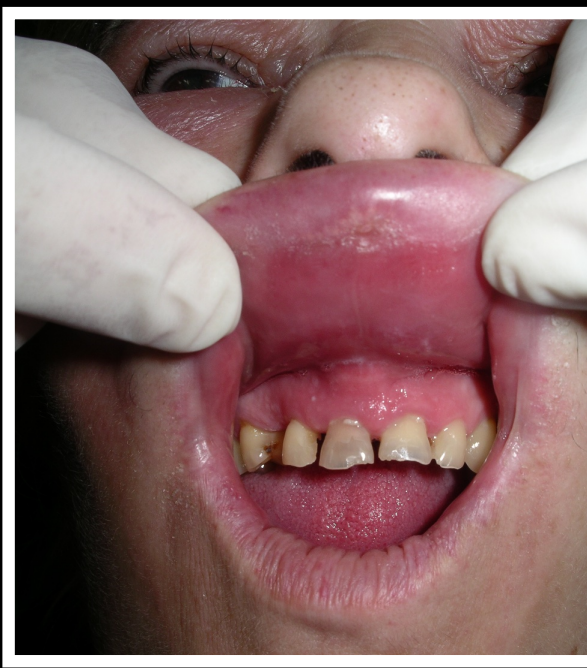
Tromboflebitis del seno cavernoso, a partir de propagación de la vena angular y vena facial profunda. Síndrome general con predominio de la sintomatología neurológica central. Edema de ambos párpados y exoftalmo bilateral.

Tromboflebitis del seno longitudinal superior . Grave sintomatología neurológica central.

Tromboflebitis de la vena yugular interna a partir de de procesos de infecciones de cabeza y cuello que provocan fascitis necrotizante descendente. Diagnóstico por TC. Acompaña al síndrome de Lemierre.

Todos estos cuadros son de tratamiento intensivo hospitalario.

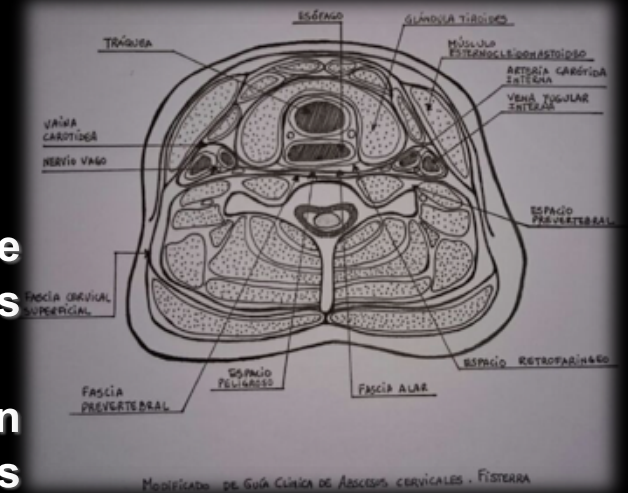




Periodontitis apical en 1.1 con celulitis labial circunscrita

Mediastinitis necrotizante descendente

- Poco frecuente pero de alta mortalidad (40%).
- Generalmente a partir de una celulitis aguda difusa difunde descendiendo hacia el mediastino por los espacios cervicales
- A partir del espacio parafaríngeo y retrofaríngeo pueden difundir y descender por el espacio visceral (aponeurosis cervical media y profunda)
- Clínicamente: cuadro con gran postración, fiebre alta, disnea, cianosis, dolor torácico, tos no productiva, tumefacción lateral en cuello por debajo del esternocleidomastoideo con dolor y rigidez. Enfisema subcutáneo en torax y cuello. Septicemia
- Pruebas de imagen: TC con ensanchamiento del espacio mediastínico y presencia de aire/gas confirman la extensión del proceso. Informa sobre trombosis de la yugular interna o erosión de los vasos del cuello.
- Tratamiento quirúrgico: es preciso toracotomía, y mediastinotomía para desbridamiento, drenaje y limpieza. Drenaje y limpieza de todos los espacios afectados



Mediastinitis necrotizante descendente

- Poco frecuente pero de alta mortalidad (40%).
- Generalmente a partir de una celulitis aguda difusa difunde descendiendo hacia el mediastino por los espacios cervicales (Figura 2)
- A partir del espacio parafaríngeo y retrofaríngeo pueden difundir y descender por el espacio visceral (aponeurosis cervical media y profunda) (Figura 1)
- Clínicamente: cuadro con gran postración, fiebre alta, disnea, cianosis, dolor torácico, tos no productiva, tumefacción lateral en cuello por debajo del esternocleidomastoideo con dolor y rigidez. Enfisema subcutáneo en torax y cuello. Septicemia
- Pruebas de imagen: TC con ensanchamiento del espacio mediastínico y presencia de aire/gas confirman la extensión del proceso. Informa sobre trombosis de la yugular interna o erosión de los vasos del cuello.
- Tratamiento quirúrgico: es preciso toracotomía, y mediastinotomía para desbridamiento, drenaje y limpieza. Drenaje y limpieza de todos los espacios afectados

