



# Protocolo de tratamiento empírico de infecciones bucodentales y cervicales

M.C. Rodríguez Leal, I. Tinoco Racero, N. Caro Gómez y E. Sifuentes Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

## Palabras Clave:

- Infecciones orales
- Infecciones odontógenas
- Infecciones cervicales profundas

## Keywords:

- Oral infections
- Odontogenic infections
- Deep neck infections

## Resumen

Las infecciones bucodentales comúnmente tienen un origen odontógeno en los adultos. La contaminación bacteriana de los tejidos estériles junto con la flora oral da lugar a infecciones cuya microbiología es generalmente predecible y que junto con el uso de antibioterapia apropiada puede conducir a un tratamiento exitoso. Podemos distinguir dentro de las infecciones bucodentales los procesos odontógenos y los no odontógenos. Las infecciones no odontógenas excluyen un origen dental y son secundarias a infecciones del tejido glandular, bien postquirúrgico o post-traumático, infecciones cutáneas y de las mucosas, neoplasias, fistulas branquiales y quiste dermoides, entre otros. La infección odontógena se origina en el diente y el periodoncio. Es el tipo más común de infecciones de la cabeza y el cuello. Estas infecciones pueden extenderse más allá de la boca y dar lugar a complicaciones potencialmente mortales como infecciones de los espacios profundos de la cabeza y el cuello. La comprensión de las estructuras anatómicas, la microflora oral y las condiciones médicas asociadas son fundamentales para orientar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

## Abstract

### Protocol for empirical treatment of oral and cervical infections

Two etiological sources of the oral infections can be defined and individualized clinically and therapeutically: odontogenic and non-odontogenic. Non-odontogenic infections exclude a dental origin; they are secondary to glandular, sinusal, postsurgical, posttraumatic, cutaneous and mucosal infections, or complications from neoplasms, branchial and dermoid cysts amongst others. Odontogenic infection originates in the tooth and periodontium; it is the most common type of infection in the head and neck region. Odontogenic infections can extend beyond natural barriers and result in potentially life-threatening complications, such as infections of the deep fascial spaces of the head and neck. An understanding of the underlying anatomic structures, the oral microflora, and associated medical conditions of the host is critical to guide appropriate diagnosis and management.

## Introducción

Las infecciones bucodentales comúnmente tienen un origen odontógeno en los adultos<sup>1</sup>. Los pacientes inmunodeprimidos tienen un riesgo potencialmente mayor de sufrir infecciones en la cavidad oral y, por tanto, en ellos se deben extremar las medidas de higiene y vigilancia<sup>2</sup>.

## Clasificación de las infecciones odontógenas de la cavidad bucal. Terapia de las mismas

En la cavidad oral, más del 80 % de las bacterias halladas en los cultivos son *Streptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Lactobacillus*, *Actinomyces* y *Corynebacterium*. Las infecciones

odontógenas que se presentan con mayor frecuencia son las que enumeramos a continuación<sup>3</sup>.

### Caries dental

Es la destrucción localizada de los tejidos dentales duros por bacterias de la placa que son productoras de ácido y capaces de crecer con un pH bajo.

### Pulpitis y absceso periapical

Tienen indicación de desbridamiento y drenaje quirúrgico complementado con antibióticos sistémicos.

### Gingivitis

Es la enfermedad periodontal más frecuente. Usualmente la encía está eritematosa y edematosa, sangra con facilidad, no hay dolor pero sí halitosis. La gingivitis ulcerativa necrosante es hoy en día poco frecuente; el paciente presenta dolor brusco en la encía y esta aparece erosionada con pseudomembranas grisáceas superficiales.

### Periodontitis

Ciertos tipos de periodontitis grave son susceptibles de terapia antimicrobiana sistémica en combinación con desbridamiento mecánico (raspado y alisado radicular).

