

11.2. INFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL, CABEZA Y CUELLO

Laura Rueda Carrasco¹ y José Luis Fernández Maya².

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial²

1. INFECCIONES DE ORIGEN ODONTÓGENO

PULPITIS	
Clínica y diagnóstico	- Inflamación de la pulpa dental por causa infecciosa (caries evolucionada), traumática o yatrogénica - Puede ser aguda (dolor intenso) o crónica (normalmente asintomática)
Medidas terapéuticas	- NO ANTIBIOTERAPIA - Extremar higiene - Tratamiento por parte de Odontología
PERIODONTITIS APICAL	
Clínica y diagnóstico	- Progresión de la infección pulpar al ápice dental - Dolor intenso constante con aumento a la percusión dental - Radiografía convencional: Área radiolúcida a nivel apical
Medidas terapéuticas	- NO ANTIBIOTERAPIA - Analgesia - Extremar higiene - Tratamiento por parte de Odontología
PERICORONARITIS	
Clínica y diagnóstico	- Inflamación intensa y localizada de encía en torno a piezas dentales semierupcionadas (normalmente muelas del juicio) - Dolor muy intenso y localizado - Posibilidad de supuración leve en la zona
Medidas terapéuticas	- NO ANTIBIOTERAPIA - Extremar higiene - Clorhexidina oral en enjuague o en gel sobre la zona - A veces requiere tratamiento quirúrgico de resección de encía o exodoncia de la pieza

CELULITIS ODONTÓGENA LOCALIZADA - FLEMÓN	
Clínica y diagnóstico	- Progresión de las infecciones anteriores a los tejidos blandos adyacentes - Dolor intenso en fases iniciales. Inflamación difusa localizada - Suele evolucionar a fase supurativa (absceso) con drenaje espontáneo normalmente - Puede acompañarse de adenitis supurativa (adenoflemón)
Microorganismos más frecuentes	- Infección polimicrobiana y mixta: aerobios (<i>estreptococos</i> del grupo viridans, <i>staphylococcus aureus</i>) y anaerobios (<i>Fusobacterium</i>, <i>Prevotella</i>, <i>Actinomyces</i>, <i>Peptostreptococcus</i>)
Medidas terapéuticas	- Drenaje y desbridamiento quirúrgico (si se confirma presencia de pus) +/- exodoncia de piezas afectas VS tratamiento conservador por Odontología
Antibioterapia empírica	Elección: Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/8h/vo Alérgicos: Clindamicina 300 mg/6h/vo ó Moxifloxacino 400 mg/24h/vo

CELULITIS ODONTÓGENA DISEMINADA A ESPACIOS CERVICOFACIALES PROFUNDOS / INFECCIÓN POSTQUIRÚRGICAS

Clínica y diagnóstico	- Progresión de un proceso localizado mal evolucionado - Dependiendo de la localización de los espacios cervicofaciales afectos puede cursar con: trismus (músculos masticatorios); disfagia, odinofagia y disnea (espacios para y retrofaríngeos); dolor ocular, proptosis y diplopía (extensión orbitaria); cacosmia, rinorrea purulenta y voz nasal (extensión sinusal); protrusión lingual y voz gangosa (espacio sublingual) ... - Asocia mal estado general, fiebre y analítica compatible con proceso infeccioso grave - TAC con contraste de cuello +/- tórax para correcto diagnóstico - Puede complicarse y evolucionar rápidamente hacia Angina de Ludwig (afectación de espacios supra e inframilioidios bilaterales, puede ocasionar obstrucción repentina de la vía respiratoria), mediastinitis, abscesos intracraneales, fascitis necrotizante, sepsis, etc.
Microorganismos más frecuentes	- Infección polimicrobiana y mixta: aerobios (<i>estreptococos</i> del grupo viridans y <i>S. pyogenes</i>, <i>staphylococcus aureus</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>enterobacterias</i>, <i>P. aeruginosa</i>) y anaerobios (<i>Fusobacterium</i>, <i>Prevotella</i>, <i>Porphyromonas</i>, <i>Peptostreptococcus</i>)
Medidas terapéuticas	- Drenaje en procesos supurativos - Desbridamientos amplios y urgentes en fascitis necrotizantes - Posibilidad de abordaje multidisciplinar (ORL, Neurocirugía, Cirugía Torácica, ...)
Antibioterapia empírica	- Elección: Amoxicilina/clavulánico 1-2 g/8h/iv - Alérgicos: Clindamicina 600 mg/8h/iv + Levofloxacino 500 mg/24h/vo ó iv* Si no tolera vía oral - Si inmunodepresión/ tratamiento antibiótico reciente: Piperacilina/Tazobactam 4/0.5 g/6h/iv ó Meropenem 1 g/8h/iv

