

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Vallejo Hernández R, González Gómez del Tánago P, Panadero del Olmo LE, Panadero Carlavilla FJ.

RESUMEN

Los dolores dentales pueden ser consecuencia de la caries, un absceso, una inflamación de las encías alrededor de la raíz de un diente (pericoronitis) o una inflamación de los senos frontales (sinusitis). Habrá que valorar cada caso y saber actuar en consecuencia. Las patologías pulpares y periapicales son unas de las enfermedades que más llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencia estomatológica debido a su sintomatología. Es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico en este momento para brindar la terapéutica adecuada. Las patologías agudas son las que más se presentan, entre ellas, la hiperemia y el absceso alveolar agudo. La hemorragia es habitual después de la cirugía oral; en general, se puede interrumpir manteniendo una presión estable sobre el punto de la extracción durante la primera hora, normalmente haciendo que el paciente muerda una gasa.

INTRODUCCIÓN

Una urgencia la aparición súbita de una condición patológica buco-máximo-facial, que provoca una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente. Las causas son múltiples y variadas desde procesos infecciosos, traumatismos, fracturas o incluso complicaciones tras la realización de una simple extracción dentaria.

PATOLOGÍA INFECCIOSA

INFECCIONES BACTERIANAS

La **caries** se puede definir como un proceso destructivo de los tejidos duros del diente, de curso progresivo y de origen microbiano y multifactorial. Los carbohidratos fermentables se transforman en ácido por las bacterias existentes en la orofaringe y los ácidos formados solubilizan el fosfato de calcio del esmalte produciendo la lesión de caries. La enfermedad es patológicamente destructiva, comenzando en zonas superficiales de los tejidos dentarios en contacto con el medio bucal y llegando hasta el órgano pulpar con producción de un proceso inflamatorio y dolor intenso.

La **pulpitis** consiste en la inflamación pulpar, cronológicamente evaluable en horas o en pocos días y que tiene unas características anatomopatológicas entre las que destacan los fenómenos vasculares y la infiltración por neutrófilos de la pulpa. Clínicamente las pulpitis agudas cursan con dolor intenso provocado por bebidas frías y calientes, así como por alimentos dulces y salados. La crisis aguda de dolor cesa también de forma brusca al retirar el estímulo que la desencadena. En la pulpitis crónica el dolor es pulsátil y localizado, aumentando con el calor y disminuyendo con el frío; si se hace un drenaje, el dolor disminuye. El dolor suele ser intenso y lancinante en las *abscesificaciones*; a veces, es nocturno, despertando al paciente. En la pulpitis crónica hiperplásica se puede llegar a formar una masa *polipoidea*, al aumentar el tejido de granulación, considerado como un estado cicatricial. En la **necrosis pulpar** hay pérdida irreversible de sus funciones. La coloración del diente es grisácea; se puede observar una ligera movilidad y un aumento del espacio periodontal a la exploración radiográfica.

TRATAMIENTO

Analgésicos

- Tramadol. Dosis inicial de 100 mg. por vía intramuscular u oral. Dosis de mantenimiento 50 mg / 6-8 horas por vía oral.
- Ketorolaco trometamol. Dosis inicial de 30 mg por vía intramuscular u oral. Dosis de mantenimiento 10 mg / 8 horas por vía oral.
- Metamizol. Dosis inicial de 2 g por vía intramuscular. Dosis de mantenimiento 1 g / 6-8 horas por vía oral.
- Paracetamol y codeína. Dosis inicial y de mantenimiento 600 mg de paracetamol y 30 mg de codeína / 6 horas por vía oral. Antiinflamatorios
- Diclofenaco sódico 50 mg / 12 horas por vía oral. • Naproxeno sódico 550 mg / 12 horas por vía oral.
- Ketoprofeno 50 mg / 8 horas por vía oral.
- Piroxicam FDDF 40 mg / 24 horas sublingual en dosis única o fraccionada. • Cura sedativa con eugenol.

Cirugía menor

- Pulpotomía de urgencia.
- Pulpectomía con instrumentación completa y obturación provisional con pasta de hidróxido cálcico.
- Apertura de la cámara pulpar para disminuir la presión del fluido dentinario. Tratamiento endodóncico posterior.
- Extracción dentaria.

ENFERMEDADES PERIAPICALES

Las periodontitis son el resultado de la inflamación del sistema de soporte del diente.

- La **periodontitis periapical crónica** se desarrolla como una inflamación proliferativa y granulomatosa, generalmente asintomática y sin fase aguda previa. En otros casos, el paciente presenta una fístula por la que drena pus de forma esporádica.

