



PATOLOGÍA DEL MACIZO FACIAL Y CAVIDAD ORAL

Coordinadores:

Lesbia Esther Herrera Grimaldos

Eduardo González Cardero

PATOLOGÍA DEL MACIZO FACIAL Y CAVIDAD ORAL	1
501 – EXPLORACIÓN MAXILOFACIAL	2
502 – LESIONES TRAUMÁTICAS DEL MACIZO FACIAL	11
503 – LESIONES Y TUMORES DE LA CAVIDAD ORAL.....	22
504 – PROCESOS INFECCIOSOS E INFLAMATORIOS OROFACIALES	31

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-56881-9

Copyright © 2024 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

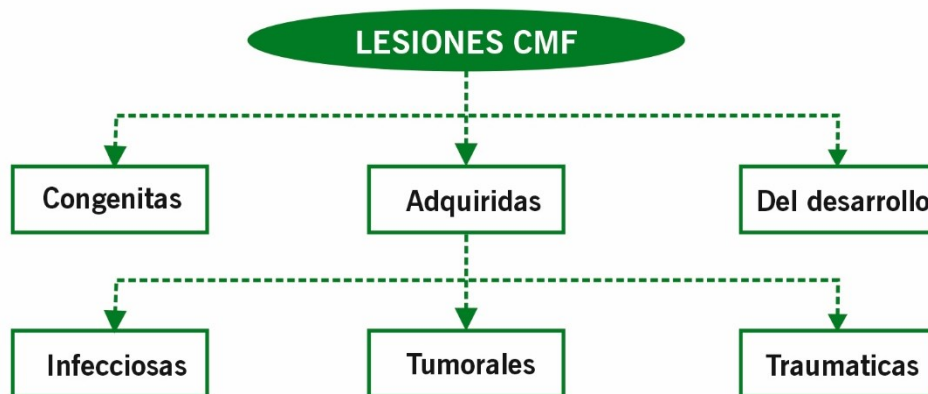
501 – EXPLORACIÓN MAXILOFACIAL

*Herrera Grimaldos, Lesbia Esther
Fernández-Fígares Conde, Lucas
González Cámara, Matías*

INTRODUCCIÓN

Conscientes de la dificultad que trae para el médico de urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) el manejo y conducta al momento de atender al paciente que acude por patología maxilofacial según los protocolos aplicados, realizamos una guía para la exploración y lenguaje de la patología Oro-maxilofacial como introducción que dé utilidad al momento de decidir actuaciones médicas con este tipo de patologías.

Es útil clasificar a grosso modo las lesiones abarcadas por la Especialidad de Cirugía Maxilofacial y comprender dentro de ellas cuáles son las más frecuentemente valoradas en el Servicio de Urgencia.

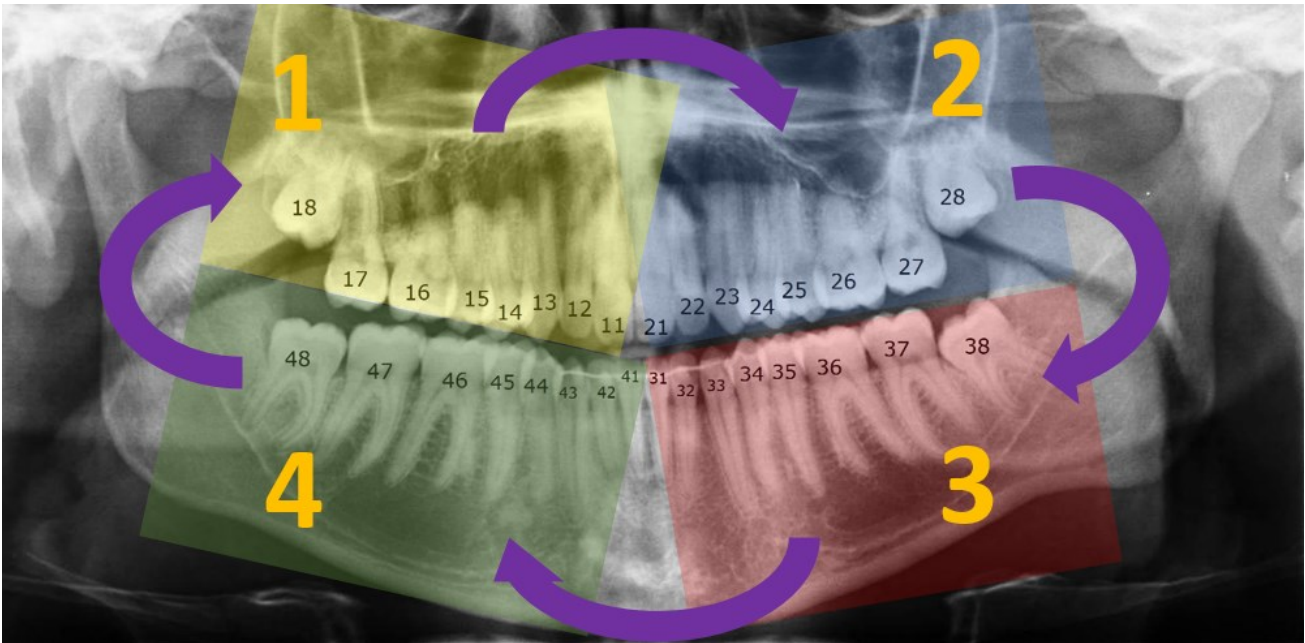


En las lesiones adquiridas más frecuentemente evaluadas en la urgencia de trauma (infecciosa, tumoral y traumática) para un adecuado manejo del paciente es importante:

1. Localizar las partes anatómicas, para su interpretación en imágenes radiológicas, de ayuda para definir el manejo.
2. Utilizar un lenguaje descriptivo adecuado para orientar radiológicamente las posibilidades diagnósticas de dichas lesiones.

Por ello, introducimos una guía visual de ejemplificación anatómica, así como los puntos a describir en estas.

Guía visual de enumeración de las piezas dentales:

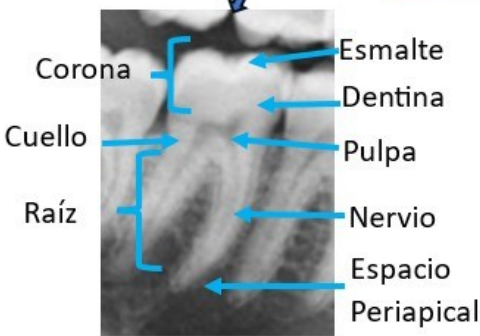
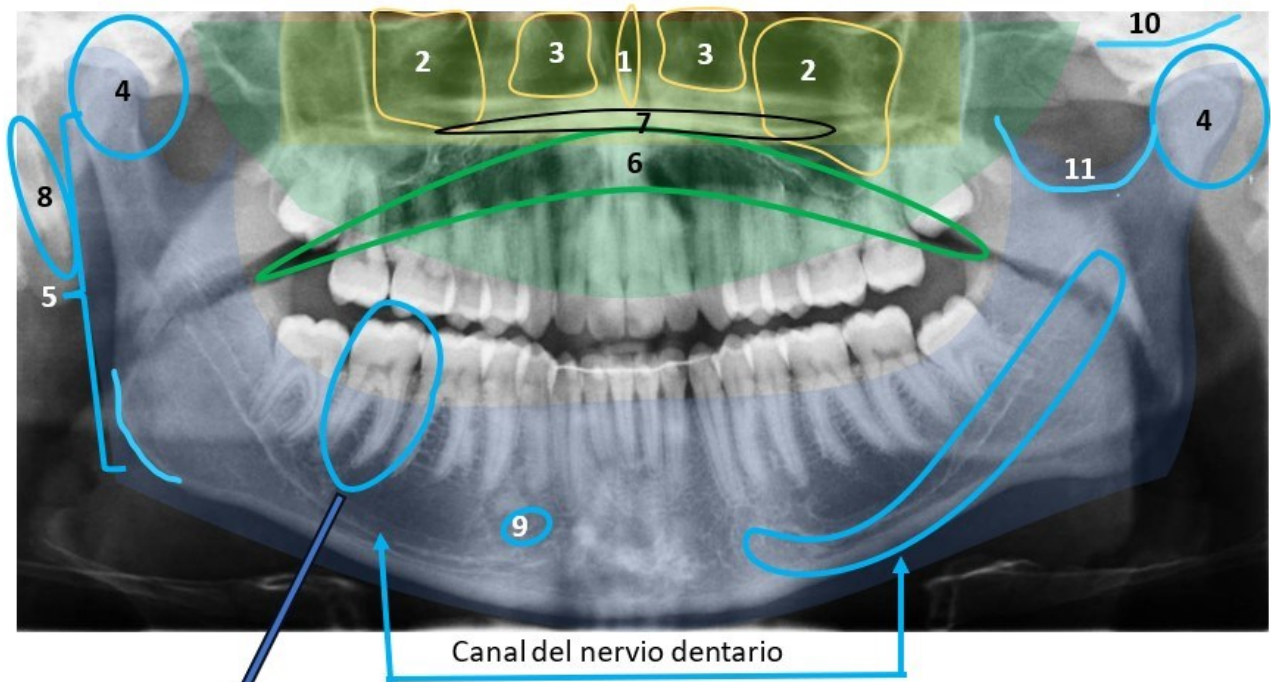


Es útil conocer la parte de la pieza dental que está afectada, en especial porque la patología más frecuentemente encontrada en los dientes es la caries y su clasificación según su profundidad está más relacionada a la posibilidad de complicaciones maxilofaciales eso requiere conocer las diferentes partes de cada pieza dental que se presentaran más adelante en la próxima guía visual, según la profundidad las caries son:

GRADO	DESCRIPCIÓN
1	Afectan el esmalte suele ser extensa pero poco profunda
2	Afectan esmalte y dentina, una vez en la dentina la carie evoluciona muy rápido
3	Afectan esmalte, dentina y pulpa con consecuente inflamación y dolor
4	Necrosis pulpar, sin dolor pero puede complicarse
5	Radicular, cemento expuesto y reducción gingival

El estudio de elección para las lesiones de origen odontológico es la **Ortopantografía (OPG)**.

