



Protocolo diagnóstico y terapéutico de la infección oral y faríngea

C. Armiñanzas Castillo^a, M.F. García Reija^b, R. García Zornoza^c y F. Arnáiz de las Revillas Almajano^d

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicios de ^bCirugía Maxilofacial, ^cOtorrinolaringología y ^dMedicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

Palabras Clave:

- Infecciones odontogénicas
- Faringitis
- Amigdalitis
- Estreptococo beta hemolítico del grupo A
- Absceso retrofaríngeo

Keywords:

- Odontogenic infections
- Pharyngitis
- Tonsillitis
- Group A beta-hemolytic streptococcus
- Retropharyngeal abscess

Resumen

La infección oral y faríngea engloba un conjunto de procesos en muchas ocasiones banales, pero que deben ser tenidos en cuenta por su potencial morbilidad a nivel tanto local como sistémico. En el tratamiento de estas infecciones, donde la mayor parte de las veces están implicados microorganismos comensales orofaríngeos, será preciso valorar la combinación de antibioterapia y procedimientos quirúrgicos.

Abstract

Diagnostic and therapeutic protocol for the oral and pharyngeal infection

The oral and pharyngeal infection encompasses a set of processes in many banal occasions, but should be considered for their potential morbidity both locally and systemically. In the treatment of these infections, which most often are oropharyngeal commensal microorganisms involved, it will be necessary to assess the combination of antibiotics and surgical procedures.

Introducción

En este protocolo expondremos las principales características clínicas de las infecciones que afectan a la cavidad oral (tengan o no origen dentario) y al área faríngea, bien sea de forma difusa o circunscrita, así como los puntos más importantes en relación con su diagnóstico y tratamiento.

Infecciones de la cavidad oral

La cavidad oral, primera parte del aparato digestivo, contiene abundante flora comensal aerobia y anaerobia, de la cual *Streptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Lactobacillus*, *Corynebacterium* y *Actinomyces* suponen más del 80 %¹. Este ecosistema se encuentra en equilibrio con el huésped, aunque en determinadas circunstancias puede comportarse de manera oportunista, produciendo infecciones endógenas, normalmente polimicrobianas^{2,3}. Según su origen, se pueden clasificar en:

1. Odontogénicas: dentoalveolares, periodontales y diseminadas.

2. No odontogénicas: mucosa oral y glándulas salivares.

Infecciones odontogénicas

Las infecciones odontogénicas tienen como origen las estructuras que forman el diente y el periodonto¹. Pueden ser primarias (causas dentarias y periodontales) o secundarias (causas iatrogénicas y traumáticas). La mayoría son primarias, siendo la caries la causa más frecuente. Generalmente son banales, localizadas y autolimitadas, pero puede producirse una diseminación a regiones anatómicas profundas o, más raramente, a distancia por vía linfática o hematógena²⁻⁴. Se distinguen tres períodos en su evolución clínica:

1. Período de inoculación o contaminación: entrada y colonización de bacterias procedentes generalmente del ca-

nal radicular al espacio periapical. En esta fase, el tratamiento pulpar o la exodoncia puede conseguir la remisión.

2. Período clínico (donde ya aparecen signos y síntomas): la infección se extiende a las corticales óseas pudiendo perforarlas, sobrepasar el periostio y afectar a los tejidos circundantes intrabucales (flemón) o extrabucales (celulitis) e incluso formar un exudado purulento (absceso). A partir de ahí puede diseminarse localmente o a distancia.

3. Período de resolución: la actividad inflamatoria cede y se forma tejido de reparación.

Clasificación

Desde un punto de vista de manejo clínico, las infecciones odontógenas pueden clasificarse de la forma que exponemos a continuación^{1,5,6} (fig. 1).

Infecciones localizadas dentoalveolares

Caries. Enfermedad destructiva de los tejidos duros de los dientes producida por microorganismos que forman parte de la biocapa dental.

Pulpitis. Infección de la pulpa dentaria por progresión de la caries, desde un foco periodontal adyacente o por diseminación hematógena.