- La **periodontitis periapical aguda** suele ser la exacerbación de una crónica. En la fase intraósea, el proceso se extiende hasta el hueso adyacente; en la fase *subperióstica*, el contenido purulento se acumula debajo del periostio. El dolor alcanza el punto más alto, con características pulsátiles. Aparece edema de partes blandas con abultamiento doloroso a la palpación. El tratamiento es el drenaje, que aliviara el dolor de forma inmediata. El periostio se rompe, pudiendo formar el contenido purulento un absceso submucoso y drenar, espontáneamente o por medios quirúrgicos, a la cavidad oral; puede romperse en un punto alejado, acumulándose el pus en los espacios cervicales. En todas las fases se recomienda el tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, que ayudará a impedir la extensión del proceso y a conseguir su resolución.

1. Motivación y tartectomía. Cepillado e higiene interproximal correctos. Instrucciones al paciente sobre control de placa.

2. Al cabo de un mes: Raspado y alisado de las superficies radicales de los dientes afectados, más tratamiento antibiótico, consistente en metronidazol 400 mg/8 horas o amoxicilina-clavulánico 500/125 u 875/125 mg/8 horas durante 15 días; como alternativa, Clindamicina 150-300 mg/6 horas, doxiciclina 100 mg/24 horas o minociclina 100 mg/12 horas durante 15 días.

3. Control de la hipersensibilidad dentinaria con colutorios de fluoruro sódico 0.2%, cada 8 horas, después de realizada una higiene bucal correcta.

4. Tratamiento antibacteriano tópico. Clorhexidina 0.1-0.2% 1 enjuague / 12 horas durante 2-3 semanas o Timol + 1 enjuague / 8-12 horas durante 2-3 semanas.

5. Cirugía periodontal, si procede.

6. Mantenimiento con control de placa y profilaxis profesional cada 3-4 meses de forma indefinida.

Debido a la peculiar estructura anatómica de las partes blandas de cabeza y cuello, en relación con los espacios virtuales interconectados entre sí, cualquier infección del área maxilofacial se puede difundir a través de ellos, afectando a los ganglios linfáticos y desencadenando procesos inflamatorios. Las infecciones maxilofaciales presentan una sintomatología común a cualquier otra infección: dolor, tumor, rubor y calor. Si el absceso es accesible, se apreciará la fluctuación del contenido purulento. El paciente presentará fiebre y afectación del estado general.

- Tratamiento médico: Antibióticos y Analgésicos
- Tratamiento quirúrgico
 - Anestesia infiltrativa o troncular
 - Incisión y drenaje intraoral (a través de tejidos blandos, canal radicular o subperióstico).

PERICORONARITIS

Es la infección del tejido gingival que rodea a un diente parcialmente erupcionado. Se da con más frecuencia en los terceros molares (cordal o muela del juicio) y especialmente en los inferiores. El proceso cursa con dolor en la zona molar inferior, sobre todo en pacientes jóvenes (20-30 años), irradiado a la región auditiva, cuello y amígdalas; puede observarse trismo. La mucosa aparece congestiva y dolorosa y ocasionalmente con secreción espontánea o a la presión; pueden palpase adenopatías submaxilares. El tratamiento médico consiste en antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, junto a colutorios de suero fisiológico o agua oxigenada muy diluida. La recidiva puede hacer necesaria la extracción de la pieza dentaria.

GINGIVITIS

La patología gingival en cualquiera de sus diferentes tipos clínicos, se caracteriza por alteraciones de la forma, consistencia, coloración, hemorragia y exudado; toda inflamación crónica presenta una coloración rojiza; el tamaño se altera, pudiendo incluso, cubrir parte del diente. La presencia de inflamación da lugar a una encía blanda, con pérdida del punteado característico.

La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA) es una enfermedad inflamatoria y destructiva de las encías: El factor etiopatogénico principal es el acumulo de placa bacteriana en la superficie dentaria. La clínica es característica, con un enrojecimiento agudo y doloroso de la encía y con una localización en las papilas *interceptarias*. Las úlceras se cubren con un exudado fibrinoso que deja una superficie sangrante y dolorosa; hay hemorragia, dolor, adenopatías, halitosis y febrícula. El peróxido de hidrógeno al 3% mezclado con una cucharada de agua tibia, disminuye el dolor. Se aconseja utilizar Penicilinas o Tetraciclinas, aunque algunos autores usan el Metronidazol oral a dosis de 1 g/día durante una semana. En cualquier caso, es fundamental revisar la higiene bucal durante el curso evolutivo y realizar una correcta motivación para evitar recidivas.

OSTEÍTIS Y OSTEOMIELITIS

La Osteítis es una lesión circunscrita, generalmente consecuencia de una infección dentaria (granuloma) o bien como complicación de una extracción. La Osteomielitis implica una afección más extensa, con producción de sequestró y manifestaciones generales.