### Infecciones odontógenas supurativas

El tratamiento es el drenaje quirúrgico y la extracción del tejido necrótico. La terapia antimicrobiana puede detener la propagación local de la infección y prevenir la bacteriemia.

La presencia de gérmenes productores de betalactamasas entre los anaerobios orales, en especial *Prevotella* spp. y *Fusobacterium* spp., hace que no se recomiende la monoterapia con penicilina. En el paciente inmunodeprimido, debemos cubrir bacilos gramnegativos (incluyendo *Pseudomonas*).

### Osteomielitis

El tratamiento antibiótico debe ser prolongado, a menudo de semanas a meses. La terapia adyuvante con oxígeno hiperbárico, si está disponible, puede acelerar el proceso de curación, sobre todo cuando se combina con la cirugía.

## Infecciones no odontógenas de la cavidad oral

Las infecciones orales no odontógenas están relacionadas con lesiones traumáticas, químicas o térmicas y se pueden asociar a casi cualquier microorganismo<sup>4</sup>. Patógenos como *Herpes simplex*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum* deben ser considerados. En pacientes con mucositis posquimioterapia-radioterapia o con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) debe valorarse la posibilidad de infecciones oportunistas orales como *Candida*, *Aspergillus*, *Mucormycosis* y gingivostomatitis herpética<sup>5</sup>.

En la figura 1 y la tabla 1 se detallan los patógenos hallados con más frecuencia en las infecciones odontógenas y el tratamiento de elección.

TABLA 1  
Tratamiento antibiótico de las infecciones bucodentales

Entidad clínica	Tratamiento
Caries dental y placa supragingival	Dentífricos con flúor e hilo dental tras cada comida. Enjuagues con clorhexidina al 0,12 %
Gingivitis	Penicilina G 2-4 MU iv/4-6 h más metronidazol 500 mg vo/8 h Amoxicilina-clavulánico 875 mg vo/12 h o 500 mg vo/8 h Ampicilina-sulbactam 1,5-3 g iv/6 h Clindamicina 450 mg vo o 600 mg iv/ 6-8 h
Gingivitis ulcerativa necrosante	Metronidazol 500 mg vo o iv/8 h Amoxicilina-clavulánico 875 mg vo/12 h o 500 mg vo/8 h Ampicilina-sulbactam 1,5-3 g iv/6 h Clindamicina 450 mg vo o 600 mg iv/6-8 h
Periodontitis juvenil localizada	Doxiciclina 200 mg vo o iv/12 h (solo en > 8 años) Metronidazol 500 mg vo o iv/8 h
Periodontitis del adulto	Minociclina tópica, doxiciclina topica
Infecciones de los tejidos aponeuróticos	Ampicilina-sulbactam 3 g iv/6 h o Penicilina G 2-4 MU iv/4-6 h más Clindamicina 600 mg iv/6-8 h o Metronidazol 500 mg iv o vo/8 h o Cefoxitina 1-2 g iv/6 h o Moxifloxacino 400 mg iv o vo/24 h
Infecciones de los tejidos aponeuróticos en inmunodeprimidos	Piperacilina-tazobactam 4,5 g iv/6 h Imipenem 500 mg iv/6 h Meropenem 1 g iv/8 h Cefepime 1-2 g iv/12 h más Clindamicina 600 mg iv/6-8 h o metronidazol 500 mg iv o vo/8 h Tigeciclina 100 mg iv 1ª dosis, luego 50 mg iv/24 h más: clindamicina 600 mg iv/6-8 h o metronidazol 500 mg iv o vo/8 h Ciprofloxacino 400 mg iv/12 h o aminoglucósido
Lesiones ulcerosas herpéticas	Aciclovir 200 mg vo/5 veces al día durante 7 días o Valaciclovir 1 g vo/12 h 7 días
Múltiples con riesgo sexual	Penicilina
Candidiasis	Derivados imidazólicos tópicos y sistémicos o caspofungina iv

iv: vía intravenosa; vo: vía oral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809393>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809393>

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