

1.3.2 ABSCESOS (CIE-10:K122)	
	CONTENIDOS
DEFINICION	<p>Colección localizada de pus en un tejido Ocasionado por degeneración tisular asociado A multiplicación bacteriana.</p>
CARACTERISTICAS CLINICAS SIGNOS Y SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Deformación de contorno bien delimitada. ◦ Fluctuante a la palpación. ◦ Zona eritematosa relacionada. ◦ Dientes relacionados muestran pruebas de Vitalidad negativas. ◦ Adenopatías regionales dolorosas.
HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Procesos cariosos con compromiso de cámara. ◦ Lesiones apicales. ◦ Periodontitis apical crónica (CIE-10:K053). ◦ Fracturas dentales y/o alveolares. ◦ Trauma mandibular.
PROCESO DIAGNOSTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. IDENTIFICACION DE LA ALTERACION: las características clínicas descritas anteriormente Facilitan su identificación. El paciente consulta Por la tumefacción presente. 2. DESARROLLO DE LA ALTERACION: Generalmente previo a la colección de pus, el Paciente refiere dolor espontáneo y severo. La Tumefacción presenta un crecimiento lento por Lo que este es un proceso infeccioso crónico. Es importante conocer el tratamiento Farmacológico previo e identificar como este Pudo modificar la evolución normal de la Enfermedad. 3. REEXAMINACION DE LA ALTERACION: la Colección de pus tiene forma de domo bien Delimitado, la cual fluctúa a la palpación, y Presenta un dolor entre leve y moderado al Examen. Se debe buscar el origen de la Infección, examinando las estructuras dentales Adyacentes y definiendo su estado pulpar (Ver guía de terapia pulpar). En caso de Abscesos orofaciales, es importante definir el Espacio aponeurótico comprometido para Establecer el riesgo presente.

	<p>4. DIAGNOSTICO DEFINITIVO: La alteración Debe cumplir con la mayoría de criterios Clínicos expuestos incluyendo el origen Odontogénico de la lesión para realizar el Diagnostico.</p>
<p>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</p>	<p>CAUSAS ODONTOGENICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Procesos infecciosos localizados en la piel Como infección por estafilococos. ◦ Respuesta a la presencia de cuerpo extraño en Piel o picadura de insecto. ◦ Quistes de desarrollo odontogénico. ◦ Sialodenitis.
<p>MANEJO CLINICO</p>	<p>DRENAJE DE LA ACUMULACION PURULENTA Establezca una vía de drenaje para el material Purulento. Se sugiere que solo en nivel I, se Realice el drenaje de abscesos dentoalveolares Y submucosos. Drenajes mas complejos deben ser emitidos a Niveles de atención superiores.</p> <p>1. ANESTECIA Utilice técnicas tronculares o lo mas alejado al Sitio de la infección si la situación lo permite.</p> <p>2. INCISION Con una hoja de bisturí numero 15 realice una Incisión de aproximadamente un centímetro de Extensión y 5 milímetros de profundidad, escoja Un sitio en declive donde la gravedad permita la Eliminación del contenido purulento. Ubique la Incisión en mucosa sana. Evite hacer la incisión Donde se observa la pústula, en la sima de la Deformación de contorno, pues la mucosa se Encuentra atrofiada en este punto y la Cicatrización puede verse afectada, porque el Tejido lesionado se encuentra hipoxico y con Posibilidades de necrosarse. Al hacer la incisión intraoral se debe tener Especial atención con el nervio mentoniano, Vasos palatinos, y conductos de excreción Glandular.</p> <p>3. DEBRIDAMIENTO Con el desbridamiento se pretende romper las Bandas fibrosas que dificultan la salida de Microorganismos y fragmentos titulares</p>

Necrosados. Hay además un beneficio Sintomático puesto que con la descompresión Cede parcialmente el dolor. Se suele realizar Con una pinza hemostática curva paralela a los Accidentes anatómicos se debe realizar una Completa exploración de todos y cada uno de Los espacios afectados, de forma suave y en Todas las direcciones, para romper las posibles Tabicaciones del absceso.

4. Realice una presión leve en la base del absceso Para facilitar el drenaje.
5. Lave dentro de la incisión con suero fisiológico Y espere a que la colección de pus termine de Salir.
6. Si la colección de pus es extensa y se Considere que va a haber un drenaje posterior, Inserte un dren de tipo PEN-ROSE tela de Caucho dentro de la incisión y manténgalo en Posición con un punto simple de sutura. No Deben utilizarse gasas como drenajes, ya que Impiden el drenaje y son un reservorio de Gérmenes.
7. Cite a controles diarios para realizar lavados Dentro de la cavidad a través del dren.
8. Evalué la evolución del proceso; cuando Observe resolución con ausencia de exudado Purulento retire el dren.
9. Cite a controles diarios para realizar lavados Dentro de la cavidad a través del dren.
10. Evalué la evolución del proceso; cuando Observe resolución con ausencia de exudado Purulento retire el dren.