Actualmente la clínica de esta infección maxilar es muy polimorfa y abigarrada por las modificaciones causadas por el tratamiento antibiótico. El primer síntoma, es un dolor de gran

intensidad, que suele acompañarse de fiebre y trismo acentuado; al progresar la inflamación intraósea se comprime el nervio dentario inferior, dando lugar a un signo típico que es la anestesia del *hemilabio* correspondiente (*signo de Vincent*); suele existir movilidad del diente causante. La pérdida ósea se repara progresivamente. Como complicaciones, puede aparecer una artritis supurada de la articulación temporo-mandibular, que puede desembocar en una anquilosis, celulitis del suelo de la boca o septicemia.

CELULITIS

La periodontitis atraviesa la barrera ósea y llega al tejido celular perimaxilar produciendo su inflamación. Difieren de los abscesos en que estos dependen del diente causante. En la celulitis, la extensión puede ser a gran distancia y los trastornos generales son más alarmantes; de todas formas, no hay criterios uniformes y los diferentes autores mezclan los términos abscesos y celulitis.

INFECCIONES DERMATOLÓGICAS

INFECCIONES BACTERIANAS

El **impétigo** es frecuente en niños y jóvenes, en los que se afecta la piel de la cara, en especial en las zonas periorificiales. Aparecen vesículas serosas, más tarde turbias y finalmente purulentas. Al romperse se vacía y forma una costra *melicérica* que a los pocos días cura sin dejar secuelas. Pueden aparecer adenopatías submaxilares o *submentonianas*. Los gérmenes causales son estafilococos y/o estreptococos. El tratamiento consiste en la aplicación general y local de penicilina y derivados.

La **escarlatina** es una infección faríngea que se extiende a la piel y mucosa oral. A las 24-48 horas la erupción se manifiesta como un punteado fino en tronco, región facial y extremidades; es típica la lengua *aframbugesada*. El germen causante es el estreptococo hemolítico, que se trata con antibióticos tipo penicilina resistente a las betalactamasas.

La **erisipela** consiste en una infección bacteriana producida por el estreptococo grupo A. Tiene especial predilección por la región facial y las extremidades; aparece enrojecimiento en placa y la piel está caliente y edematosa. Puede recidivar y originar edema de labios, fiebre elevada y cefalalgia. El tratamiento se realiza con Penicilina o Eritromicina.

INFECCIONES VÍRICAS

HERPES SIMPLE

La **primoinfección herpética** aparece en los lactantes y niños entre los 7 meses y 4 años. Por acción de la saliva y la masticación, la *flictenula* es efímera y se reduce a una fina película rodeada de un halo eritematoso; hay fiebre, dolor, adenopatías regionales y halitosis. El **herpes recidivante** suele producirse en la misma localización y a intervalos regulares. Son típicos en mujeres en época de menstruación; también pueden desencadenarse por la fiebre, luz solar, estrés, traumatismos mecánicos, alergias, trastornos gastrointestinales,...

Para el tratamiento de los pacientes *inmunocompetentes* con herpes labiales y genitales, se ha defendido la terapéutica tópica. El aciclovir tópico reduce el periodo de propagación viral pero tiene poco efecto sobre los síntomas. No es eficaz la aplicación tópica de desoxurina (IDU) ni de vidarabina. Además, como tratamiento sintomático se utilizan colutorios bucales, analgésicos locales (gel de benzocaína 20%), agentes secantes (loción de calamina o glicerina con peróxido de carbamida) y antibióticos, en el caso de que existan infecciones bacterianas secundarias. Asimismo, se facilitará la ingestión de alimento y de líquidos; los líquidos o semisólidos fríos suelen ser aceptados cuando se rechazan otros alimentos.

En los pacientes *inmunocomprometidos*, el tratamiento del primer episodio y de las recurrencias sucesivas se hace con aciclovir oral 400 mg 4 veces día, 7-10 días o, en caso necesario, con aciclovir IV 5 mg/kg/12 h. Para prevenir las recurrencias se utiliza aciclovir oral 400

mg/ 2 h, hasta 12 meses. El diagnóstico se basa en la presencia de vesículas, multiplicidad de lesiones, diseminación por toda la boca, adenopatías y dolor. En la mucosa labial es frecuente junto a las comisuras.

HERPES ZÓSTER

Es la manifestación neurotrópica recidivante de un virus variceloso reactivado. La clínica se resume en: erupción flictenular o vesiculosa, alteraciones sensitivas (en todo el trayecto del nervio), alteraciones motoras (puede darse una parálisis facial) y alteraciones vegetativas tipo enrojecimiento, congestión,...