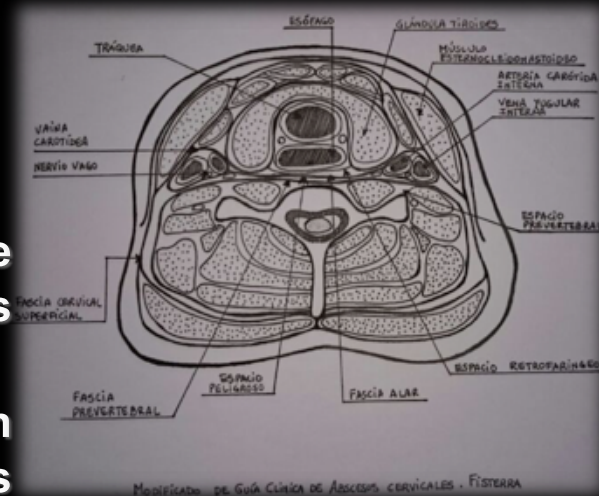


Figura 1. Fascias y espacios cervicales



Figura 2. Celulitis difusa con afectación de mediastino

Fascitis necrotizante cervicofacial

Rara; más veces de causa cutánea cervicofacial que odontogéna, en pacientes con procesos sistémicos

- Es una infección aguda que afecta a espacios subcutaneos y fascias superficiales.
- Rápida difusión y progreso por el tejido celular subcutáneo y el área musculo-aponeurótica superficial que sufre una verdadera necrobiosis. Poca supuración y abundantes esfacelos
- Clínicamente no difiere de una celulitis aguda difusa. Piel morada, caliente, empastada. Septicemia. Alta mortalidad (7%-30%). Abscesos en otros territorios. Trombosis yugular interna (Síndrome de Lemierre). Erosión de vasos del cuello.
- Si curación, graves secuelas en amplias áreas cutáneas.
- Tratamiento intensivo hospitalario:
 - Antibioterapia IV
 - Quirúrgico con desbridamiento agresivo, drenajes, limpieza de todos los espacios afectados



Celulitis difusa con afectación de mediastino

¿Cuáles son los estudios de laboratorio y gabinete que apoyan el diagnóstico de la infección odontógena?

- **Clínico**
 - **Percusión y cambio coloración del diente causal.**
Vitalidad dentaria negativa
 - **Fistulización. Ausencia de dientes, restos radiculares.**
 - **Falta de higiene**
- **Complementario**
 - **De imagen**
 - **Rx panorámica, TC, RM, TEP**
 - **Laboratorio**
 - **Analítica: Hematológica y Bioquímica**
 - **Bacteriológico**
 - **PCR**

¿En qué momento se recomienda la referencia a 3er. Nivel?

La derivación a un centro hospitalario debe producirse cuando coincidan una o varias de estas circunstancias:

- **CELULITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA**
- **SOSPECHA DE COLECCIÓN EN ESPACIOS CELULARES PROFUNDOS**
- **DETERIORO UNI O MULTIORGÁNICO**
- **COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA: disnea**
- **DEGLUCIÓN LIMITADA: disfagia**
- **TRISMO o LIMITACIÓN DE APERTURA INTENSO < 10mm**

¿En qué momento se recomienda la referencia a 3er. Nivel?

La derivación a un centro hospitalario debe producirse cuando coincidan una o varias de estas circunstancias:

- FIEBRE PERSISTENTEMENTE ELEVADA $>39^{\circ}$
- HIPOTERMIA MARCADA
- SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN
- FRACASO DEL TRATAMIENTO INICIAL CON EMPEORAMIENTO GENERAL
- SOSPECHA DE INMUNODEPRESIÓN

¿Cuál es el tratamiento inicial en la infección odontógena?

■ NIVELES DE ACTUACIÓN

- **SOBRE EL DIENTE CAUSAL: TRATAMIENTO DE CONDUCTOS O EXTRACCIÓN**
- **SOBRE EL AGENTE MICROBIOLÓGICO**
 - **ANTIBIOTERAPIA**
 - **DRENAJE Y DESBRIDAMIENTO**
- **SOBRE EL DOLOR: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**
- **SOBRE REPERCUSIÓN EN SISTEMAS O APARATOS: MEDIDAS DE SOPORTE**

ESTADÍO DE LA INFECCIÓN ODONTÓGENA

- **ESTADIO I: DE INOCULACIÓN**

Estadio seroso. Flora aerobia. 24-48 horas

Tratamiento: Sobre el diente causal. Sin antibioterapia

- **ESTADIO II: DE CONTAMINACIÓN**

Estadio sero-purulento. Flora Mixta. >48 h

Tratamiento: Sobre el diente causal. Antibioterapia

ESTADIO III: DE ABSCESIFICACIÓN

Estadio purulento. Abscesificación. Flora Anaerobia. >72 h

Tratamiento: Antibioterapia, desbridamiento y drenaje

Infección Odontógena

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