ELIMINACION DEL FOCO ODONTOGENO

Despues de eliminar los signos y lo síntomas, Realice la exodoncia del diente causal, Aplicando los conceptos expuestos Anteriormente en relación con la técnica Anestésica. Tenga en cuenta que antes de Hacer la exodoncia no debe hacer colección de Pus en la zona, para evitar la dispersión del Exudado en el proceso alveolar. Despues de la Exodoncia, irrigue abundantemente con Solución salina, para eliminar completamente Los restos de pus.

MANEJO FARMACOLOGICO	<p>1. ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL PRIMERA ELECCION: Amoxicilina capsulas 500 mg, VO, c/8 horas, por una semana. SEGUNDA ELECCION: Clindamicina, 300 mg, VO, c/8 horas, por una semana. TERCERA ELECCION: Azitromicina, 500 mg VO, c/24 horas, por tres días. 2. TERAPIA ANALGESICA XXXXXXXXX</p>
COMPLICACIONES	<p>1. DRENAJE ESPONTANEO: Formación de Cicatrices en forma de estrella en la piel de Difícil reparación. 2. SEPSIS: Compromiso sistémico que produce Debilitamiento, adinamia, fiebre, sudoración.</p>

1.3.3 PERICORONITIS	
	CONTENIDOS
DEFINICION	proceso infeccioso agudo que afecta los tejidos Blandos circundantes a la corona de un diente en Erupción.
CARACTERISTICAS CLINICAS	<p>SIGNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Presencia de diente semierupcionado o en Proceso de erupción. ◦ Deformación de contorno de los tejidos blandos Circulantes, eritema. ◦ Presencia de irritantes locales (placa, cálculo, Cuerpos extraños). ◦ Exudado de surco. ◦ Limitación de la función (Trismos, dificultad Para cerrar), fiebre. <p>SINTOMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dolor constante de tipo opresivo ◦ Imposibilidad de cerrar por la deformación de Contorno y el dolor causado. ◦ Dificultad para deglutir ◦ Malestar general ◦ Dolor a la palpación

<p>HALLAZGOS RADIOGRAFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diente en proceso de erupción. ◦ Zona radiolucida relacionada con la corona del Diente. ◦ Perdida ósea como producto de enfermedad Periodontal.
<p>ETIOLOGIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Acumulo de dendritus y placa bacteriana entre El tejido blando y la corona del diente en Erupción. ◦ Lesión periodontal (pericoronitis) ◦ Acumulo de pus alrededor de la corona del Diente. (Absceso pericoronar).
<p>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostico basado solo en criterios clínicos. ◦ Diagnostico diferencial: QUISTES DE ERUPCION (CIE-10:K090).
<p>MANEJO CLINICO</p>	<p>1. INSTRUMENTACION-DRENAJE</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pida al paciente que haga un enjuague con Clorhexidina. ◦ Elimine todos los irritantes locales presentes ◦ Drene el material purulento por surco. ◦ Haga un lavado abundante con suero Fisiológico. ◦ Si se observa un absceso franco en la zona Retrodistal realice una incisión Anteroposterior para drenar el material Purulento. ◦ En caso de terceros molares, extraiga el Antagonista. <p>2. INSTRUCCIONES</p> <p>Déle instrucciones al paciente en técnicas de Higiene específicas para la zona afectada, Como en el uso de jeringas con agujas Anguladas, así como enjuagues orales Antimicrobianos.</p> <p>3. REMISION</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ No intente remover el diente comprometido Porque la anestesia no tendría efecto y se Puede favorecer la diseminación de la Infección a otros espacios. ◦ Remita a nivel II o III

<p>MANEJO FARMACOLOGICO</p>	<p>TERAPIA ANTIBIOTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Amoxicilina caps. 500mg c/8 horas por 6 días Amoxal-R VO. ◦ Amoxicilina + Acido Clavulanico: Clavulin-R Tab 500mg c/8 horas por 7 días. VO. ◦ Para pacientes alérgicos a la penicilina: Clindamicina Cap 300mg c/6 horas por 7 días Ó Azitromicina Tab 500mg c/24 horas por 3 Días VO. <p>TERAPIA ANALGESICA</p> <p>Ibuprofeno grageas 600mg c/8 horas VO</p>
<p>COMPLICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diseminación de la infección a espacios Aponeuróticos como por ejemplo el Submandibular o el faringeo lateral. ◦ Compromiso severo de la infección. ◦ Sepsis. ◦ Fallas en la nutrición del paciente pueden Aumentar la posibilidad de diseminación de la Infección y posteriormente complicaciones.