1. Zona Trigeminal: Pueden afectarse las tres ramas del V Par o bien una de ellas (oftálmica, maxilar superior o inferior). En la primera rama puede afectarse total o parcialmente (zona lacrimal, nasal o frontal); se acompaña de anestesia corneal y trastornos pupilares. En la segunda rama (maxilar superior) la erupción vesiculosa puede ser cutánea o mucosa, con afectación del paladar, mejillas,...En la tercera rama (maxilar inferior) puede afectarse toda a sólo alguna de sus ramas (lingual, auriculotemporal,...)

2. Zona del Facial: La afectación en esta zona constituye el Síndrome de Ramsay-Hunt, en el que los intensos dolores se irradian hacia la mastoides. La erupción se localiza en el conducto auditivo y en la concha; hay trastornos del gusto y parálisis facial.

3. Zona del Lingual: Afecta al cuerpo y a la punta de la lengua, así como al pilar anterior del velo; se alteran la masticación y la fonación.

4. Zona del Glossofaríngeo y Pneumogástrico: Se acompañan de disfagia; las vesículas se extienden por los trayectos nerviosos de epiglotis, aritenoides,...

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El SIDA es una pandemia que debe encuadrarse entre las enfermedades infectocontagiosas, siendo su agente causal un retrovirus. El virus se encuentra en la mayoría de los fluidos corporales, pero en la transmisión sólo están implicados la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Está demostrado el tropismo del VIH por las células que tienen en su superficie el receptor CD4, que en su mayor parte son los linfocitos T4. La disminución de los linfocitos T4 marca la aparición de infecciones oportunistas y la disminución del cociente T4/T8 indica el avance de la infección.

La **clasificación de la OMS** combina datos clínicos y de laboratorio; se consideran cuatro estadios y dentro de cada uno tres subgrupos (A, B y C) según la cifra de CD4.

- **Estadio 1:** paciente asintomático, con adenopatías generalizadas persistentes.
- **Estadio 2:** pérdida de peso de más del 10% del peso habitual; presenta manifestaciones cutáneas tipo dermatitis seborreica, prurito, onicomycosis, úlceras orales o queilitis angular; refieren un episodio de herpes zoster en los últimos 5 años.
- **Estadio 3:** pérdida de peso de más del 10% del peso habitual; diarrea crónica y fiebre no explicadas de más de 1 mes de evolución; candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, tuberculosis pulmonar durante el último año, infecciones bacterianas severas; paciente encamado menos del 50% del tiempo en el último mes.
- **Estadio 4:** Neumonía por P. Carini, Toxoplasmosis Cerebral, Criptococosis Pulmonar, enfermedad por Citomegalovirus con afectación de otros órganos aparte del hígado, bazo y ganglios linfáticos; infecciones por virus herpes simple mucocutáneo de más de 1 mes de evolución o visceral de cualquier evolución, leucoencefalopatía multifocal progresiva, candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar, infecciones diseminadas por micobacterias atípicas, sepsis por Salmonella (diferente a la S. Typhi), tuberculosis extrapulmonar, sarcoma de Kaposi, linfomas, encefalopatía por VIH; son pacientes encamados más del 50% del tiempo en el último

mes.

Manifestaciones Orales:

- Grupo I: Lesiones comúnmente asociadas a infección por VIH:

1. Candidiasis: eritematosa, hiperplásica, pseudomembranosa o queilitis angular.
2. Gingivitis VIH.
3. Gingivitis necrotizante VIH.
4. Periodontitis VIH.
5. Leucoplasia vellosa.
6. Sarcoma de Kaposi.
7. Linfoma no Hodgkiniano.

- Grupo II: Lesiones menos comúnmente asociadas a la infección por el VIH:

- 1) Enfermedades en las glándulas salivares.
- 2) Infecciones vírales (citomegalovirus, herpes simple, virus papiloma humano;...).
- 3) Púrpura trombocitopénica.
- 4) Ulceraciones atípicas.
- 5) Infecciones por Mycobacterias.
- 6) Hiperpigmentación melanótica.

Las **infecciones micóticas** asociadas al SIDA más comunes son:

Candidiasis Oral: Se presenta en el 75% de los enfermos con SIDA y tiene una elevada prevalencia en los seropositivos; aumenta significativamente cuando la cifra de CD4 es menor de 300 células/mm³. La *candidiasis pseudomembranosa* es parecida al *muguet* y se caracteriza por placas blanquecinas o grumos en cualquier región de la mucosa bucal; al eliminarlos puede quedar una superficie enrojecida o sangrante. Se localiza más frecuentemente en paladar, labios, lengua y mucosa yugal; tiene valor predictivo en el desarrollo del SIDA. La *candidiasis eritematosa* se caracteriza por la presencia de una zona rojiza en la mucosa oral sin la presencia de surcos o placas; la intensidad de la coloración varía del rojo pálido al intenso; es más frecuente en el paladar duro, blando y dorso de la lengua.

Queilitis Angular: Se relaciona estrechamente con pacientes infectados por VIH, en los cuales se cronifica; a veces se sobreañade el *Staphylococcus Aureus*.

