

Urgencias en Odontología



Raúl Orlando Botetano Villafuerte
E-mail: rbotetano@hotmail.com
www.rbotetano.blogspot.com
Telf.: 99666709 / 224-8503

- *Especialista en Cirugía Bucal y Máxilo Facial*
- *Magister en Docencia e Investigación en Estomatología*
- *Doctorado en Educación*
- *Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Federico Villarreal*
- *Autor del libro Enfermedades Estomatológicas en la Costa Central y Sur del Antiguo Perú*
- *Autor de 42 artículos científicos publicados en revistas de la especialidad*

Índice

Pág.

Urgencias en Odontología	2
Parte I:	
Urgencias sistémicas	3
Parte II:	
Urgencias locales	4
2.1 Traumatismos dentoalveolares	4
2.2 Alveolitis seca	7
2.3 Alveolitis húmeda	9
2.4 Sobreinfección (Infecciones sobre-agregadas)	12
2.5 Cuerpos extraños	14

Urgencias en Odontología

Las urgencias constituyen un grupo heterogéneo de patologías cuya frecuencia es variable, pero cuya presencia clínica ocasiona serios problemas al odontólogo en su práctica profesional. Las complicaciones son cuadros clínicos secundarios a una patología inicial o principal. Por ejemplo, si el paciente acude a la consulta por tercer molar retenido, como producto de dicha intervención quirúrgica el paciente presentará dolor, edema y *trismus*; estas tres últimas patologías son consideradas como complicaciones. Otro ejemplo: si un paciente acude para el tratamiento endodóncico de un diente afectado por una caries profunda, puede desarrollar una infección en los tejidos blandos; esta infección es considerada como una complicación. Si la complicación ocasiona un cuadro clínico que requiere de atención inmediata, ésta se denomina URGENCIA (local o sistémica). Si la complicación pone en riesgo la vida del paciente, se denomina EMERGENCIA.

URGENCIAS SISTÉMICAS

- Síndrome conversivo
- Síncope
- Lipotimia
- Shock
- Crisis hipertensiva

URGENCIAS LOCALES

- Traumatismos dentoalveolares
- Alveolitis seca
- Alveolitis húmeda
- Enfisema subcutáneo
- Sobreinfección
- Cuerpos extraños
- Comunicación buco sinusal

El diagnóstico oportuno de cada una de estas patologías es crucial para el futuro del paciente, ya que un diagnóstico acertado tiene que ir acompañado de un manejo oportuno y efectivo de la patología, debido a que en muchos casos se encuentra en riesgo la vida del paciente.

En general, un tratamiento puede ser curativo, paliativo o sintomático dependiendo del diagnóstico realizado y el momento de iniciado el tratamiento. El tratamiento se denomina curativo cuando al final de éste el paciente queda restablecido completamente y se encuentra en las mismas condiciones que tenía antes de presentarse la enfermedad. Para ello es importante que se cuente con un diagnóstico definitivo.

El tratamiento paliativo se realiza una vez que el profesional dispone del diagnóstico definitivo, pero debido a las condiciones del paciente o la naturaleza de la enfermedad, el sujeto no curará de su enfermedad sino que mejorará su calidad de vida a lo largo del tiempo. Esto puede suceder cuando el paciente es portador de una diabetes, insuficiencia hepática o renal o cuando localmente es portador de un síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular. En estos casos el paciente no cura, sino que simplemente mejora su condición local o sistémica.

El tratamiento sintomático es el que realizamos de urgencia, debido a que la rapidez en que puede progresar la enfermedad o la gravedad del paciente determina el inicio inmediato del tratamiento, aún cuando no hayamos alcanzado el diagnóstico definitivo. Esto puede ocurrir cuando el paciente presenta una infección aguda y severa, y el tiempo disponible sólo permite tomar la muestra para el cultivo; en esta situación clínica, antes de disponer el resultado del estudio microbiológico definitivo debemos iniciar la terapia antibiótica cuanto antes.