Guía visual para reconocer elementos anatómicos básicos en la ortopantografía:



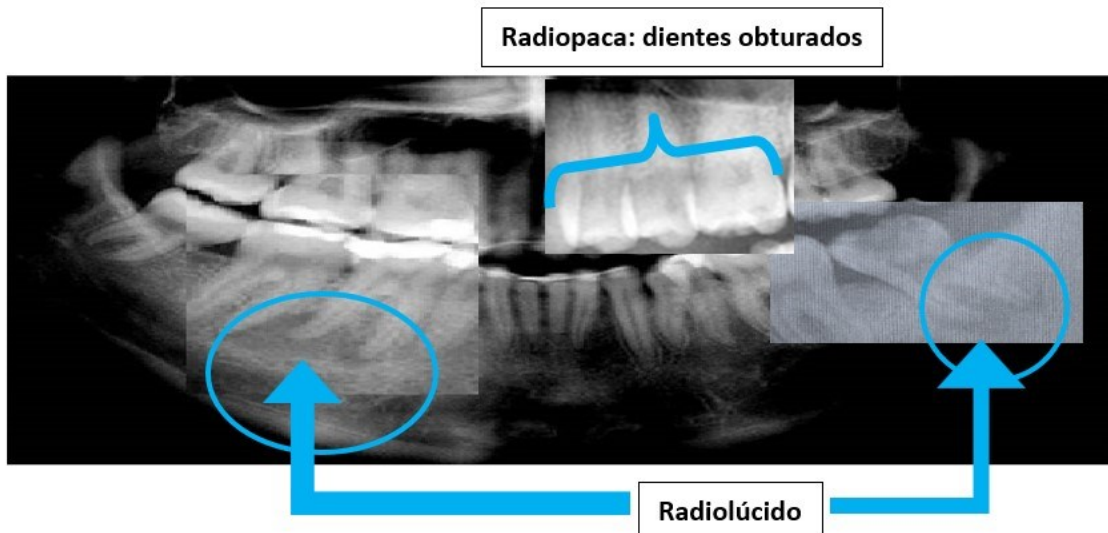
- 1. Tabique
- 2. Seno Maxilar
- 3. Cornetes
- 4. Cóndilo en su cavidad glenoidea
- 5. Rama ascendente mandibular con su ángulo

- 6. Oro-faringe
- 7. Paladar duro
- 8. Apófisis Estiloides
- 9. Agujero mentoniano
- 10. Arco Cigomático
- 11. Escotadura sigmoidea

Una vez reconocido el sitio anatómico de la afección hay que determinar las características radiológicas que conducirán al diagnóstico, tomando en consideración los siguientes parámetros:

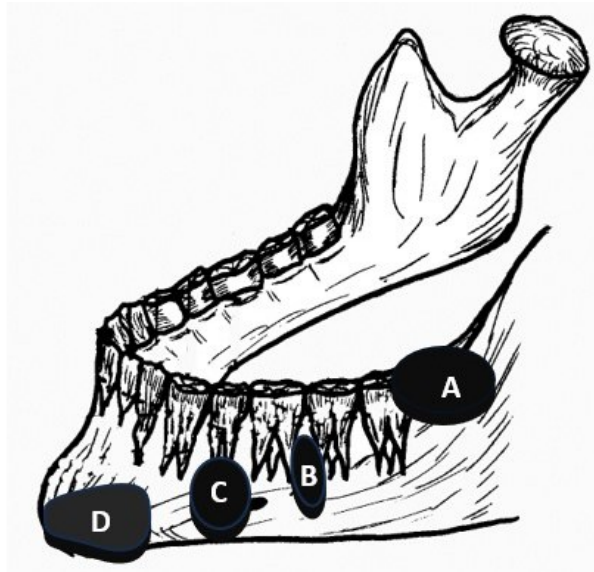
1. Radiodensidad:

- Radiolúcidas (infecciosas agudas o crónicas, quísticas, traumáticas, y tumorales)
- Radiopacas (calcificaciones, cuerpos extraños, lesiones óseas internas)
- Mixtas como combinación de las anteriores.



2. Localización y origen anatómico: odontógenos y no odontógenos

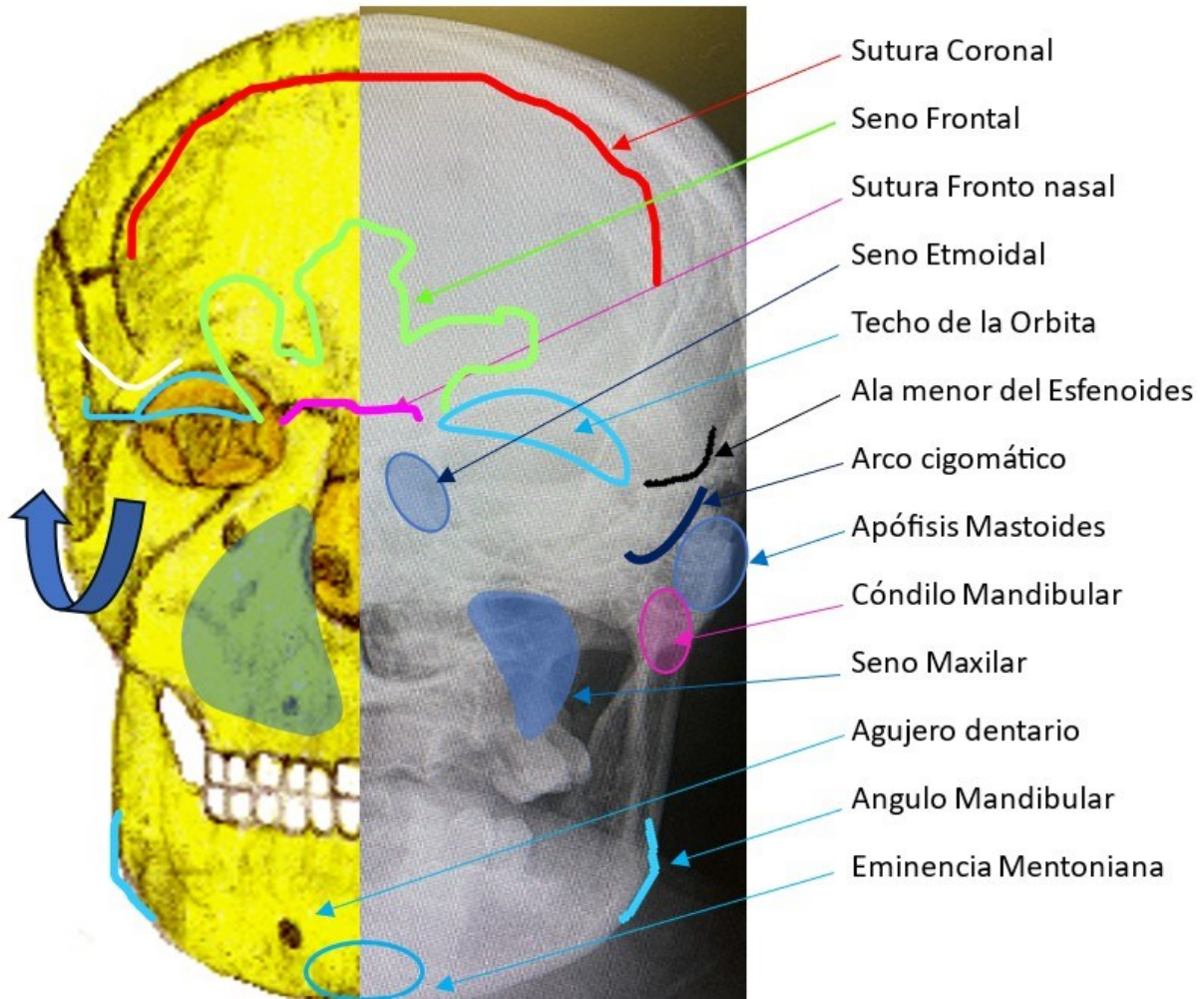
- A. Asociado a la corona
- B. Interradicular
- C. Asociado al ápice
- D. No asociado a diente



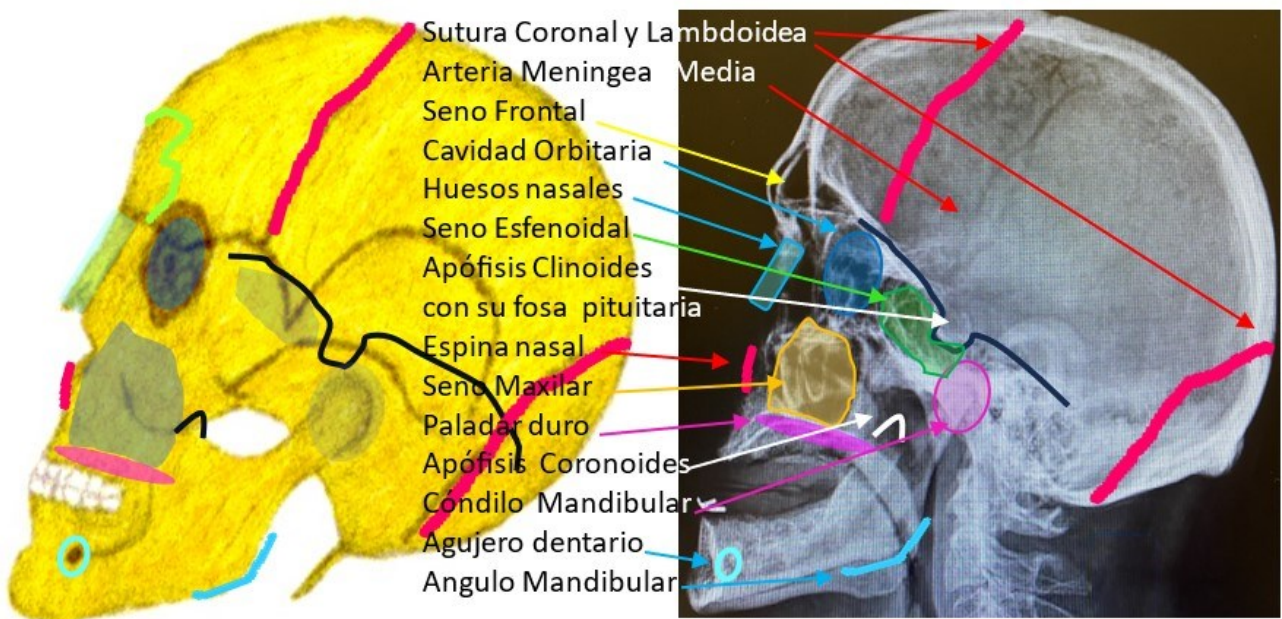
- 3. Bordes: definidos o difusos
- 4. División: unilocular o multilocular
- 5. Forma e invasión
- 6. Tamaño
- 7. Número de lesiones

La importancia de esta descripción está en reconocer lesiones agudas o crónicas o benignas y malignas, por ejemplo, en lesiones bien localizada, de bordes bien definidos y no invasivos suele asociarse con un crecimiento lento y tratarse de lesiones benignas, en cambio las lesiones mal localizadas, de bordes mal definidos e invasivo sugiere un crecimiento más acelerado y puede tratarse de lesiones malignas.