Histoplasmosis: Se caracteriza por fiebre, pérdida de peso, síntomas pulmonares y lesiones en boca y piel, a modo de úlceras o lesiones inflamatorias granulomatosas.

Cryptococosis: Aparecen ulceraciones en lengua y paladar duro, cubiertas por pseudomembranas; son más frecuentes en sujetos homosexuales.

Las **enfermedades periodontales asociadas al VIH** son cuadros que muestran signos y síntomas más severos que los convencionales y responden peor al tratamiento periodontal. La progresión de la enfermedad es rápida y la pérdida de inserción y hueso hace que los dientes sean móviles en poco tiempo.

Gingivitis en los pacientes VIH: Suele aparecer una línea roja en el margen gingival y una zona eritematosa en un paciente con poca acumulación de placa bacteriana. La hemorragia gingival puede ser espontánea o provocada por el cepillado. El cuadro no responde a la profilaxis como la gingivitis convencional.

Periodontitis en los pacientes VIH: Generalmente aparece precedida de una gingivitis. Consiste en una pérdida grave de la inserción periodontal y en una rápida destrucción del hueso soporte.

Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda: Se caracteriza por dolor, hemorragia al cepillado,

úlceras,... La respuesta al tratamiento es mala.

Estomatitis necrotizante: En casos de gran deplección de los mecanismos de defensa, el cuadro anterior puede evolucionar hacia una estomatitis necrotizante, con exposición ósea y presencia de Cándidas, Bacteroides, Anaerobios,...El tratamiento consiste en raspado y alisado, irrigación con clorhexidina y povidona yodada. Se puede complementar con Metronidazol o Clindamicina.

Por su parte, entre las **infecciones víricas** asociadas al SIDA, las más comunes son:

Herpes Simple: Puede presentarse como una gingivoestomatitis herpética primaria con manifestaciones locales y sistémicas (fiebre, edema, adenopatías,...). Las lesiones se presentan en cualquier punto de la mucosa oral; las vesículas se rompen y originan úlceras irregulares. El tratamiento típico es el Aciclovir en crema (cinco o seis veces al día) o bien vía oral a dosis de 200 mg, cinco veces al día, durante 5-7 días.

Virus Varicela-Zóster: La erupción vesicular y dolorosa suele localizarse en el área de extensión del nervio. En el tratamiento se emplea Aciclovir (en casos graves puede utilizarse la vía endovenosa).

Virus Papiloma Humano: En pacientes infectados por el VIH, se observa predisposición a padecer infecciones por el Virus del Papiloma Humano.

Leucoplasia Velloso: Una o más lesiones blancas no removibles en los bordes laterales de la lengua y superficie ventral, son sugestivas de Leucoplasia Velloso. Los virus implicados son el Papiloma Humano y el de Epstein-Barr. La lesión es muy frecuente y se le considera como factor de elevada probabilidad de SIDA. El diagnóstico diferencial se hará con otros tipos de leucoplasia, liquen plano,... El tratamiento se realiza con Aciclovir, vía oral.

Sarcoma de Kaposi: Formado por una o varias tumoraciones violáceas, localizadas en el paladar y encía especialmente. Pueden llegar a destruir los tejidos vecinos y producir secuestros óseos.

Linfoma No Hodgkiniano (LNH): Los pacientes infectados con VIH tienen predisposición a padecer este tipo de tumor. Existe relación entre el virus de Epstein-Barr y este tipo de linfomas en los pacientes inmunodeprimidos.

TRAUMATISMOS

Los traumatismos dentales y bucales son un motivo frecuente de consulta urgente en los Centros de Salud, en los cuales, la mayoría de las ocasiones, se puede realizar una atención adecuada, aun sin contar con recursos muy especializados. En muchos casos es obligada una posterior consulta con el Odontólogo, quien valorará el pronóstico de vitalidad y conservación de las piezas dentarías afectadas.

La etiología varía dependiendo de la edad; en la infancia suelen deberse a caídas accidentales, bien al comenzar a andar o bien cuando se incorpora a las actividades escolares. En la adolescencia son más frecuentes en la práctica de deportes de contacto (fútbol, baloncesto,...). En los adultos, la principal causa radica en los accidentes de tráfico y accidentes laborales. Los dientes más afectados son los incisivos centrales superiores (80%), los incisivos laterales superiores y los incisivos inferiores.

En el diagnóstico de lesiones dentales y bucales se procede a realizar:

1. Historia Clínica: ¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿Dónde se produjeron las lesiones? (por posible contaminación de las heridas, implicaciones médico-legales,...). ¿Cuándo se produjeron las lesiones? (el factor tiempo es un factor importante sobre todo en el pronóstico de los dientes *avulsionados*).