Parte I

Urgencias Sistémicas

Las urgencias sistémicas ponen en riesgo la vida del paciente y deben ser tratadas en forma inmediata. El éxito de su manejo depende de la rapidez del inicio del tratamiento, la disponibilidad de equipamiento y medicamentos, así como la experiencia del odontólogo para su resolución. Algunas de estas complicaciones cursan con pérdida del conocimiento del paciente, lo que hace más espectacular el cuadro clínico. La falta de resolución oportuna de estas complicaciones puede ocasionar la muerte del paciente.

Fig. 1.

Urticaria producida por la ingestión de antibióticos derivados de la penicilina. Esta ocurrencia es poco frecuente en odontología.

El tratamiento consistió en la suspensión inmediata del antibiótico y la administración de clorfeniramina de 10 mg. por vía oral cada 8 horas.



Fig. 2.

Urticaria que se extendió sistémicamente en todo el cuerpo del paciente, en especial en la región torácica.

La hipersensibilidad al ibuprofeno produjo esta complicación, que al igual que en el caso anterior, fue tratado con clorfeniramina de 10 mg. por vía intramuscular (la primera dosis) y después la medicación continuó durante 5 días hasta la remisión total del cuadro clínico.



Parte II

Urgencias Locales

Las urgencias locales tienen una incidencia directa sobre los tejidos afectados y su efecto clínico reduce la competencia funcional de manera directa en la zona dañada. Además del dolor y el edema focalizados, el mayor riesgo que se deriva de éstos es la ocurrencia de infecciones sobre agregadas, las cuales pueden comprometer seriamente la vida del paciente.

La ocurrencia de urgencias locales (con excepción del dolor, edema y trismus) es baja, representando escasamente no más del 3% de los pacientes tratados. Sin embargo, el impacto que produce sobre los pacientes y sus familiares, hace que el odontólogo deba iniciar su tratamiento en forma inmediata.

2.1 Traumatismos dentoalveolares



Fig. 1.

Los traumatismos dentoalveolares pueden ocasionar la avulsión de los dientes permanentes y deciduos.

La radiografía periapical muestra dos incisivos centrales superiores avulsionados y la pérdida del incisivo lateral derecho. El reimplante no fue posible debido a la ausencia de dientes contiguos que permitan la fijación de los dientes traumatizados. El cierre completo del ápice de ambos dientes fue un factor adicional para decidir por la extracción de los incisivos lesionados.



Fig. 2.

Este niño de 11 años sufrió un accidente de tránsito ocasionándose una extrusión de ambos incisivos centrales.

La presencia de dientes contiguos estables, así como la ausencia de fractura dentaria favorece el pronóstico. También hubo una lesión contusa en el labio inferior debido al impacto de ambos incisivos durante el accidente.

El uso de analgésicos y antiinflamatorios acompañando a la ferulización dentaria fueron suficientes para lograr el éxito final.

Fig. 3.

Este niño de 9 años sufrió una caída en su escuela y se produjo la extrusión de los incisivos centrales.

Se aprecia la inflamación gingival que acompaña a la ruptura del ligamento periodontal en ambos dientes afectados.

Antes de iniciar cualquier tratamiento es necesario verificar mediante una radiografía la existencia de una fractura de la raíz dentaria.



Fig. 4.

Una vez que se verificó la integridad de las raíces dentarias, se procedió a la limpieza de las coronas de todos los incisivos y caninos superiores.

Luego se realizó el grabado ácido con ácido fosfórico verificando el aislamiento para evitar una contaminación de la superficie vestibular de los dientes.

La foto muestra dos lesiones lacerantes en la mucosa y semimucosa del labio superior.



Fig.5.

La ferulización alambre-resina permitió la fijación de ambos incisivos centrales extruidos hasta su posición normal.

La ferulización debe ser iniciada en los caninos, incisivos laterales y finalmente los incisivos centrales para lograr un correcto alineamiento de los dientes traumatizados.

La ferulización debe ser aplicada durante un tiempo mínimo de 10 días, hasta un máximo de 21 días.