Partes anatómicas en una Rx de cráneo AP



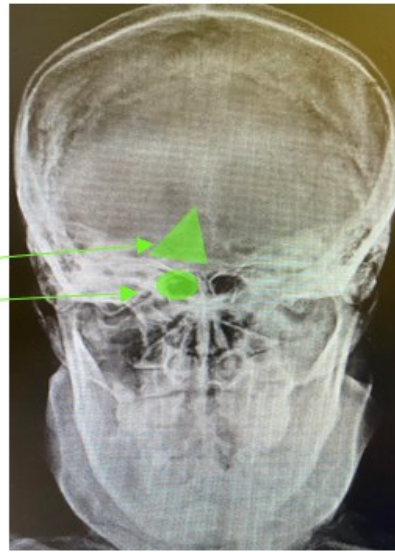
Partes anatómicas en una Rx de cráneo Lateral





Otras proyecciones útiles cuando se requiere observar la posibilidad de lesiones en determinado tipo de patologías:

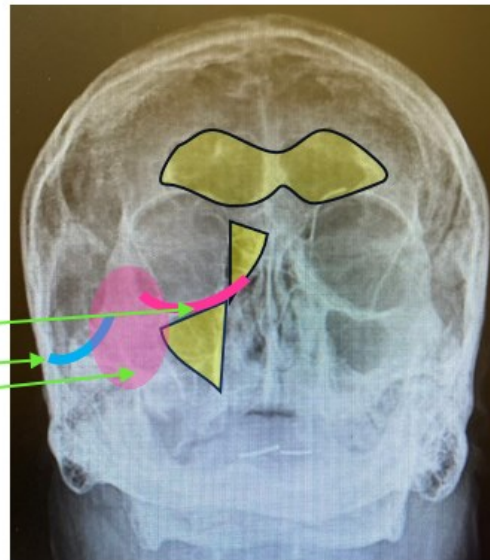
CALDWELL: Proyección PA de senos paranasales y es útil si la sospecha de la lesión es en senos frontales y etmoidales



WATERS:

- * Parietoacantial con boca abierta, útil si quiere verse lesión de senos etmoidales y esfenoidales
- * Parietoacantial con boca cerrada, útil si la sospecha de lesión es en senos maxilares, además se puede observar en esta proyección

Suelo de la órbita,
Arco cigomático
Hueso malar

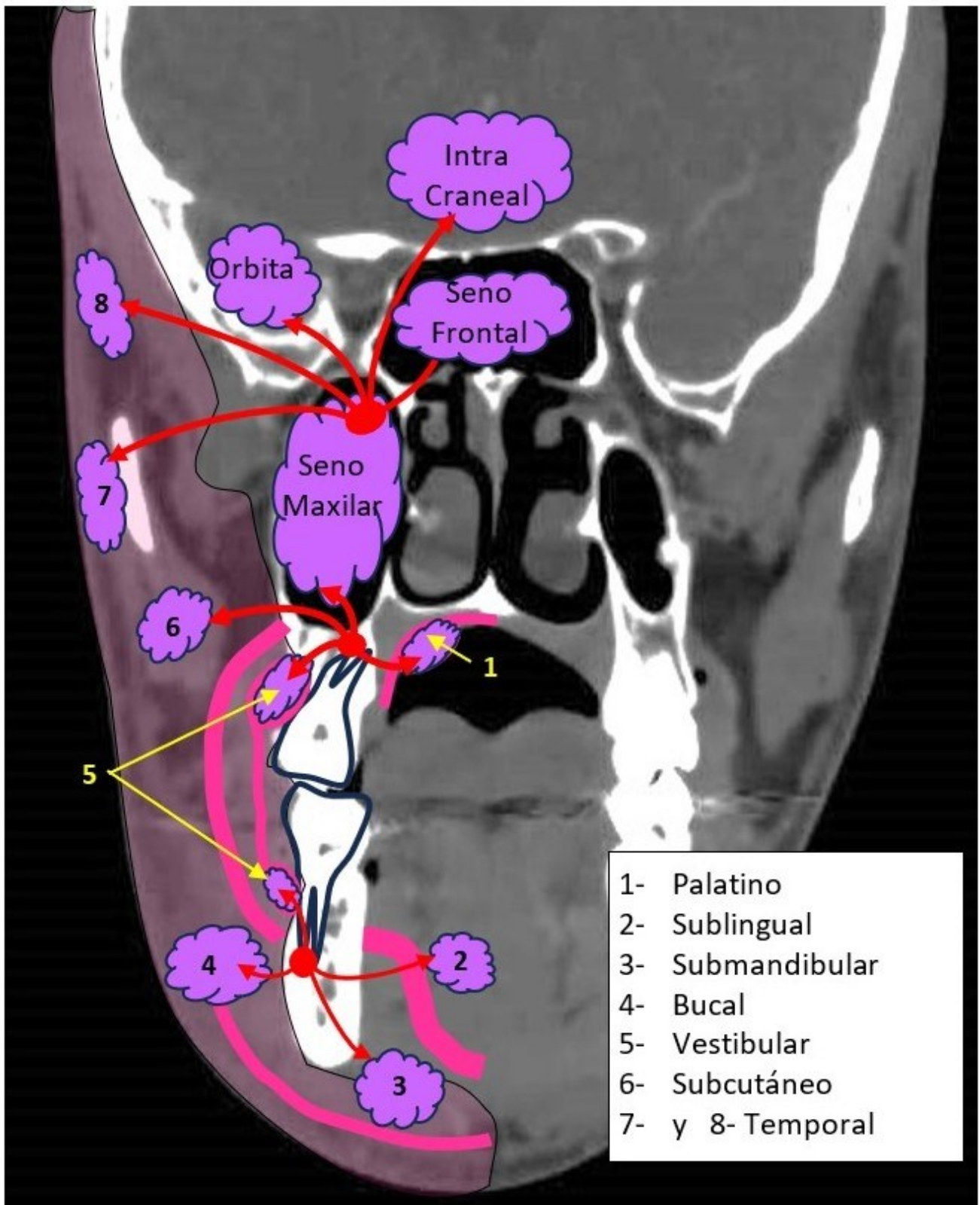


HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ



HIRTZ: También llamada **submentovertical** es útil para ver la base de cráneo, tabique nasal, mandíbula, arcos cigomáticos, porción petrosa temporal.

Estas proyecciones donde se observan senos es muy útil ante sospecha de diseminación infecciosa para lo cual es importante conocer de los sitios y vías de diseminación:





Esperamos que este capítulo sirva de consulta en la orientación y manejo de casos en general de los pacientes con sospecha de patología relacionada con la Cirugía Maxilofacial y para profundizar en los protocolos de actuación específicos en nuestro Hospital (HUVR) y en los cuales, esperamos, se podrán aplicar las guías visuales anteriormente presentadas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Dominguez Moralobo, R. A, Vazquez Blanco, E. Zamora León I. La Ortopantografía como medio útil en las afecciones dentomaxilofaciales, Ciencias biomédicas Cibamanz 2021 Segundo Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Ganma. Manzanillo. Cuba.
2. García Díaz, D. H., Radiología Maxilofacial en Anatomía Aplicada. Universidad Publica de Valencia Facultad de Odontología.
3. Gavala S, Donta C, Tsiklakis K, Boziari A, et.al. Radiation dose reduction in direct digital panoramic radiography. Eur J Radiol. 2009; 71: 42-48.
4. Herrera Grimaldos, L. E. Anatomía General para la Practica Profesional de la Enfermería, Fundación Universitaria Cecilio Acosta, Editorial Tercer Milenium, 2003. Venezuela
5. Pasler FA. Técnica Radiográfica en la Ortopantomografía. En: Pasler FA, editor. Atlas de radiología odontológica. Barcelona: Masson-Salvat; 1992. p.9-24.
6. Paz Gallardo, C , Celis Contreras, C, Schilling Quezada, A. et. al. Aporte de la radiología oral y maxilofacial al diagnóstico clínico. Avances en Odontoestomatología.
7. Ramón Fuentes, A., Arias Borie-Echevarría, E. Panoramic Radiographs: An Invaluable Tool for the Study of Bone and Teeth Components in the Maxillofacial Region . Versión On-line, vol.35 no.2 Madrid. 2019

IMÁGENES

Fotografía, Dibujos, Edición y Montaje: Herrera Grimaldos, Lesbia Esther.



502 – LESIONES TRAUMÁTICAS DEL MACIZO FACIAL

González Cámara, Matías
 Vera Martín, Ramón
 González Cardero, Eduardo

PARTE I: TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES Y COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS

A) TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

DEFINICIÓN: Los traumatismos dentoalveolares (TDA) se definen como lesiones derivadas de un impacto agresivo sobre las estructuras biológicas dentales y adyacentes. Prevalencia del 10-47%. Sexo masculino (2:1).

En la **historia clínica** hay tener en cuenta el **tipo de dentición** (en niños: temporal o definitiva) y **tiempo** transcurrido desde el traumatismo (en las avulsiones se considera factible la reimplantación del diente en las 2 primeras horas). Además, el **medio de transporte** (la saliva, sangre, suero salino o leche) y **lugar del traumatismo** (grado de contaminación).



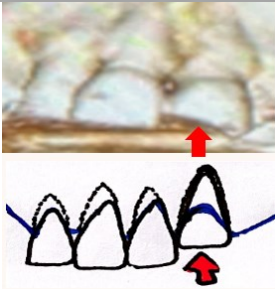
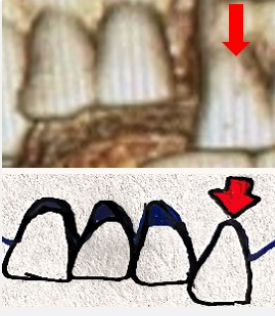

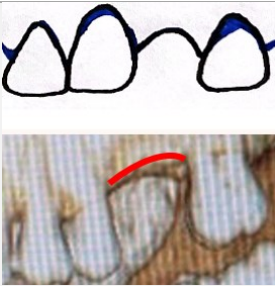
En la **exploración** es importante valorar la oclusión y el grado de movilidad dental.

Pruebas complementarias en servicio de urgencias: la Ortopantomografía (OPG).

SIGNOS, SÍNTOMAS, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	DEFINICIÓN	ESQUEMA	EXPLORACIÓN	RX	TRATAMIENTO
LESIONES DE LOS TEJIDOS DÚROS Y DE LA PULPA					
Infracción Coronaria	Fractura incompleta sin pérdida de parénquima dental		Anodina	No necesaria OPG	Dieta blanda Analgesia Odontólogo
Fractura Coronaria No complicada	Fractura completa que afecta a esmalte y dentina. Sin exposición pulpar		Fractura de corona sin exposición pulpar	OPG	Dieta blanda Analgesia Odontólogo
Fractura Coronaria Complicada	Fractura completa que afecta a esmalte y dentina. Exposición pulpar		Fractura de corona con exposición pulpar	OPG	Dieta blanda Analgesia ATB* Odontólogo
Fractura Radicular	Solución de continuidad a nivel radicular que afecta a dentina, cemento y pulpa		Descenso dentario con movilidad leve	OPG	Dieta blanda Analgesia ATB* Odontólogo