2. Exploración:

- Tejidos blandos: determinan la naturaleza penetrante de las heridas y alertan sobre la

posible presencia de cuerpos extraños en las heridas.

- Tejidos duros: se deben buscar fundamentalmente fracturas dentarias y fracturas de la cortical ósea.

- Palpación: se hará con cuidado, palpando con los dedos índice y pulgar y dejando la encía en medio para que sirva de referencia sobre cualquier variación en esa zona.

- Percusión: se realiza percutiendo en el borde del diente con el mango de un espejo. Se hará primero en dientes no traumatizados, de forma que el paciente puede percibir las reacciones normales a esta prueba. Con esta prueba se valora la sensibilidad (si es positiva indica daño o lesión del ligamento periodontal) y sonido (un sonido agudo y metálico indica que el diente desplazado fue forzado al exterior del alvéolo).

- Movilidad: se comprueba con los mangos de dos espejos; se pueden valorar la movilidad horizontal, hacia adentro y hacia afuera y vertical (intrusión).

- Pruebas térmicas: se realizan para valorar el estado de salud de la pulpa dentaria. Existen diversas técnicas; una muy simple consiste en disponer de dos jeringas, una con agua fría y otra con agua caliente; la irrigación del diente afectado provocara un estímulo doloroso, indicando la existencia de vitalidad en la pulpa.

- Estudio radiológico: es un estudio de gran valor ante cualquier traumatismo bucodental, tanto para valorar los tejidos duros como para valorar la posible presencia de cuerpos extraños en las partes blandas; distinguimos dos técnicas: extraoral (es la ortopantomografía; es la que nos aporta mayor información sobre lesiones en los dientes y áreas próximas) e intraoral (es más usada en la clínica de odontoestomatología).

FRACTURAS

La mayor parte de las fracturas dentales ocurren en la región anterior, en la infancia por traumatismos varios (caídas de bicicleta, monopatín,...) y en la edad adulta por agresiones o por accidentes de tráfico. Las fracturas dentarias pueden ser: coronarias, radicales, coronoradiculares y conminutas. Hemos de tener en cuenta que los factores fundamentales en el tratamiento son: la edad del paciente y la extensión de la fractura en relación a la pulpa dentaria.

Actualmente se utiliza la *Clasificación de ELLIS*:

- Clase I: La fractura afecta sólo al esmalte del diente; no precisa intervención urgente; puede producir malestar por existir algún fragmento cortante en el diente, lo cual se corrige puliendo con algún material abrasivo.

- Clase II: La fractura afecta al esmalte y a la dentina del diente. El paciente tiene hipersensibilidad con estímulos tales como el frío, calor y paso de aire. El tratamiento consiste en analgésicos, antibióticos y cobertura de la dentina expuesta con un material elástico (p.ej. chicle) hasta que el paciente acuda al odontólogo. Si presenta una gran hipersensibilidad podemos anestesiarse la zona.

- Clase III: La fractura afecta esmalte y dentina con exposición de la pulpa (nervio). Es una verdadera urgencia dental y necesita la atención de un especialista ya que la demora en el tiempo puede dar lugar a la formación de un absceso. El tratamiento en un Servicio de Urgencias debe consistir en: anestesia, colocar un trozo de material elástico (p.ej. chicle) y recubrir el resto con material de aluminio (para disminuir la irritación pulpar) y administrar antibióticos y analgésicos.

LUXACIONES

Cuando por acción de un agente traumático se produce un desplazamiento parcial del diente en su alvéolo, hablamos de luxación. El desplazamiento del diente, respecto a su alvéolo, puede ser: extrusivo, intrusivo o lateral. El diente se desplaza hacia afuera en el sentido lateral y hacia un lado (lateral) o hacia delante/atrás (extrusiva).

- **Luxación Extrusiva y Lateral:** el diente presenta movilidad en dirección vertical y longitudinal; la percusión revela dolor y un sonido apagado. El diente no responde a las pruebas de sensibilidad y en las imágenes radiológicas aparece un desplazamiento coronal del diente. En cuanto al tratamiento, es necesario realizar anestesia infiltrativa; posteriormente se empuja suavemente el diente hacia el alvéolo y se introduce en él, ejerciendo presión con el dedo índice y pulgar. Posteriormente se debe proceder a ferulizar el diente con el contiguo. Se administrarán analgésicos.
- **Luxación Lateral:** La percusión revela un sonido metálico agudo, no se aprecia movilidad en el diente lesionado, ni hay respuesta a la prueba de sensibilidad pulpar. La radiología revela desplazamiento del diente. El tratamiento se realiza con anestesia infiltrativa y se procede a reubicar el diente en su alvéolo mediante presión digital entre el índice y el pulgar; a continuación el odontólogo debe realizar una *ferulización* posterior; se deben administrar analgésicos.
 - **Luxación Intrusiva:** Consiste en el desplazamiento del diente hacia dentro de su alvéolo; comparando su tamaño con el del vecino, vemos que es de aproximadamente la mitad. Con la percusión aparece un sonido metálico agudo, indicativo de que el diente se encuentra anclado en el hueso; no hay movilidad. En cuanto al tratamiento, la reducción manual («tirar del diente»), está contraindicada. Se pautarán analgésicos y se remitirá al Odontólogo.