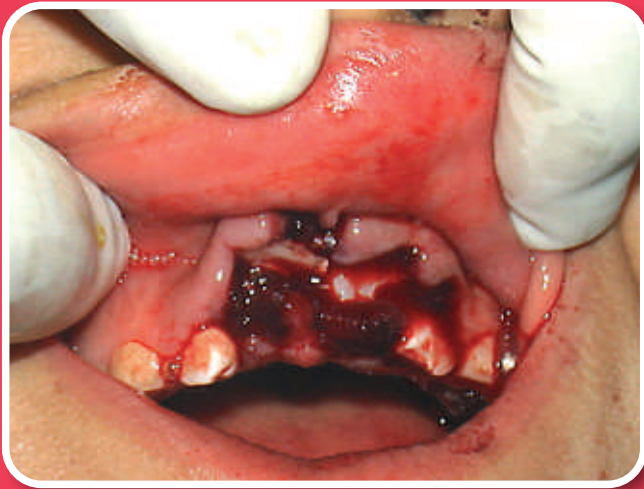


Fig. 6.

Niño de 8 años quien sufrió un accidente en la escuela hacía 8 horas.

Se observa la fractura e intrusión de ambos incisivos centrales superiores. Hubo ruptura de la encía vestibular sin pérdida de sustancia y fractura del piso nasal izquierdo.

También hubo fractura de la tabla vestibular, sin embargo ésta permaneció unida a la cara vestibular las raíz de ambos dientes lesionados.



Fig. 7.

Después de verificar la ausencia de fractura radicular mediante la radiografía periapical, se procedió a aplicar anestesia local infiltrativa con el propósito de reposicionar los dientes intruidos.

Se hizo el curetaje del coágulo y se realizó el reposicionamiento dentario.

El paciente tenía apiñamiento dentario con vestibularización de los incisivos antes del traumatismo, por lo que la foto muestra la posición final de los dientes. Esto impidió la ferulización con los dientes contiguos.



Fig. 8.

Esta fotografía fue tomada 30 días después. La fijación de los incisivos fue total y la encía circundante se restableció.

El incisivo central derecho mostró cambios de coloración, por lo que se hizo la endodoncia para garantizar su permanencia.

Posteriormente, el paciente fue enviado al ortodoncista para su tratamiento.

2.2 Alveolitis seca

Fig. 9.

La alveolitis seca es conocida también como alveolo seco, alveolitis fibrinolítica o *dry socket*. Estos términos describen esta patología como la ausencia de coágulo después de la extracción dentaria como producto de la pérdida prematura del coágulo. Este coágulo actúa como un apósito natural en reemplazo temporal del diente extraído hasta que se produzca la regeneración ósea alveolar. Ante la pérdida del coágulo, el paciente experimenta un dolor agudo y espontáneo. En la foto se observa la exposición del hueso de la zona lingual y la colocación de un apósito provisional de óxido de zinc eugenol.



Fig. 10.

La gasa que contenía óxido de zinc-eugenol fue retirada y se realizó el lavado con cloruro de sodio al 0.9% lo que permitió la regeneración tisular dentro del alveolo al cabo de casi 15 días. La foto pequeña muestra el fragmento de hueso de la tabla lingual que se eliminó espontáneamente después de casi 12 días de iniciado el tratamiento. Esta mejora se logró mediante la colocación sucesiva de gas embebida en un cemento de óxido de zinc y Bálsamo del Perú.



Fig. 11.

El alveolo dentario del primer molar superior izquierdo se muestra sin coágulo después de dos días de haberse realizado la exodoncia. Es urgente la colocación de un apósito de gasa embebido en alguna sustancia que rellene la cavidad, calme el dolor, sea antiséptica, promueva la cicatrización alveolar y de ser posible sea también biodegradable.





Fig. 12.

Alveolo dentario con alveolitis seca en una joven de 19 años. La extracción dentaria se produjo 10 días atrás.

El caso fue tratado inicialmente mediante el lavado de la cavidad con solución salina y la colocación de una pasta de óxido de zinc-eugenol muy diluida, lo que produjo el relleno total de la cavidad con dicho cemento.