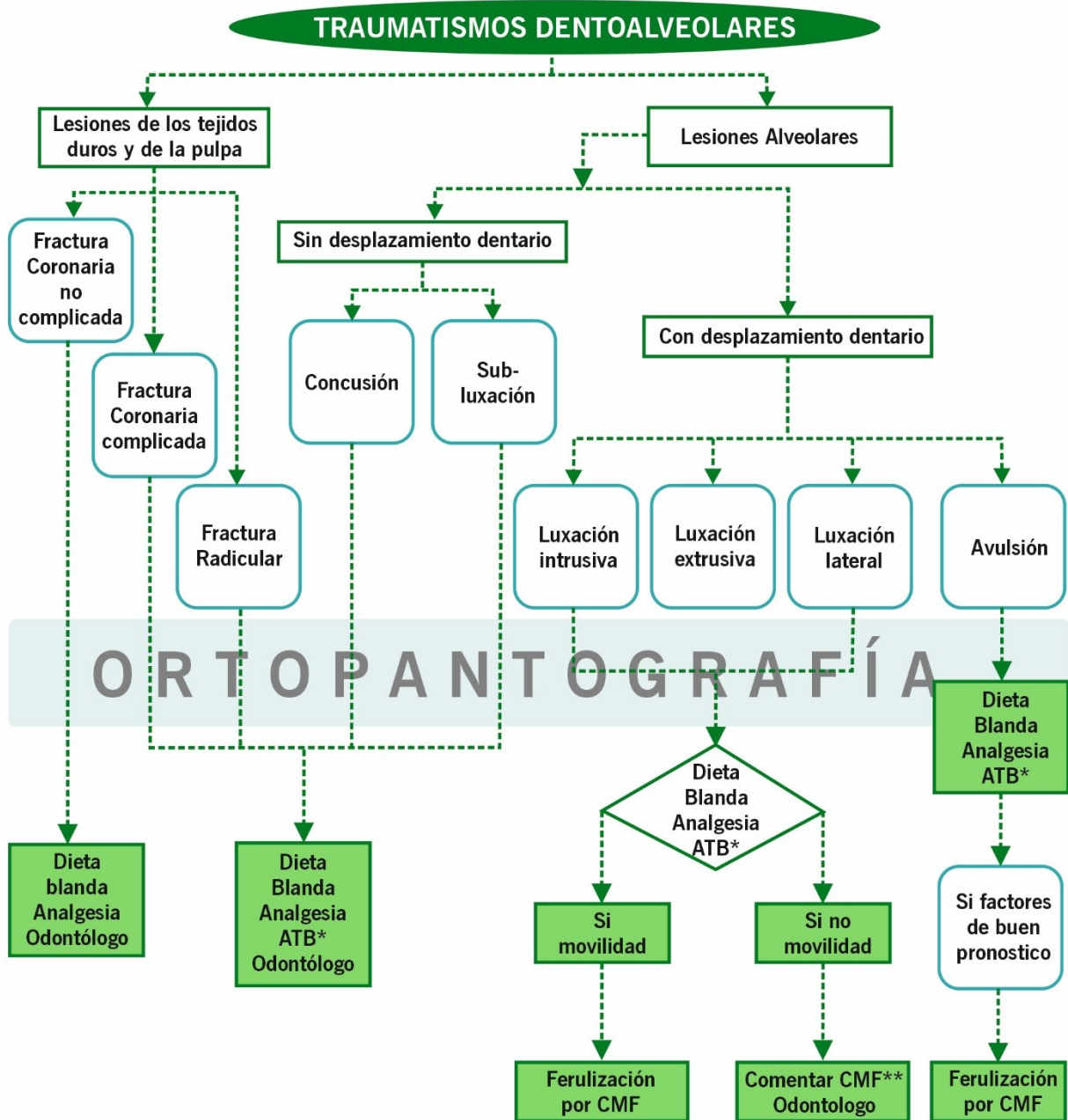
DEFINICIÓN	ESQUEMA	EXPLORACIÓN	RX	TRATAMIENTO
LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES (SIN DESPLAZAMIENTO DENTARIO)				
Concusión	Lesión de estructuras de sostén sin aflojamiento ni movilidad		No se aprecia sangrado gingival	OPG Dieta blanda Analgésia ATB*
Subluxación	Lesión de estructuras de sostén con aflojamiento		Se puede apreciar sangrado gingival	OPG Dieta blanda Analgésia ATB* Odontólogo
LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES (CON DESPLAZAMIENTO DENTARIO)				
Luxación intrusiva	Desplazamiento del diente dentro del alveolo. Conminución/fractura del alveolo		Se aprecia la impactación del diente dentro del alveolo	OPG Analgésia Dieta blanda ATB* Odontólogo
Luxación extrusiva	Desplazamiento parcial del diente fuera de su alveolo		Desplazamiento del diente hacia fuera.	OPG Analgésia Dieta blanda ATB* Ferulización por CMF si gran movilidad. Si no es así, tratamiento por Odontólogo**
Luxación lateral	Desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial		Desplazamiento del diente en direcciones laterales	OPG Analgésia Dieta blanda ATB* Ferulización por CMF si gran movilidad. Si no es así, tratamiento por Odontólogo**
Avulsión	Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo		Ausencia del diente en alveolo	OPG Limpieza Control de hemorragia ATB* Ferulización por CMF si factores de buen pronóstico***

***ATB:** Antibioterapia con el objetivo de cubrir complicaciones. Referirse al Capítulo de infecciosas.

****Comentar con CMF:** dependerá de los antecedentes del paciente y el contexto del traumatismo.

*** **Criterios Favorables:** Tiempo menor de 1h, medio de transporte adecuado y buena salud dental

ALGORITMOS DE MANEJO Y ACTUACIÓN EN TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

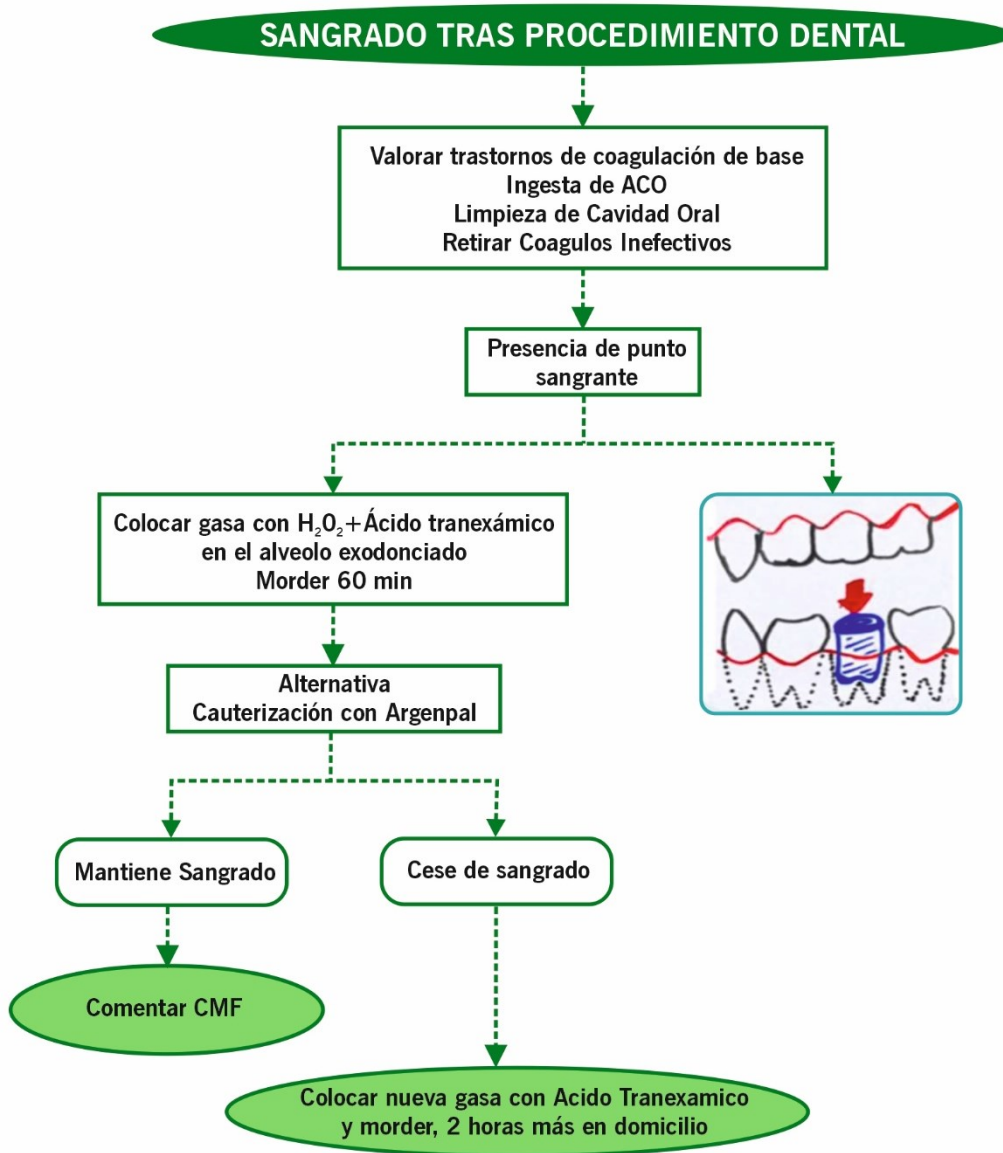


***ATB**: Antibioterapia con el objetivo de cubrir complicaciones. Referirse al Capítulo de Infecciosas

****Comentar con CMF**. Dependerá de los antecedentes del paciente y el contexto del traumatismo

B) OTRAS COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS. SANGRADO TRAS PROCEDIMIENTO DENTAL

La hemorragia después de un procedimiento dental/exodoncia es una complicación común. Se considera normal la presencia de restos sanguíneos en la saliva hasta 8-12 horas después.





PARTE II: TRAUMATISMOS FACIALES. LESIONES DE PARTES BLANDAS Y FRACTURAS FACIALES

DEFINICIÓN

El trauma maxilofacial es aquel que compromete tanto partes blandas como óseas de la región facial y ocurre en aproximadamente el 10% de los politraumatizados.

Tendremos que diferenciar entre trauma de partes blandas y trauma del esqueleto facial que se pueden presentar en solitario o en combinación.

A) Traumatismo Partes Blandas:

Heridas faciales que suponen solución de continuidad. En las urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) serán subsidiarias de tratamiento por Cirugía Oral y Maxilofacial (CMF) las siguientes:

- Aquellas que ocupen a la mucosa intraoral.
- Aquellas que ocupen la parte externa oral comprometiendo al bermellón (labio rojo).
- Aquellas que se consideren transfixiantes entendiendo como transfixiante la que comunica en el mismo trayecto la cavidad oral con la piel.

B) Traumatismo Esqueleto Facial

El resultado del traumatismo en el esqueleto facial tendrá como consecuencia una Fractura Facial.

SIGNOS, SÍNTOMAS, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

TIPO DE FX	DEFINICIÓN	EXPLORACIÓN	IMAGEN	SIGNOS DE ALARMA	ACTITUD / TRATAMIENTO
TERCIO SUPERIOR					
Frontal Afectan al hueso frontal. Importante descartar la afectación del muro posterior y su posible relación con fístula LCR		Valorar hundimiento	TAC s/cte cara y cráneo	Si afectación muro posterior contactar con NC Si hundimiento evidente contactar con CMF	Si no desplazamiento ni hundimiento evidente puede ser ALTA ATB* Evitar Valsalva**
Suelo órbita Comprometen el suelo orbitario. Importante el posible compromiso del Músculo Recto Inferior		Valorar: <ul style="list-style-type: none"> • Apertura ocular • Restricción en movilidad ocular • Diplopia • Enoftalmo 	TAC s/cte cara y cráneo	Si gran contenido herniado, diplopia o enoftalmo evidente contactar con CMF	Si no desplazamiento ni diplopia o enoftalmo evidente puede ser ALTA. ATB* Evitar valsalva** Avisar epistaxis



Paredes lateral y medial

Paredes orbitarias distintas al suelo. No suelen comprometer musculatura pero es importante descartarlo



- Valorar:
- Apertura ocular
 - Restricción en movilidad ocular
 - Diplopia
 - Enoftalmo

TAC s/cte cara y cráneo

Si gran contenido herniado, diplopia o enoftalmo evidente contactar con CMF

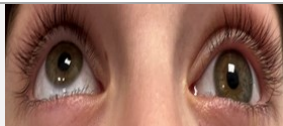
Si no desplazamiento ni diplopia o enoftalmo evidente puede ser ALTA

ATB*
Evitar Valsalva**

Avisar epistaxis

Reborde orbitario inferior / superior

Compromete a los rebordes orbitarios sin comprometer sus paredes



- Valorar:
- Función ocular como en las anteriores.
 - Hundimiento o escalón óseo con repercusión estética

TAC s/cte cara y cráneo

Diplopia Hundimiento o escalón con repercusión estética evidente

Si no signos de alarma, desplazamiento ni hundimiento evidente puede ser ALTA

ATB*
Evitar Valsalva**

TERCIO MEDIO

NOE (Huesos Propios aislados es de manejo por CP)

Fracturas del complejo naso-orbito-etmoidal



- Valorar:
- Función ocular
 - Repercusión nasal
 - Aumento de la distancia entre canto interno ocular y raíz nasal

TAC s/cte cara

Si importante conminución nasal así como desplazamiento de la distancia cantal contactar con CMF

Si no desplazamiento ni hundimiento evidente puede ser ALTA.