AVULSIÓN

Es la salida completa del diente fuera de su alvéolo. Aunque es imposible garantizar la duración de la permanencia en boca de un diente reimplantado, un tratamiento adecuado y a tiempo puede aumentar al máximo las posibilidades de éxito. En el mismo lugar del accidente se debe intentar reimplantar inmediatamente, si es posible; si está contaminado, irrigar con agua antes de proceder a su reimplante. Si el reimplante inmediato no es posible, colocar el diente en el mejor medio de transporte disponible; en este caso, puede usarse solución salina balanceada de Hank, leche, suero fisiológico, saliva (en el vestíbulo de la boca) o incluso en agua.

Si el tiempo extraoral es seco y han transcurrido menos de 2 horas, se procederá a reimplantar; si han transcurrido más de 2 horas se debe aclarar con suero fisiológico y posteriormente reimplantar. Mantener el diente húmedo en todo momento y no tocar la raíz (se debe coger el diente por la corona); asimismo no raspar ni cepillar la raíz. Si hay algún coágulo, debe limpiarse suavemente con suero fisiológico; tomar el diente por la corona e introducirlo en el alvéolo ejerciendo una suave presión digital hasta colocarlo en su posición original; indicar al paciente que muerda suavemente un pañuelo y que acuda a un Odontólogo tan pronto como sea posible. Debe realizarse anestesia de la zona, e indicar tratamiento antibiótico, vacunación antitetánica y colutorios con clorhexidina.

Es necesario tener en cuenta que los dientes temporales avulsionados no se reimplantan; los dientes permanentes con grandes fracturas y/o pacientes con lesiones periodontales importantes, tampoco se reimplantan; los dientes permanentes avulsionados y posteriormente reimplantados, requieren controles periódicos.

COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA

ALVEOLITIS

La alveolitis es un proceso infeccioso localizado en el alvéolo dentario, producido generalmente después de una extracción complicada. Es más frecuente en adultos y en el 95% de los casos se produce en el maxilar inferior, sobre todo en las zonas premolares y molares, principalmente en el último molar o muela de juicio. Como causas favorecedoras de la alveolitis se señalan las siguientes: extracción complicada y traumática, boca séptica y/o paciente con algún tipo de inmunodeficiencia, empleo de anestesia con vasoconstrictor, infecciones periapicales

previas, estar a tratamiento con anticonceptivos orales, etc. Los síntomas suelen aparecer entre el 2º y el 4º días postextracción. Se caracterizan fundamentalmente por:

- Dolor: agudo, lancinante e irradiado a oído y difícil de aliviar con analgesia; aumenta con la succión y masticación.
- Alvéolo seco o supurado: dependiendo de que existan restos del coagulo o no, puede acompañarse de un fenómeno de putrefacción de restos alimenticios dentro del alvéolo.

El mejor tratamiento de la alveolitis consiste en hacer una buena profilaxis, fundamentalmente evitando los traumatismos durante la extracción y aplicar tratamiento antibiótico a los procesos infecciosos dentarios previa extracción quirúrgica. El tratamiento local se hace con infiltración con anestesia, irrigación con suero fisiológico, legrado y secado del alvéolo; colocación dentro del alvéolo de Alvogil (apósito alveolar hemostático-anestésico). Se utilizan analgésicos (paracetamol-codeína, metamizol o tramadol), antiinflamatorios (naproxeno, diclofenaco o ketoprofeno) y antibióticos (amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, eritromicina o espiramicina + metronidazol). En resumen, ante un cuadro de estas características, el procedimiento consiste en *anestesia, si fuese posible; lavado de la cavidad con suero fisiológico; colocación en el alvéolo de Alvogil y uso de analgésicos y antibióticos vía oral o intramuscular (nunca localmente).*

HEMORRAGIAS

Entre los cuadros de patología bucodental que se presentan en Urgencias, las hemorragias son uno de los más frecuentes e importantes, tanto por lo alarmante de la situación como por la gravedad que pueden llegar a adquirir. Las hemorragias que se presentan después de una extracción dental, pueden tener una causa local o general.