El resultado fue una necrosis severa del alveolo sumado a un dolor insoportable debido a que para tratar de eliminar el cemento desecado de tuvo que realizar un fresado del cemento endurecido al interior del alveolo dentario.



Fig. 13.

Las radiografía periapical superior muestra la sobre-extensión del cemento de óxido de zinc-eugenol hasta el ápice de ambos alveolos dentarios.

Luego de sucesivos fresados el cemento sólo quedó en los ápices mesial y distal del alveolo del primer molar mandibular.

La paciente acudió a nuestra consulta en el estado clínico mostrado en la radiografía inferior.



Fig. 14.

La cavidad fue lavada con cloruro de sodio al 0.9% y se colocó una gasa embebida en Bálsamo del Perú durante cambios sucesivos cada cuatro días durante 15 días, lográndose el cierre progresivo de las cavidades y la disminución sistemática del dolor y demás sintomatología. El tratamiento se complementó con ketorolaco de 10 mg. cada 6 horas durante 4 días.

2.3 Alveolitis húmeda

Fig. 15.

La alveolitis húmeda se produce por la contaminación del coágulo durante o después de la extracción. Esta infección no se elimina únicamente con un tratamiento antibiótico, sino que debe completarse necesariamente con el curetaje completo de dicho coágulo. La alveolitis húmeda tiene tres presentaciones clínicas: la primera presenta un coágulo sangrante post-exodoncia, la segunda forma se acompaña de un coágulo putrefacto de color negro, mientras que la tercera forma aparece como una cicatrización tórpida (herida dolorosa que no cicatriza, como el caso de la foto).



Fig. 16.

Aspecto de un coágulo retirado del interior de un alveolo dentario con una alveolitis húmeda. Este coágulo de color negro y aspecto granuloso se realizó a los dos días de realizada la extracción de un tercer molar mandibular. El coágulo tenía un olor fétido y tuvo que ser retirado mediante anestesia local hasta ser eliminado completamente. El tratamiento se complementó con una terapia de amoxicilina de 500 mg. cada 6 horas durante 5 días.

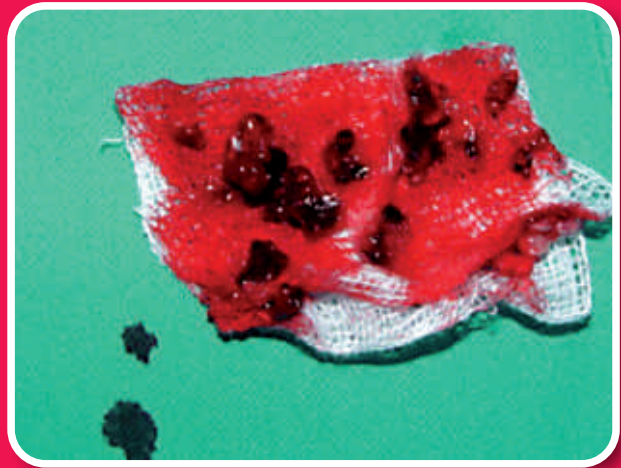


Fig. 17.

Alveolitis húmeda con exposición completa de la herida. La complicación se produjo posterior a la exodoncia del tercer molar. El tratamiento inmediato a los 2 días consistió en el curetaje de todo el coágulo bajo anestesia local y la medicación con clindamicina de 600 mg. por vía intramuscular durante tres días, acompañado de analgésicos.



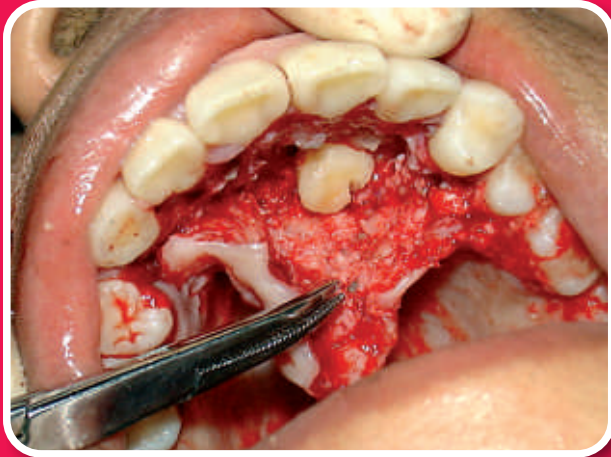


Fig. 18.