ATB*
Evitar Valsalva**

Cigomática (malar)

Fracturas del malar. Pueden comprometer a varios arbotantes del malar



- Valorar:
- Hundimiento en la zona
 - Apertura oral.





TAC s/cte cara

Si hundimiento con defecto estético o limitación apertura oral contactar con CMF Fracturas tetrapódicas suelen ser quirúrgicas, contactar con CMF


Si no desplazamiento ni hundimiento evidente puede ser ALTA.

ATB*
Evitar Valsalva**
Dieta triturada
Evitar golpear la zona



<p>Arco Cigomático</p> <p>Fracturas de arco cigomático</p>		<p>Valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hundimiento / escalón evidente en la zona Apertura oral 	<p>TAC s/cte cara</p>	<p>Si hundimiento con defecto estético o limitación apertura oral contactar con CMF</p>	<p>Si no desplazamiento ni hundimiento evidente puede ser ALTA.</p> <p>ATB* Evitar valsalva** Dieta triturada Evitar golpear la zona</p>
<p>Paredes antro/seno maxilar</p> <p>Fracturas que comprometen a las paredes de seno maxilar</p>		<p>Valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de otras fracturas asociadas Estas fracturas de manera aislada no representan patología destacable 	<p>TAC s/cte cara</p>	<p>Si hundimiento con defecto estético o limitación apertura oral contactar con CMF</p>	<p>Si no desplazamiento ni hundimiento evidente puede ser ALTA.</p> <p>ATB* Evitar valsalva** Avisar epistaxis</p>
<p>Maxilar tipo lefort</p> <p>Fracturas del complejo maxilar con fractura de apófisis pterigoides</p>		<p>Valorar</p> <ul style="list-style-type: none"> Oclusión apertura oral Movilidad del complejo maxilar. Signos de la pinza positivo (Si existe movilidad maxilar al manipular desde la zona incisal) 	<p>TAC s/cte cara</p>	<p>Si maloclusión, desplazamiento o importante movilidad, contactar con CMF</p>	<p>Si no desplazamiento ni maloclusión evidente puede ser ALTA.</p> <p>ATB* Dieta triturada</p>
<p>TERCIO INFERIOR MANDIBULARES</p>					
<p>Cuerpo Mandibular:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sínfisis / Parasínfisis Cuerpo Ángulo <p>Fracturas que comprometen a cualquier zona de la mandíbula</p>		<p>Valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oclusión y apertura Movilidad de fragmentos mandibulares 	<p>OPG Si dudas TAC s/cte cara</p>	<ul style="list-style-type: none"> Maloclusión Limitación apertura Tumefacción 	<p>Comentar con CMF. Subsidiaria de IQx</p> <p>ATB* Dieta triturada</p>

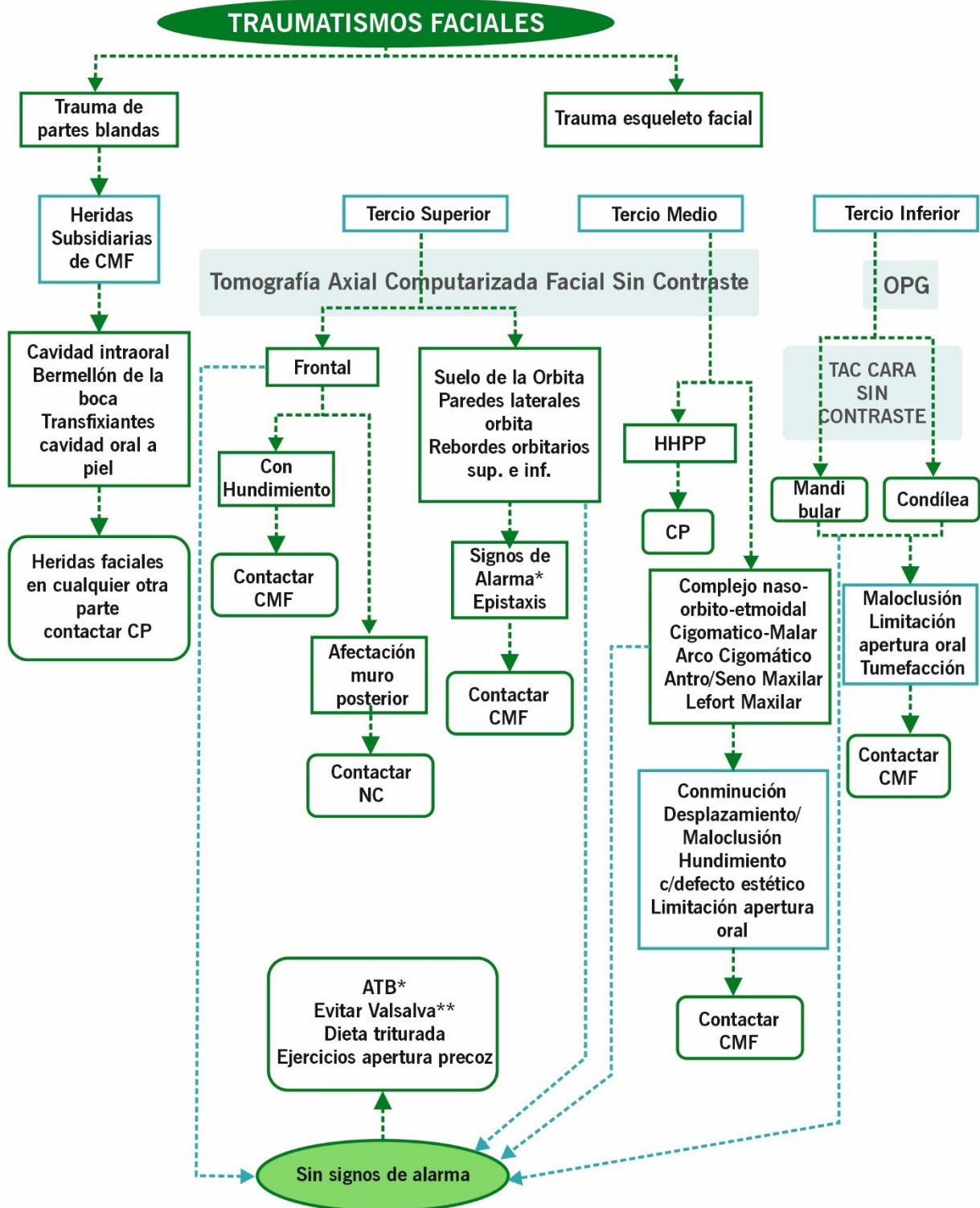


<p>Condíleas</p> <p>Fracturas que comprometen a la zona condílea</p>		<p>Valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oclusión y apertura oral <p>(En ocasiones si no se aprecia en imagen pero la maloclusión es evidente debemos sospechar de este tipo de fractura)</p>	<p>OPG</p> <p>Si dudas valorar TC Facial sin cte</p>	<ul style="list-style-type: none"> Maloclusión Limitación apertura Tumefacción 	<p>Si desplazamiento importante o maloclusión comentar con CMF</p> <p>Si no maloclusión y buena apertura pueden ser ALTA</p> <p>ATB* Dieta triturada Ejercicios apertura precoz</p>
---	---	--	--	---	---

***ATB**: Antibioticos según Capitulo de Infecciosas

****Evitar maniobra de Valsalva**: importante avisar a paciente para evitar maniobras como toser, coger peso, estornudar o sonarse la nariz.

ALGORITMO DE MANEJO DE TRAUMA FACIAL



*ATB: referirse al Capítulo de infecciones odontógenas

**Signos de Alarma en fracturas del tercio superior:

- Gran contenido herniado
- Restricción de la Movilidad
- Cierre de la apertura ocular
- Diplopía
- Enoftalmo



GLOSARIO DE SIGLAS

ATB: Antibiótico

CP: Cirugía Plástica

HHPP: Huesos propios de la nariz

LCR: Líquido Céfal Raquídeo

NC: Neurocirugía

OPG: Ortopantografía

TAC s/cte: Tomografía Axial Computarizada sin contraste



BIBLIOGRAFÍA

1. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the teeth. 5th edition. Wiley Blackwell. 2018.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. *Pediatr Dent*. 2015; 37 (special issue): 71-5.
3. Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo para el Manejo y Tratamiento de los Traumatismos en Dentición Temporal y Permanente. 2011.
4. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aus Dent J*. 2016; 61: 4-20. Doi: 19.1111/adj. 12395.
5. Born CD, Jackson TH, Koroluk LD, Divaris K. Traumatic dental injuries in preschool-age children: Prevalence and risk factors. *Clin Exp Dent Res*. 2019; 5: 151-9. Doi: 10.1002/cre2. 165. eCollection 2019 Apr.
6. Flores, M.T., L. Andersson, J.O. Andreasen, L.K. Bakland, B. Malmgren, F. Barnett, C. Bourguignon, A. DiAngelis, L. Hicks, A. Sigurdsson, M. Trope, M. Tsukiboshi & T. Von Arx. 2007. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. *Dental Traumatology* 23:196-202.
7. Kumbargere Nagraj S, Prashanti E, Aggarwal H, Lingappa A, Muthu MS, Kiran Kumar Krishanappa S, Hassan H. Interventions for treating post-extraction bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD011930. DOI: 10.1002/14651858.CD011930.pub3

IMÁGENES

Fotografía y Dibujos de: Matías González Cámara.
Edición y Montaje de: Herrera Grimaldos Lesbia Esther



503 – LESIONES Y TUMORES DE LA CAVIDAD ORAL

Vera Martín, Ramón
González Cámara, Matías
González Cardero, Eduardo

DEFINICIÓN

Dentro de estas alteraciones existen lesiones benignas, premalignas y malignas. La importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial en urgencias se fundamenta en que muchas de estas lesiones tienen un seguimiento conservador, pero hay otras, premalignas o malignas, en las que un diagnóstico de sospecha certero conlleva a un tratamiento precoz de las mismas.