Infecciones localizadas periodontales

Gingivitis. Inflamación de la encía por acumulación de placa bacteriana sobre el diente.

Periodontitis. Afectación de tejidos más profundos con destrucción de la inserción del tejido conectivo al cemento dentario y reabsorción del hueso alveolar con la consiguiente movilidad dental.

Pericoronaritis. Infección del tejido que rodea la corona del diente.

Infecciones odontogénicas evolutivas o diseminadas

Osteítis y osteomielitis. Infección del tejido conjuntivo intraóseo, generalmente por cocos grampositivos piógenos. Debe tenerse especialmente en cuenta en pacientes en tratamiento con bifosfonatos.

Infección por contigüidad a espacios primarios. Afectación directa de los espacios adyacentes a los maxilares (vestíbulo oral, espacio palatino, sublingual, canino, geniano, labio-mentoniano y temporal).

Infección por contigüidad a espacios secundarios. Extensión desde los espacios primarios (espacio paramandibular, cigomático, maseterino, pterigomandibular, submentoniano, submaxilar, parotídeo y faríngeo).

Extensión local o a distancia. De forma local da lugar a sinusitis odontógena y celulitis orbitaria. Por vía hematógena puede condicionar endocarditis bacteriana, trombosis del seno cavernoso o absceso cerebral.

Tratamiento

El manejo de estas infecciones debe combinar los distintos aspectos que tratamos a continuación^{1,6}.

Abordaje odontológico. Eliminación mecánica del tejido afectado y realización de exodoncia. Es especialmente importante en las infecciones dento-alveolares.

Tratamiento médico. Sintomático (analgésicos y antiinflamatorios) y antibiótico. Respecto al antibiótico, en las infecciones localizadas leves puede ser suficiente el tratamiento tópico con enjuagues de clorhexidina. La afectación moderada o grave, con necrosis o compromiso de tejidos adyacentes, requerirá un antibiótico sistémico: amoxicilina-clavulánico (500-875 mg/8 horas por vía oral) o, en pacientes alérgicos, clindamicina (300 mg/8 horas por vía oral). La duración del tratamiento depende del tejido implicado y de la evolución del paciente, pudiendo oscilar entre pocos días (por ejemplo, gingivitis) y varias semanas (por ejemplo, osteomielitis). El manejo de las infecciones diseminadas a distancia requiere protocolos específicos.

Tratamiento quirúrgico. Está indicado en infecciones en fase de absceso, con afectación de espacios que puedan comprometer la vía aérea o ser susceptibles de complicaciones, así como en celulitis difusas de origen anaerobio.

Infecciones no odontogénicas

Infecciones que tienen origen en las mucosas o las estructuras extradentales, en ocasiones por lesiones químicas, térmicas o traumáticas. Suelen estar producidas por un solo microorganismo, habitualmente no saprofito de la cavidad oral, pudiendo ser virus, hongos o bacterias. Deben tenerse en cuenta, entre otras, las infecciones que enumeramos a continuación^{2,3,7}.

Gingivostomatitis herpética

Producida por el virus del herpes simple habitualmente de tipo 1, presenta vesículas, úlceras y gingivitis. En el tratamiento se emplea aciclovir (15 mg/kg por vía oral 5 veces al día) durante 7 días.

Mononucleosis infecciosa

Producida por el virus de Epstein-Barr (VEB), puede manifestarse con afectación mucosa en forma de úlceras, petequias y hemorragia gingival. La infección por VEB también puede dar lugar a leucoplasia oral vellosa (lesiones blanquecinas en la lengua que no se desprenden por rascado).

Infecciones víricas de la infancia

Como las debidas a los virus *Coxsackie* y *Echovirus*, pueden afectar a la mucosa oral, con aparición de vesículas y úlceras que curan espontáneamente. El virus del sarampión puede dar lugar a las características manchas de Koplik (lesiones blanquecinas en mucosa oral).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805654>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805654>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)