Momento exacto en que se realiza la exodoncia de un canino por vía transpalatina.

La intervención duró un tiempo aproximado de 50 minutos y no hubo complicaciones durante la exodoncia.

Al final de la cirugía se realizó el suturado sin contratiempos.

Se indicó una terapia con amoxicilina de 500 mg. y analgésicos por vía oral.



Fig. 19.

Después de dos días, la paciente volvió con un dolor soportable y espontáneo en la zona palatina.

Se observa un coágulo de color negro y un sangrado leve a través de la herida.

Se hizo el diagnóstico de alveolitis húmeda y se procedió al curetaje completo del coágulo y la medicación con clindamicina de 300 mg. por vía oral cada 6 horas durante 5 días.



Fig. 20.

Los restos del coágulo tienen un color negro y un aspecto granuloso, que son característicos de la putrefacción del coágulo con alveolitis húmeda.

Sólo la eliminación total del coágulo y la administración de antibióticos asegura el éxito del tratamiento.

En este caso, se colocó una gasa embebida en Bálsamo del Perú, la cual fue cambiada cada 4 días.

Fig. 21.

Esta foto fue tomada al 17° día post-curetaje. Se observa un coágulo de aspecto normal con una coloración rojiza.

No había sangrado y el dolor había desaparecido por completo.

La gasa fue cambiada cada 4 días y fue colocada otra gasa más pequeña embebida con Bálsamo del Perú hasta comprobarse el cierre diferido de la herida.

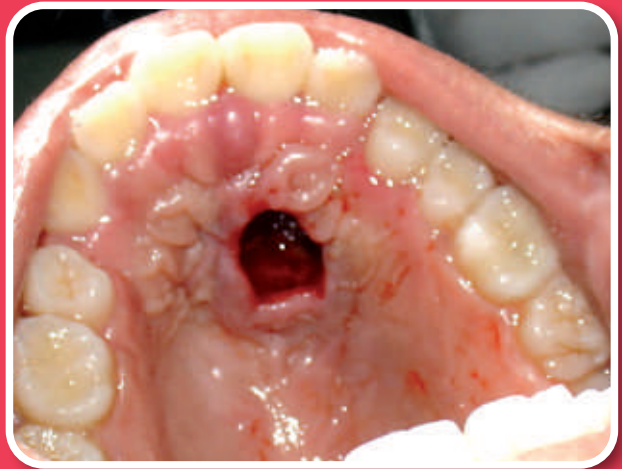


Fig. 22.

Aspecto de la herida después de 35° días. Se observa la disminución sustantiva en la dimensión de la cavidad.

Con el cierre progresivo de la cavidad se produce una disminución del dolor y la inflamación local.



Fig. 23.

A los 60° días se observa un cierre casi completo de la cavidad.

El cierre de la cavidad tardó un tiempo excesivo debido al tamaño de la cavidad y el tipo de cicatrización que depende finalmente del tejido en cada paciente.



2.4 Sobreinfección (Infecciones sobre-agregadas)



Fig. 24.

Secreción purulenta que drena en la zona retromolar debido a una sobreinfección de la herida de un tercer molar mandibular extraído hace pocos días.

La secreción es abundante y de color amarillo, lo que indica la instalación de una infección producida por bacterias aeróbicas principalmente.

El tratamiento antibiótico incluyó amoxicilina con ácido clavulánico de 500 mg. cada 6 horas durante 8 días.



Fig. 25.

Fistula cutánea en un paciente con una infección dentaria crónica. La patología se diseminó a través de los tejidos blandos del paciente hasta alcanzar la zona exterior de la piel.

El tratamiento que se impone es el drenaje bajo anestesia local y la medicación antibiótica durante 10 días.

También se realizó la extracción del diente afectado.



Fig. 26.