Es importante que no caigamos en el error de realizar una exploración basada simplemente en la que paciente simplemente nos abra la boca. Estas lesiones pueden darse en cualquier localización de la boca y a veces pueden coexistir lesiones benignas con lesiones sospechosas.

Por ello es importante una exploración clínica sistemática y detallada, que incluya la lengua, el suelo de boca, paladar, mucosa yugal, pilares amigdalinos, encías vestibulares y linguales, y mucosas de fondo de vestíbulos labiales.

Como norma general, una **lesión oral que, tras eliminar los posibles agentes causales, se mantiene por más de 3-4 semanas sin mejoría**, debe ser valorada por un especialista. Aun así, debemos saber reconocer lesiones que no presentan, a priori, riesgo de malignidad.

DATOS DE ALARMA DE LESIONES ORALES

- Lesión sangrante.
- Bordes irregulares.
- Policromía (eritroleucoplasia).
- Rápido crecimiento.
- Adherencia a planos profundos.
- Sobreinfección bacteriana.
- Dolor refractario a analgésicos de primer escalón.
- Pérdida de peso.
- Anestesia de hemilengua o hemilabio.
- Trismus (por infiltración de musculatura masticatoria)

CLASIFICACIÓN

Como objeto de este capítulo de consulta de Urgencias clasificaremos las lesiones de la mucosa oral en benignas, premalignas, y malignas. Se presentarán las lesiones orales por las que más frecuentemente acuden los pacientes a urgencias y se expondrán una serie de imágenes de cada una de ellas que representen la patología atendida.

LESIONES BENIGNAS

- Fibroma
- Torus
- Papiloma
- Granuloma piógeno
- Línea alba yugal y Lengua dentada
- Candidiasis
- Mucoceles
- Aftas recidivantes
- Liquen plano reticular

LESIONES PREMALIGNAS





- Leucoplasia
- Eritroleucoplasia
- Liquen plano erosivo
- Candidiasis crónica

LESIONES MALIGNAS

- Carcinoma epidermoide
- Tumores derivados de glándula salival







SIGNOS, SÍNTOMAS, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	SIGNOS / SÍNTOMAS	GUÍA DIAGNÓSTICA VISUAL	DIAGNÓSTICO	MANEJO
LESIONES BENIGNAS DE LA MUCOSA ORAL				
FIBROMA	<p>Son los tumores más frecuentes de la mucosa oral.</p> <p>Provocados por una reacción fibromatosa a un estímulo repetido</p>		<p>Preguntar por traumatismos repetidos o por hábitos parafuncionales como el de succión (diapneusia).</p>	<p>No requieren valoración por CMF en urgencias.</p> <p>Derivar a su MAP.</p>
TORUS	<p>Excrecencias óseas de crecimiento lento que aparecen en la cara medial de la mandíbula y en el paladar.</p>		<p>Clínico por exploración palatina y en suelo de boca.</p> <p>Preguntar por mal ajuste de prótesis.</p>	<p>No requieren valoración por CMF en urgencias.</p> <p>Derivación a su MAP.</p>
PAPILOMAS	<p>Tumores pequeños, de color blanco, a veces con aspecto de coliflor y pueden ser sésiles.</p>		<p>Evaluar en el resto de la boca.</p> <p>Preguntar si molestan</p> <p>No se han descrito malignizaciones</p>	<p>No requieren valoración por CMF de urgencia.</p> <p>Derivar a su MAP</p>
LÍNEA ALBA YUGAL Y LENGUA DENTADA	<p>Son lesiones por impronta dental de la línea oclusal sobre la lengua o por hábito de mordisqueo de la mucosa yugal.</p>		<p>Valorar sitios de roce con la lengua y preguntar hábitos de mordisqueo.</p>	<p>No requiere valoración por CMF de urgencia.</p> <p>Insistir en eliminar el mal hábito.</p>

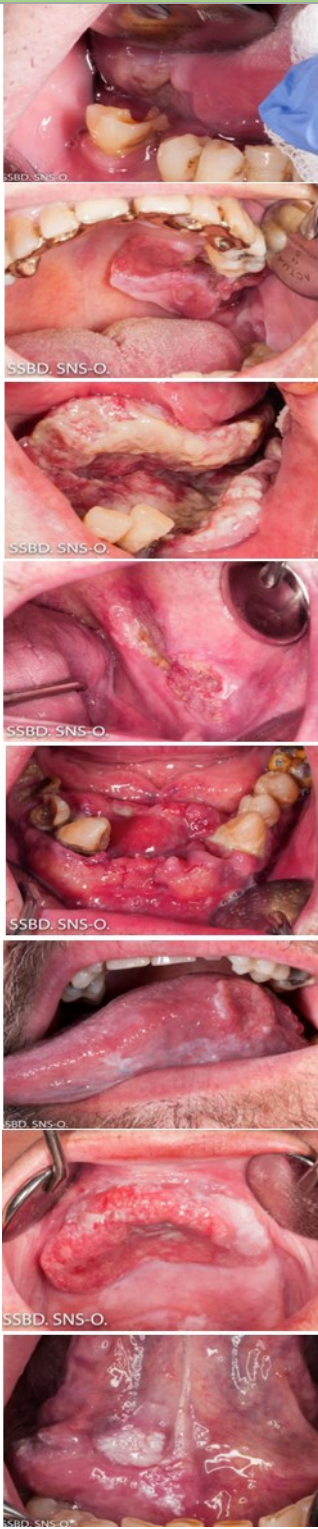


<p>GRANULOMA PIOGENO</p>	<p>Son hiperplasias reactivas ante un agente irritante, en las que se producen telangiectasias con tendencia al sangrado.</p>		<p>Generalmente en las encías. Tumoraciones pediculadas de superficie lisa y a veces ulceradas.</p> <p>Confusión con malignas</p>	<p>Valoración por CMF en urgencia si hay dudas con lesiones malignas.</p> <p>Derivar a su MAP</p>
<p>CANDIDIASIS ORAL AGUDA</p>	<p>Pseudomembranosa o Muguet es la forma clásica.</p> <p>Candidiasis eritematosa aguda (“dorso lingual doloroso”)</p>		<p>Pseudomembranosa: placa blanquecina que se desprende con el raspado.</p> <p>Eritematosa: lengua dolorosa por depapilación quedando de color rojizo.</p>	<p>No requiere valoración por CMF de urgencia.</p> <p>Antifúngicos tópicos.</p>
<p>MUCOCELE</p>	<p>Acúmulo de material mucinoso por obstrucción de una glándula salival menor. Pueden ser de retención o extravasación</p>		<p>Asientan generalmente en el labio como tumoración lisa redondeada y translúcida en la mucosa. Frecuentemente en labio.</p>	<p>No requiere valoración por CMF de urgencia.</p> <p>Derivación a MAP para resolución quirúrgica si el paciente lo desea.</p>
<p>LIQUEN PLANO RETICULAR</p>	<p>Líquen más frecuente papulas poligonales que presentan un reticulado blanquecino (estrías de Wickham).</p> <p>Asintomático en mucosa oral.</p>		<p>Revisar parte posterior de la mucosa yugal de forma bilateral. Zona de asiento más frecuente.</p>	<p>No requiere valoración por CMF de urgencia.</p> <p>Derivación a su MAP Seguimiento por Dermatología o CMF.</p>
<p>ESTOMATITIS AFTOSA</p>	<p>Aparición súbita dolor y escozor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor: < 1cm. Resuelve espontánea en 7-15 días. • Mayor: > 1cm. Tardan 20-30 días y pueden dejar cicatrices y acompañarse de adenopatías. 		<p>Pequeñas úlceras de poca profundidad y de forma habitualmente ovalada, que se acompaña de bordes eritematosos</p>	<p>Valoración por CMF sólo si pasan los periodos de resolución habitual</p>