OSTEOMIELITIS Y OSTEONECROSIS DE LA MANDÍBULA

Clínica y diagnóstico	- Puede tener diversos orígenes: infeccioso (extensión de proceso infeccioso periodontal), yatrogénico (sobreinfección tras exodoncia de pieza dental por necrosis alveolar [alveolitis]), o farmacológico (osteonecrosis de los maxilares secundarios a diversos tratamientos [ej. Bifosfonatos]) - Los procesos inicialmente no infecciosos suelen sobreinfectarse por el microbiota intraoral - Muy doloroso en estadios iniciales con afectación del estado general - Mayor probabilidad de afectación mandibular - Puede cursar con afectación nerviosa (sospechar en caso de hipoestesia labial inferior), exposición ósea con supuración localizada, etc. - Suele auto delimitarse y producir secuestro óseo (fragmento de hueso necrótico con tendencia a la exposición y movilidad. Suele asociar muy mal olor) - Mención especial para las alveolitis (secas o supuradas) tras exodoncias que cursan con dolor muy intenso mal controlado con medicación analgésica habitual - Diagnóstico: Ortopantomografía, RMN (mayor sensibilidad que el TAC)
Microorganismos más frecuentes	- Infección polimicrobiana y mixta: <i>estreptococos</i> del grupo viridans, <i>Klebsiella</i>, <i>Haemophilus</i>, <i>Fusobacterium</i>, <i>Prevotella</i>, <i>Actinomyces</i>, <i>Peptostreptococcus</i>, <i>Eikenella</i>, <i>Parvimonas</i>...
Medidas terapéuticas	- Extremar higiene (lavados intraalveolares con clorhexidina oral en caso de alveolitis) - Legrados o secuestrectomías en procesos delimitados
Antibioterapia empírica	- Elección: Amoxicilina/clavulánico 1-2 g/8h/iv o Ceftriaxona 1 g/12h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ó Clindamicina 600 mg/8h/iv - Alérgicos: Clindamicina 600 mg/8h/iv + Levofloxacino 500 mg/24h/vo ó iv* Si no tolera vía oral - Si inmunodepresión/ tratamiento antibiótico reciente: Piperacilina/Tazobactam 4/0.5 g/6-8h/iv ó Ertapenem 1 g/24h/iv.

2. PATOLOGÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES

Dos grandes entidades para tener en cuenta:

- **Sialoadenosis:** Aumento de volumen NO INFLAMATORIO de las glándulas salivares. No cursa con signos clínicos de inflamación. Se suele asociar a alteraciones endocrinas, metabólicas, nutricionales, farmacológicas, etc.
- **Sialoadenitis:** Inflamación de glándulas salivares mayores (parótida, submaxilar y sublingual). Según su origen:
 - Obstructiva: Intrínseca (litiasis) o extrínseca por afectación del conducto excretor (compresiva por tumoración, roce con piezas dentales o alimentos, etc.)
 - Clínica: Asintomática en procesos subagudos o asociando dolor intenso por distensión brusca de la glándula (cólico salivar). Suele manifestarse durante las comidas.
 - Exploración: Inflamación glandular muy bien delimitada sin afectación de tejido celular subcutáneo adyacente.
 - Evolución: Curso autolimitado. Puede complicarse con sobreinfección retrógrada a través de conducto salivar de los gérmenes intraorales.
 - Tratamiento: NO ANTIBIOTERAPIA en fases no supurativas. Analgesia y antiinflamatorios. Abundante hidratación. Extremar higiene intraoral. Masajes cuidadosos de la glándula.
 - Infecciosa: Puede ser:

SIALOADENITIS	
Vírica: Virus de la Parotiditis, gripe, del grupo herpes, VIH, enterovirus...	Clínica: Dolor e inflamación de una o varias glándulas salivares mayores. Suele cursar con fiebre y otra sintomatología
	Diagnóstico: Afectación glandular y de tejidos adyacentes. Alteraciones analíticas compatibles con infección vírica. Se descarta causa obstructiva.
	Tratamiento: NO ANTIBIOTERAPIA. Medidas de soporte general.
Bacteriana: <i>Staphylococcus aureus</i> , microbiota de la orofaringe aerobia y anaerobia, <i>E. coli</i> , enterobacterias...	Clínica: Inflamación intensa de tejidos glandulares y extra glandulares. Afectación del estado general., Suele existir fase supurativa con salida de pus por conductos de Wharton o Stenon según localización.
	Diagnóstico: Analítica de sangre compatible con infección bacteriana. Prueba de imagen para valorar presencia de absceso.
	Medidas terapéuticas: Sintomático (analgésicos y antiinflamatorios) +/- Quirúrgico (en grandes abscesos con extensión extraglandular)
	Elección: Amoxicilina/clavulánico 1-2 g/8h/iv o Piperacilina/Tazobactam 4/0.5 g/6-8h/iv Alérgicos: Clindamicina 600 mg/8h/iv + Levofloxacin 500 mg/24h/vo ó iv* Si no tolera vía oral

3. TIROIDITIS SUPURATIVA

- La infección de la glándula tiroidea es infrecuente pero potencialmente mortal.
- Pueden originarse por diversas vías, como la diseminación hematógena, la diseminación directa a partir de la infección de un espacio fascial profundo adyacente, por un traumatismo o punción aspirativa o a través de una fístula tiroglosa infectada o la perforación anterior del esófago.

TIROIDITIS SUPURATIVA

Clínica	- La tiroiditis supurativa aguda se caracteriza por fiebre, dolor local, sensibilidad, calor, eritema y síntomas de disfagia, disfonía, ronquera o faringitis
Diagnóstico	- Analítica con pruebas de la función tiroidea, ecografía o TC del cuello para buscar signos de extensión peritraqueal, y aspiración con aguja para el diagnóstico histopatológico y microbiológico.
Antibioterapia empírica	Si absceso o necrosis: Drenaje o desbridamiento Elección: Amoxicilina/clavulánico 1-2 g/8h/iv o Cefazolina 1-2 g/8h/iv + Clindamicina 600 mg/iv/8h Alérgicos: Clindamicina 600 mg/8h/iv + Levofloxacin 500 mg/24h/vo ó iv* Si no tolera vía oral