Drenaje bajo anestesia local realizado con un bisturí para facilitar la evacuación de la secreción purulenta en un varón que sufría de una infección aguda de un incisivo central superior.

La secreción purulenta es de color amarillo y bastante fluida. El tratamiento endodóncico fue necesario como terapia final.

Fig. 27.

La flecha indica un aumento de volumen extremo en la región facial de esta paciente que tenía una infección facial severa (flemón) como consecuencia de la diseminación de una sinusitis maxilar no tratada. La infección se extendió hasta el piso de la boca, el cuello y alcanzó el mediastino.

El tratamiento de urgencia con penicilina G sódica (2,000,000 millones cada 6 horas) y gentamicina durante 10 días, fue clave para controlar la infección.



Fig. 28.

Aspecto de un coágulo retirado del interior de un alveolo dentario con una alveolitis húmeda. Este coágulo de color negro y aspecto granuloso se realizó a los dos días de realizada la extracción de un tercer molar mandibular.

El coágulo tenía un olor fétido y tuvo que ser retirado mediante anestesia local hasta ser eliminado completamente.

El tratamiento se complementó con una terapia de amoxicilina de 500 mg. cada 6 horas durante 5 días.

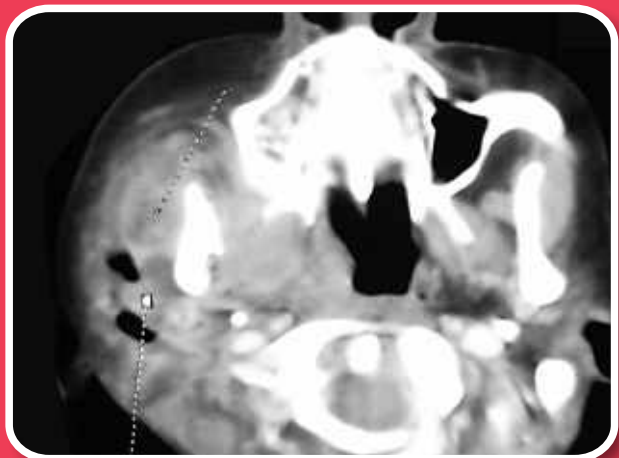


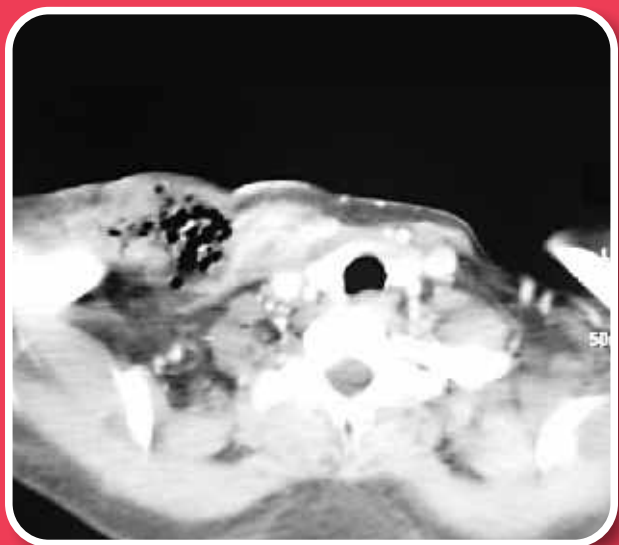
Fig. 29.

Reconstrucción axial de la región facial de la paciente de la foto anterior, donde se observa el seno maxilar derecho completamente lleno de secreción.

El aumento de volumen en la zona interna (pteroidea interna) y externa (maseterina) de la rama ascendente es gigantesco.

Una acumulación excesiva de secreción purulenta puede ocluir la faringe y producir la muerte del paciente debido a una asfixia.

El drenaje inmediato de la secreción mejora el cuadro clínico general.



2.5 Cuerpos extraños



Fig. 30.

Penetración accidental de un implante al interior del seno maxilar. Este accidente produjo en forma adicional una comunicación buco-sinusal que tuvo que ser cerrada el día de la cirugía de la extracción del cuerpo extraño.