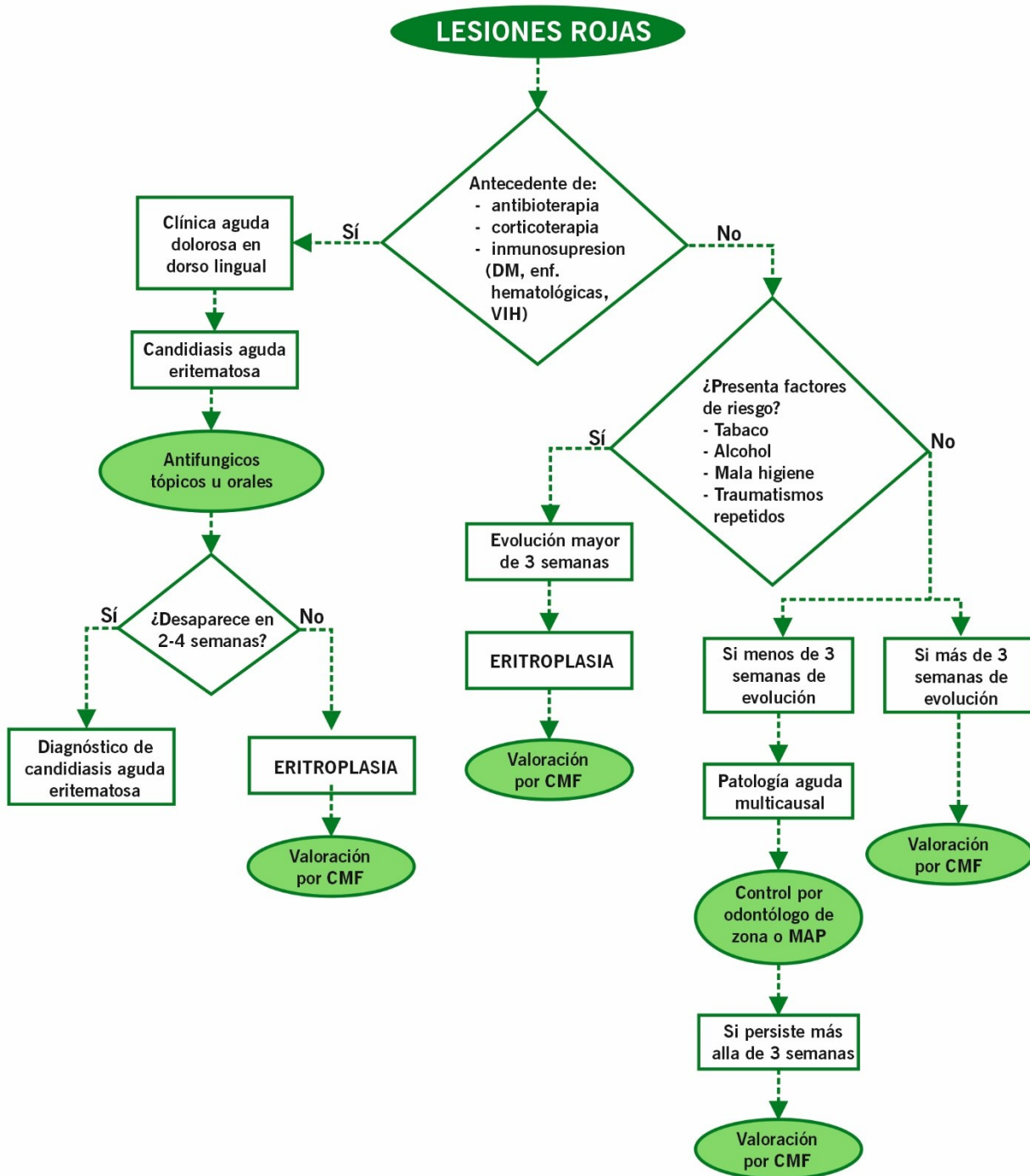


SIGNOS / SÍNTOMAS	GUÍA DIAGNÓSTICA VISUAL	DIAGNÓSTICO	MANEJO
LESIONES PREMALIGNAS DE LA MUCOSA ORAL			
LIQUEN PLANO EROSIVO	<p>Menos frecuente que el reticulado. (Malignizan un 0.3-3%). Zonas eritematosas rodeadas de estrías de Wickham. Dolorosas</p>	 <p>Exploración clínica. Valorar aparición de reticulado blanquecino alrededor de lesiones enrojecidas.</p>	<p>Salvo criterios de alarma no requiere valoración por CMF en urgencias. Si requiere seguimiento por Dermatología o CMF.</p>
LEUCOPLASIA	<p>Mancha blanca que no se desprende con el raspado y no puede identificarse como otra lesión. Causada por agentes agresores (tabaco y alcohol) e infecciones crónicas.</p>	 <p>Localización típica retrocomisural. también en dorso lingual, suelo de boca y trigono retromolar.</p>	<p>Una lesión blanca que no se desprenda con raspado ni pueda identificarse con liquen reticulado debe ser valorada por CMF</p>
ERITROPLASIA	<p>Placa roja que no se puede diagnosticar clínicamente ni histológicamente como otra entidad. Casi todas las eritroplasias tienen un grado variable de displasia. Se acepta que los agentes causales son los mismo que los del carcinoma epidermoide.</p>	 <p>Suelen ser asintomáticas y de bordes bien definidos y aterciopelados. Pasan más desapercibidas que las leucoplasias.</p>	<p>Toda eritroplasia en mucosa oral de más de 3 semanas de evolución y sin agente causal definido debe ser valorada por CMF</p>
CANDIDIASIS CRONICA	<p>La infección crónica por este hongo puede generar placas blanquecinas que no se desprenden con el raspado sobre todo en áreas retrocomisurales. Estas lesiones son indistinguibles de las leucoplasias provocadas por otros agentes como el tabaco y pueden incluir áreas de displasia variable.</p>		



SIGNOS / SÍNTOMAS	GUÍA DIAGNÓSTICA VISUAL	DIAGNÓSTICO	MANEJO
LESIONES MALIGNAS DE LA MUCOSA ORAL			
<p>CANCER DE CAVIDAD ORAL</p> <p>El 90% de las neoplasias malignas en la cavidad oral se corresponden con carcinomas escamosas. En el otro 10% restantes encontraremos tumores malignos derivados de glándulas salivales y mesenquimales.</p> <p>Lesión de habitualmente varias semanas o meses de evolución, De crecimiento progresivo que no remite tras eliminación de agentes causales.</p> <p>Agentes causales: Tabaco y alcohol. También traumatismos repetidos por roce con piezas en mal estado o fracturadas.</p> <p>Localización más frecuente: lengua y suelo de boca.</p> <p>Paciente tipo: varón de mediana-avanzada edad fumador y bebedor, con salud bucodental descuidada, que presenta una úlcera oral de bordes sobrelevados y endurecidos, adheridos a planos profundos, con superficie friable y tendente al sangrado.</p>		<p>Exploración oral minuciosa.</p> <p>Puede acompañar adenopatías cervicales palpables, habitualmente adheridas y duras.</p> <p>Puede asociar dolor neuropático o parestesias por infiltración nerviosa de nervios lingual y dentario inferior.</p> <p>Movilidad dental por infiltración de hueso alveolar.</p> <p>En estadios avanzados trismus y anquilosis</p>	<p>Valoración por CMF en urgencias</p>

ALGORITMO DE MANEJO EN URGENCIAS DE ERITROPLASIAS



Como norma general, **cualquier lesión en la cavidad oral en la que una vez eliminados posibles agentes agresores persista más de 3 semanas**, debe ser valorado por Cirugía Oral y Maxilofacial. Más aun cuando presente datos clínicos de alarma.



GLOSARIO DE SIGLAS

CMF: Cirugía Oral y Maxilofacial

MAP: Médico de Atención Primaria

IMÁGENES

Todas las fotografías usadas en este capítulo han sido extraídas del libro: Atlas de patología de la mucosa oral; con la autorización explícita del Dr. Francisco Cardona Tortajada



BIBLIOGRAFÍA

1. Carmona Tortajada F. Atlas de patología de la mucosa oral. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial – Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea; 2019. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Otras+publicaciones/Atlas+de+patologia+de+la+mucosa+oral/
2. de Urquía García M. La boca en imágenes para Profesionales de Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, www.easp.es; 2014. <https://www.easp.es/project/la-boca-en-imagenes-para-profesionales-de-atencion-primaria/>
3. Martín-Granizo López R, Otros. Manual de cirugía oral y maxilofacial. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL; 2004.
4. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(2): 207-14.
5. Lee JJ, Hong WK, Hittelman WN, Mao L, y cols. Predicting cancer development in oral leukoplakia: ten years of translational research. *Clin Cancer Res* 2000; 6(5): 1702-10
6. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(5): 390-8
7. Shiu MN, Chen TH. Impact of betel quid, tobacco and alcohol on three-stage disease natural history of oral leukoplakia and cancer: implication for prevention of oral cancer. *Eur J Cancer Prev* 2004; 13(1): 39-45.
8. Abdelsayed RA, Sumner T, Allen CM, Treadway A, y cols. Oral precancerous and malignant lesions associated with graft-versus-host disease: report of 2 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93(1):75-80.
9. Chen J, Katz RV, Krutchkoff DJ. Intraoral squamous cell carcinoma. Epidemiologic patterns in Connecticut from 1935 to 1985. *Cancer* 1990; 66(6):1288-96

504 – PROCESOS INFECCIOSOS E INFLAMATORIOS OROFACIALES

*Fernández-Fígares Conde, Lucas
Castillo Muñoz, Laura María
Vera Martín, Ramón*

DEFINICIÓN

Dentro de las infecciones cérvico-faciales están, entre otras, las de origen odontogénico y las de origen glandular, las primeras son la causa más frecuente de patología infecciosa en región oro-facial. Son de etiología polimicrobiana y mixta, habitualmente son producidas por un desequilibrio en el paciente, por el que estas bacterias pasan de ser comensales a oportunistas, mediante cambios en las condiciones fisiológicas (edad, gestación, cambios hormonales puberales...) o por los cambios locales de la saliva (Tabaco, alcohol, mala higiene, disfunción glandular...).

La mayoría se pueden solucionar con tratamiento conservador odontológico y medicación domiciliaria, tal es el caso de la mayor parte de las Caries (Grado 1, 2 y 3 y las pericoronaritis), pero hay ocasiones en que ambas pueden evolucionar hacia las complicaciones por lo que es importante saber reconocer y tratar infecciones potencialmente graves ya que difunden a espacios profundos cervicofaciales.

Las Glandulares como la sialoadenitis son la segunda causa más frecuente de infecciones cérvicofaciales. Se tratan de procesos infecciosos-inflamatorios de las glándulas salivales mayores debido a estasis salival y/o disminución de su secreción (hiposialia).

Las causas más frecuentes son la sialolitiasis y la deshidratación sistémica, además de otras etiologías como pueden ser la farmacológica, traumática, estados de inmunodepresión o patologías autoinmunes.

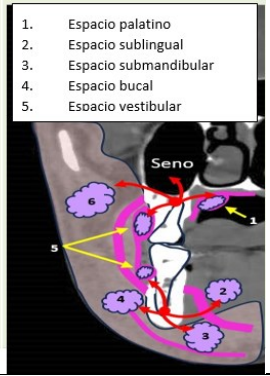
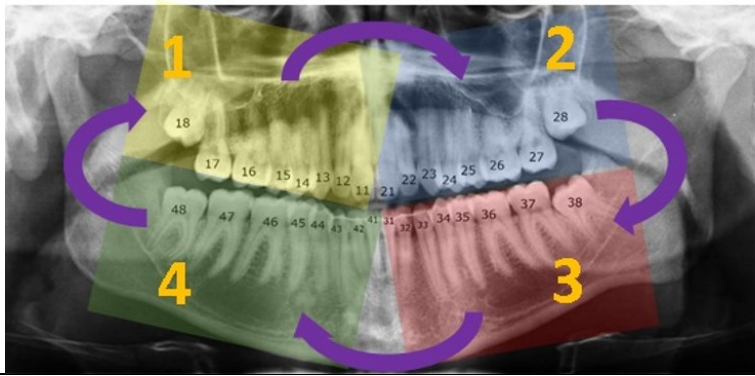
La parotiditis aguda bacteriana es la forma más frecuente de presentación. Los gérmenes causales más comunes son *Staphylococcus Aureus* (50-90%) y *Streptococcus Pneumoniae*. Clínicamente se presentan como tumefacción unilateral en la glándula afecta de comienzo súbito y en relación con la comida, acompañado de los conductos glandulares secretores enrojecidos, inflamados e indurados.

En casos de causa litiásica en ocasiones es posible palpar los cálculos. Habitualmente se resuelven con un tratamiento conservador basado en la hidratación abundante como factor fundamental y acompañado de antibioterapia, nutrición óptima y masajes suaves. En casos de etiología litiásica se precisará de la extracción del cálculo determinado.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

PATOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	ACTITUD / TRATAMIENTO
CELULITIS O ABSCESO ODONTÓGENO	<ul style="list-style-type: none"> • Odinofagia. • Trismus (Limitación a la apertura oral FORZADA < 2 cm). • Limitación de la movilidad del cuello. • Deformación del contorno extraoral. • Borramiento de surcos faciales. • Piel tensa y brillante. • Piel con coloración violácea o eritematosa. • Calor local a la palpación. • Dolor a la palpación. • Buscar caries o patología de erupción dentaria. 	<p>Si fiebre y afectación del estado general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analítica con PCR • +/- cultivo del material obtenido por punción • Rx.: OPG • Rx.: lateral de cuello • Si complicaciones: TAC de cuello con contraste. 	<p>Sin fluctuación o sin signos de alarma: Medidas Higiénico Dietéticas* Analgésicos ATB**</p> <p>Si Fluctuación o con signos de alarma: Contactar CMF Drenaje y Cultivo</p>
INFECCION DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES: PAROTIDITIS O SUBMAXILITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación hemifacial, periauricular y paramandibular (parótida). • Inflamación submandibular (submaxilar). • Fiebre, dolor en la zona, odinofagia, cefalea, otalgia (parótida). • Relación con las comidas. Aumento del dolor o tumefacción al salivar. • Presencia de cálculos en el trayecto de los conductos glandulares (Stenon/Wharton). • Salida de material purulento por Conductos de drenaje glandulares (Stenon /Wharton) A LA COMPRESIÓN BIMANUAL. • Inflamación suelo de boca (submaxilar). 	<p>Si fiebre y afectación del estado general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analítica con PCR • +/- cultivo del material obtenido por punción • Rx.: OPG • Si complicaciones: TAC de cuello con contraste. 	<p>No complicada o sin signos de alarma: Trat. conservador en domicilio: HIDRATACIÓN ABUNDANTE (2lt/d) + ATB** +Analgésicos.</p> <p>Complicada (SUPURATIVA) con signos de alarma o presencia de cálculo: Contactar CMF: Drenaje y Cultivo</p>
AMIGDALITIS O ABSCESO PERIAMIGDALINO	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación cervicofacial (poco frecuente). • Fiebre, odinofagia, otalgia, cefalea. • Trismus. • Disnea. • Disfagia. • Voz engolada o gangosa. • Inflamación de amígdala. • Abombamiento de pilar amigdalino. • Fistulización espontánea con salida de material purulento. • Abombamiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Periamigdalino: polo superior amigdalopalatina. ○ Retrofaríngeo: pared posterior faríngea. ○ Laterofaríngeo: Pared lateral faríngea. 	<p>Si fiebre y afectación del estado general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analítica con PCR • +/- cultivo del material obtenido por punción • Rx.: OPG • Rx.: lateral de cuello • Si complicaciones : TAC de cuello con contraste. 	<p>Ante amigdalitis / abscesos periamigdalinos sin etiología odontógena se debe contactar con ORL</p> <p>Supurativa, fluctuante o con signos de alarma: Contactar CMF: Drenaje y Cultivo por punción</p>