Hemorragias de causa local

Suelen deberse a alguno de los siguientes factores: heridas traumáticas o quirúrgicas en los tejidos vecinos, infecciones locales, fracturas de los tabiques interdentarios, restos de esquirlas óseas o a la destrucción del coagulo por hacer enjuagues o por succión. La presencia de una pequeña hemorragia después de una extracción, es un proceso normal, pero también y normal es que los procesos hemostáticos la controlen en un corto periodo de tiempo.

Hemorragias de causa general

- *Por alteraciones en la fase vascular de la coagulación:* Pueden ser hereditarias (Enfermedad de Rendu-Osler, Síndrome de Marfan o Síndrome de Ehlers-Danlos) o adquiridas (escorbuto, alteraciones vasculares en enfermos de edad avanzada o enfermedades infecciosas como el tifus).
- *Por alteraciones en la fase plaquetaria de la coagulación:* septicemias, púrpura trombopénica, hepatopatías, medicamentosas (ácido acetilsalicílico, quinidina, tiouracilo), alergias, neoplasias o hiperuricemia.
- *Por alteraciones de la coagulación propiamente dicha:* pueden ser congénitas (hemofilia, déficit o carencia de factor V y VII, hipoprotrombinemia o afibrinogenemias) o adquiridas (déficit de vitamina K, por carencia en la dieta, alteración en su absorción o patología hepática, o por tratamiento anticoagulante).

El tratamiento de las hemorragias de causa local consiste en la eliminación del coagulo, si existe, para localizar la zona o punto de sangrado; taponamiento con gasa o rollo de algodón: generalmente con esto es suficiente para controlar la hemorragia; se debe indicar el realizar presión mordiendo durante unos 15 minutos; relleno del alvéolo vacío con sustancias coagulantes como las esponjas de gelatina (Espongostan®, etc.) o de celulosa oxidada. Cuando no se consigue hemostasia con estos métodos, se puede infiltrar anestésico local con vasoconstrictor y luego hacer hemostasia local con gasa o con relleno del alvéolo.

En caso de no cesar la hemorragia, es preciso realizar sutura de la herida con lo cual se controla el sangrado y se consigue una cicatrización más rápida y regular. En algunas ocasiones se

pueden combinar los métodos, así por ejemplo, rellenando el alvéolo con sustancias coagulantes como celulosa oxidada y realizar sutura de la herida, consiguiendo de esta forma la hemostasia por un doble mecanismo.

En **pacientes con alteraciones congénitas o adquiridas de la coagulación las extracciones deben realizarse en un medio hospitalario**. Previamente se deben realizar determinaciones de plaquetas, tiempo de hemorragia, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina. Antes de la operación se administrará el factor deficitario específico (crioprecipitado plasmático enriquecido con factor de Von Villebrand, concentrado de factor VIII, plasma fresco congelado, ácido épsilon amino caproico o ácido trexámico. El tratamiento puede prolongarse en algunos casos una semana.

Los pacientes en tratamiento con anticoagulantes cumarínicos con bajo riesgo embolígeno se retira el tratamiento anticoagulante 48 horas antes de la intervención y posteriormente se continua con el tratamiento; en aquellos enfermos con elevado riesgo embolígeno se retira el anticoagulante oral tres días antes de la intervención y se le administra heparina sódica iv (4000 U/4 h.); luego se pasa a anticoagulación oral 48 horas de la intervención, manteniendo la heparina durante dos días. Ante una hemorragia en este tipo de pacientes, se administrara vitamina K o plasma fresco congelado.

Los pacientes con alteraciones hepáticas y hemorragias postextracción dental, se tratarán con las medidas locales antes mencionadas y administración de vitamina K por vía parenteral, teniendo en cuenta que en ocasiones se recurrirá a tratamiento con plasma fresco congelado, el cual aporta todos los factores de la coagulación.

REFERENCIAS

- **Rodríguez de la Iglesia, Barbuzano Safont, Blanco Rodríguez, et.al.** Patología buco-dental en los servicios de urgencias: Protocolos de tratamiento. *Cad. Aten. Primaria* 2004; 11: 272-90.
- **Malagón Baquero; Malagón-londoño.** Urgencias Odontológicas. Panamericana, 2013.
- **Montoro Ferrer Y, Fernández Collazo ME, Vila Morales D, et al.** Urgencias estomatológicas por lesiones pulpares. *Rev Cubana Estomatol;* 2012; 49(4).
- **Graña Dorta C, López Clementes J, Pacheco Pacheco C.** Procesos pulpares y periapicales agudos como urgencias estomatológicas. *Rev Ciencias Holguin.* 2009; 15(4): 1027-127).
- **Cardona Tortajada F, Sainz Gómez E, Figuerido Garmendia J, et al.** Extracciones dentales en pacientes antiagregados: la experiencia de la Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud (España). *Rev Medicina oral, patología oral y cirugía bucal,* 2010.
- **Ministerio de Salud (Chile).** *Guía Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias Santiago:* Minsal, 2011.