Al parecer, la delgadez del hueso alveolar y la fuerza excesiva durante la colocación del implante hicieron posible este accidente.



Fig. 31.

Eliminación del implante dentro del seno maxilar a través de un abordaje de Caldwell-Luc.

En estos casos, el abordaje quirúrgico debe evitarse a través de la zona de la penetración inicial del alveolo dentario.

El lavado profuso de la cavidad sinusal con una solución de clorhexidina es importante para evitar futuras complicaciones infecciosas.

La prescripción de amoxicilina de 500 mg. por vía oral durante tres días y de dexametasona de 4 mg. y ketorolaco de 10 mg. por vía oral fue suficiente para evitar otras complicaciones.

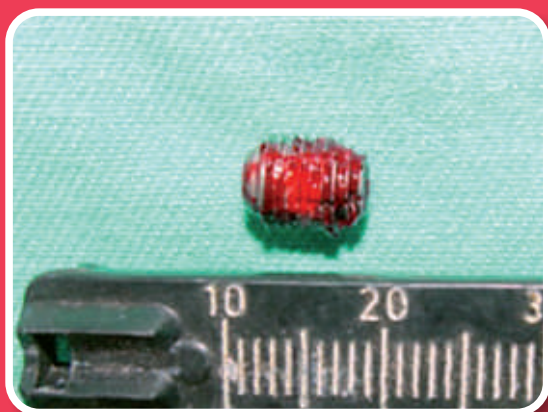


Fig. 32.

Pieza operatoria (implante cilíndrico de 8 mm.) que fue extraído del interior de seno maxilar.

Debido a que el implante está fabricado en titanio, es poco probable la reacción inflamatoria severa como respuesta a un cuerpo extraño que usualmente presenta el organismo.

Sin embargo, de ser viable debe realizarse la eliminación de los cuerpos extraños lo más pronto posible.

Fig. 33.

Tatuaje por amalgama (flecha) sobre el reborde alveolar edéntulo de una paciente portadora de una prótesis parcial removible durante varios años.

La radiografía periapical muestra un fragmento de amalgama de plata que se introdujo accidentalmente durante la cirugía de extracción de los dientes de esa zona.

El fragmento de amalgama de plata quedó inadvertidamente debajo del colgajo después de las exodoncias.

La porción de amalgama quedó de por vida a manera de tatuaje sin presentar ninguna sintomatología.

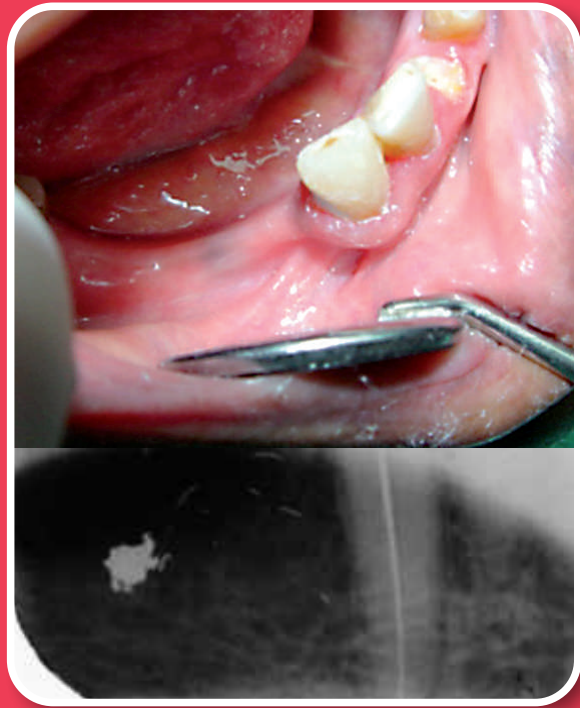


Fig. 34.

Tercer molar inferior izquierdo desplazado accidentalmente al espacio faríngeo lateral durante una cirugía de extracción de dicho diente.

El tercer molar quedó finalmente en posición invertida, localizándose a pocos milímetros de la faringe.