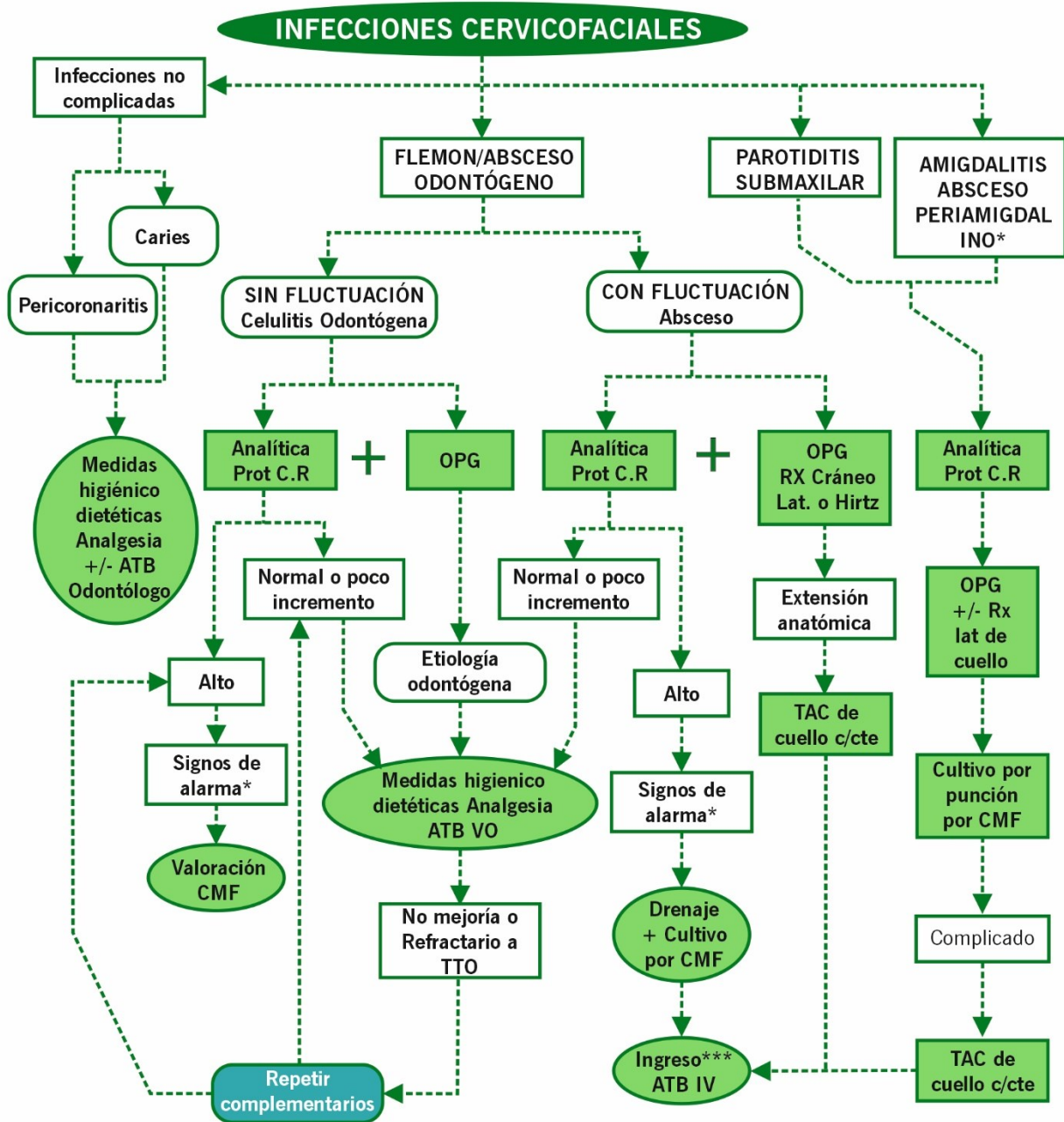
Reconocer odontogénesis y sitios de drenaje de cara a un manejo óptimo de la terminología en cuanto a descripción anatómica



***MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS:** Referirse a la parte de tratamiento

****ATB:** referirse a la parte de Tratamiento

ALGORITMO DE MANEJO





TRATAMIENTO

*MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS:

- Higiene dental
- Clorhexidina a bajas concentraciones, en periodontitis o perimplantitis
- CESE DE HABITO TABAQUICO
- Dieta que evite azucares añadidos
- Precaución con el uso de fármacos que favorecen la alteración de la mucosa gingival: Corticoides, AINEs, antihipertensivos, antiepilépticos, inmunosupresores, anticonceptivos orales...
- Tratamiento si presente bruxismo para evitar el desgaste acelerado y debilitamiento de las piezas dentales.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

INFECCIÓN RECIENTE Tratamiento oral

Amoxicilina 500 mg cada 8 horas oral o 1000 mg/12 horas x 7-10 días

INFECCIÓN TARDÍA O DE MALA EVOLUCIÓN

Amoxicilina + Ácido Clavulánico 500+125 mg cada 8 horas oral o 875+125 mg/8 horas x 7-10 días.

ALÉRGICOS A AMOXICILINA-CLAVULÁNICO O INTOLERANCIA

Clindamicina 300 mg/8 horas x 7-14 días.

A Claritromicina: 250-500 mg/12 horas 8-14 días.

→ Sospecha de complicación si tras una semana de ATB no mejoría: Plantear drenaje.

→ Retorno por empeoramiento, complicación o nula respuesta a tratamiento oral, valorar ingreso para tratamiento intravenoso

TRATAMIENTO HOSPITALARIO IV

Amoxicilina/Clavulánico IV (100 mg/Kg/día dividido en 4 tomas, cada 6h)

Formas graves:

Ceftriaxona (50-100 mg/kg/día en 1-2 dosis) + Clindamicina (30-40 mg/kg/día cada 6-8h)

TRATAMIENTO CELULITIS

Preseptal:

Amoxicilina/Clavulánico VO: 875+125 dividido cada 8 horas x 10-14 días.

Orbitaria: 14-21 días (Individualizar).

Ceftriaxona IV: 1-2 g/24 h + Clindamicina 600 mg/IV/8 horas

Si alergia a betalactamicos:

Levofloxacino 750 mg/IV/24 h + clindamicina 600 mg/iv/8 horas

+/- metilprednisolona IV si gran componente inflamatorio



CRITERIOS DE DERIVACION / INGRESO / ALTA

*** CRITERIOS DE INGRESO:

- Afectación del estado general.
- Inmunosupresión.
- Celulitis preseptal rápidamente progresiva.
- Extensión a espacios cervicofaciales.
- Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- Trismus que limite la apertura bucal a $< 45^{\circ}$.
- Fracaso de tratamiento domiciliario inicial.

CRITERIOS DE ALARMA PARA REALIZAR INTERCONSULTA A CIRUGÍA MAXILOFACIAL:

- Posible extensión a espacios profundos y posible compromiso de la vía aérea:
 - Disnea
 - Disfagia (NO odinofagia)
 - Trismus.

GLOSARIO DE SIGLAS

AINEs: Antinflamatorios no esteroideos

ATB: Antibiótico

OPG: Ortopantografía

ORL: Otorrinolaringología

PCR: Proteína "C" Reactiva

Rx.: Rayos "X"

TAC c/cte: Tomografía Axial Computarizada con contraste

IMÁGENES

Todas las imágenes usadas en este capítulo son:

Fotografía y Dibujos de: Fernández Fígares Conde, Lucas.

Edición y Montaje de Herrera Grimaldos Lesbia Esther.



BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Malik M, Al-Sarheed M. Pattern of management of oro-facial infection in children: A retrospective. Saudi J Biol Sci. 2017;24(6):1375-9. doi:10.1016/j.sjbs.2016.03.004.
2. Alonso Fernández-Pacheco J, Mayorga Jiménez F. Técnicas y procedimientos de tratamiento de las infecciones orocervicales. En: López-Cedrún JL, Director. Cirugía oral y maxilofacial: atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas. Buenos Aires: Panamericana; 2017. p. 47-57.
3. Caviglia I, Techera A, García G. Antimicrobial therapies for odontogenic infections in children and adolescents. Literature review and clinical recommendations. J Oral Res 2014; 3(1): 50-6. doi: 10.17126/joralres.2014.013.
4. Chow AW, Benniger MS, Brook I et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adult. Clin Infect Dis 2012;54:1041-5.
5. Fernández Díaz JM, Sánchez Sánchez Ruth, Gutiérrez Pérez, JL, González Padilla JD. INFECCIONES ODONTOGÉNICAS. En: Martín-Granizo López R, Director. MANUAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. Madrid: SECOM; 2004. p 209-245.
6. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis. Endorsed by the American Academy of Pediatrics. Circulation. 2009 24;119:1541-
7. Keswani ES, Venkateshwar G. Odontogenic Maxillofacial Space Infections: A 5-Year Retrospective Review in Navi Mumbai. J Maxillofac Oral Surg. 2019;18(3):345-53. doi:10.1007/s12663-018-1152-x.
8. Lim SW, Lee WS, Mani SA, Kadir K. Management of odontogenic infection in paediatric patients: a retrospective clinical study. Eur Arch Paediatr Dent. 2020;21(1):145-54. doi:10.1007/s40368-019-00466-0.
9. Paredes Valencia M. GUIA DE ATENCIÓN INFECCIONES ODONTOGÉNICAS [Internet]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología; 2017. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/Guia_aten_infec_odonto_2017.pdf
10. Pelucci C, Grigoryan L, Galeone C et al. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect 2012;18 (suppl. 1): 1-27.
11. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis : 2012 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2012;55:1279-82.
12. Vera Martín, R. Belmonte Caro, R. García-Perla García, A. Manual clínico de urgencias de pediatría. HUVR. Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2021.