La paciente no manifestaba ninguna sintomatología dolorosa al momento de la deglución o durante ninguna maniobra física. La decisión de extraer o no el diente desplazado depende de la existencia de sintomatología o la decisión final del paciente, quien puede optar por un seguimiento periódico del caso.

El abordaje quirúrgico debe ser realizado necesariamente bajo anestesia general en un trabajo conjunto con el otorrinolaringólogo.





Fig. 35.

Sinusitis maxilar de origen odontogénico causada por una comunicación buco-sinusal luego de la extracción del segundo molar superior derecho. La comunicación con el seno maxilar no fue tratada inmediatamente y el paciente desarrolló una infección sinusal. El paciente manifestó percibir un olor nauseabundo a través de un líquido que descendía a través del alvéolo dentario del diente extraído.



Fig. 36.

Drenaje profuso de secreción purulenta durante la operación de Caldwell-Luc. El curetaje del interior del seno maxilar fue necesario como parte del tratamiento que incluyó el cierre plástico de la comunicación buco-sinusal. En total se drenaron más de 20 cc. de secreción de olor fétido producida por una infección anaerobia. El tratamiento con clindamicina de 600 mg. cada 8 horas durante 15 días fue necesario para eliminar la infección sinusal.

Fig. 37.

Tejido necrótico extraído del interior del seno maxilar. El tratamiento quirúrgico consiste en la eliminación completa del contenido sinusal dejando la cavidad ósea libre de cualquier tejido blando. Este curetaje radical del seno maxilar garantiza la eliminación de la infección sinusal, siempre que el tratamiento se complemente con una antibioticoterapia por un tiempo mínimo de por lo menos 15 días.

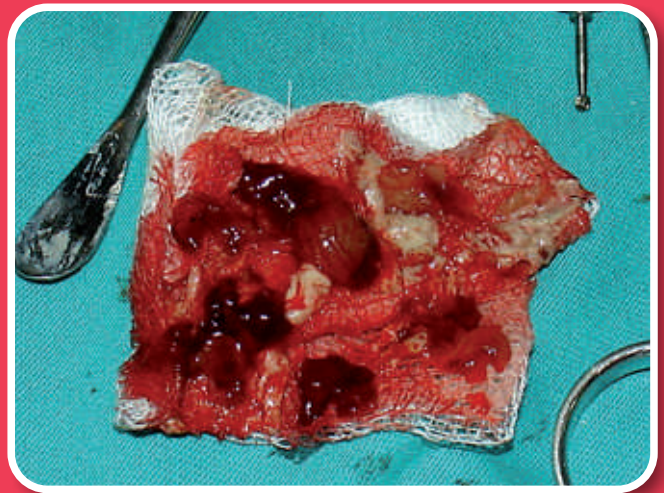


Fig. 38.

Tercer molar superior izquierdo que fue indicado para extraer por su odontólogo personal. Ambas radiografías muestran una delgada cortical que separa la raíz del diente y el piso sinusal. Durante la extracción dentaria va a ser inevitable producir una comunicación buco-sinusal por lo que el planeamiento de dicha exodoncia debe incluir el cierre plástico de dicha comunicación. El paciente debe ser advertido de esta complicación antes de iniciar el tratamiento quirúrgico para evitar un justificado reclamo.





Fig. 39.

La tabla vestibular que rodeaba la raíz del tercer molar presentó anquilosis, por lo que produjo la fractura completa de toda la cortical vestibular.

La complicación inevitable fue una comunicación buco-sinusal provocada accidentalmente durante la extracción de dicho diente.

Debido al tamaño de la ventana ósea fue necesario realizar un abordaje palatino para garantizar un grosor óptimo del defecto producido.



Fig. 40.

Vista palatina que muestra la rotación de un colgajo pediculado de espesor completo. La herida cruenta de la zona dadora permanece con un coágulo durante el tiempo que tarda la regeneración del tejido que tarda aproximadamente 7 a 10 días.

El suturado debe ser hermético para asegurarse que ha sido cerrada la comunicación buco-sinusal en forma permanente.

La medicación consistió en amoxicilina de 500 mg. durante 5 días, y analgésicos por dos días.