

Emergencias en odontología

Felipe Aguado Gálvez, José María Aguado Gil
y Juan Carlos Lillo Rodríguez

Actualidad odontológica

Emergencias en odontología

Felipe Aguado Gálvez, José María Aguado Gil
y Juan Carlos Lillo Rodríguez

Editorial Glosa, S.L.

Avinguda de Francesc Cambó, 21, 5.^a planta - 08003 Barcelona

Teléfonos: 932 684 946 / 932 683 605 - Telefax: 932 684 923

www.editorialglosa.es

Depósito legal: B--2010

Soporte válido

© Editorial Glosa, S.L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Actualidad odontológica

Emergencias en odontología

Felipe Aguado Gálvez¹, José María Aguado Gil² y Juan Carlos Lillo Rodríguez³

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Especialista en Estomatología por la UCM. Director de publicaciones dentales de Spanish Publishers Associates (SPA).

² Licenciado en Odontología por la UCM. Máster en Ciencias Odontológicas por la UCM. Profesor colaborador de la Universidad CEU-San Pablo.

³ Licenciado en Odontología por la UCM. Especialista en Implantoprótesis por la UCM.

Resumen

Aunque es difícil resumir en un espacio tan limitado todas las posibles situaciones de urgencia que podemos encontrarnos en nuestras consultas, hemos intentado recopilar en este *dossier* las más relevantes y frecuentes, con la intención de abarcar todos los campos.

Las emergencias en el marco de la consulta dental se están viendo incrementadas por una serie de factores. El aumento de la esperanza de vida de nuestros pacientes genera un mayor deterioro en el ámbito de la salud bucal, así como un número superior de enfermedades de los mismos, con el consiguiente consumo de medicamentos que conlleva este hecho. Esto genera las emergencias vitales y de mayor riesgo en las clínicas, pero, además, el desarrollo de nuevas técnicas en la odontología, especialmente en la implantología, ha producido un mayor número de urgencias relacionadas con los tratamientos meramente dentales. No debemos olvidarnos, por supuesto, del incremento de los traumatismos por el aumento de la práctica deportiva en nuestro país, así como de la violencia de género y callejera.

En general, debemos estar preparados para las emergencias que se nos presentan casi a diario en nuestra práctica odontológica y de cuya resolución somos los principales responsables.

Infecciones odontógenas

Las infecciones orales y maxilofaciales que evolucionan como una urgencia suelen presentarse de forma aguda o subaguda y la mayoría de las veces tienen una causa odontógena (pulpitis, periodontitis, pericoronaritis, alveolitis, etc.) [fig. 1]. A veces, estas infecciones pueden llegar a ser muy graves, según el desequilibrio entre el sistema inmunitario del hospedador y las características del agente patógeno¹.

Una vez el diagnóstico está encaminado, el tratamiento puede llevarse a cabo a nivel hospitalario o ambulatorio.

a) Tratamiento hospitalario:

Aunque este hecho resulta raro en el ámbito de la cavidad oral, deben remitirse a centros hospitalarios a los pacientes que presenten alguno de los siguientes signos o síntomas: protrusión lingual, trismo marcado, disnea, disfagia, fiebre con carácter séptico o inmunodepresión².

b) Tratamiento ambulatorio:

– *Tratamiento médico*: antibioterapia durante 4-8 días. En odontología es habitual emplear amoxicilina, con o sin ácido clavulánico, o macrólidos en aquellos pacientes alérgicos a los betalactámicos. También

se pueden emplear cefalosporinas, lincosaminas, aminoglucósidos, metronidazol o quinolonas.

- *Tratamiento quirúrgico:* consiste en el desbridamiento de los tejidos y la colocación de drenajes (no suele ser necesario en incisiones intraorales).



Figura 1. Detalle de absceso periodontal de gran tamaño en 47.

Traumatismos alveolodentarios

Es una de las causas más frecuentes de las urgencias dentales propiamente dichas, aunque como suele acompañarse de alguna lesión extraoral, en muchas ocasiones el odontólogo/estomatólogo no atiende de manera inmediata al paciente.

Su incidencia ha aumentado por la práctica deportiva y, desgraciadamente, por la violencia, tanto doméstica como callejera.

Podemos dividirlos en:

- a) Lesiones de los tejidos dentario y pulpar: su tratamiento va a depender de que la fractura afecte a esmalte, dentina, pulpa o a todos ellos, y de la vitalidad de la pulpa³ (fig. 2).

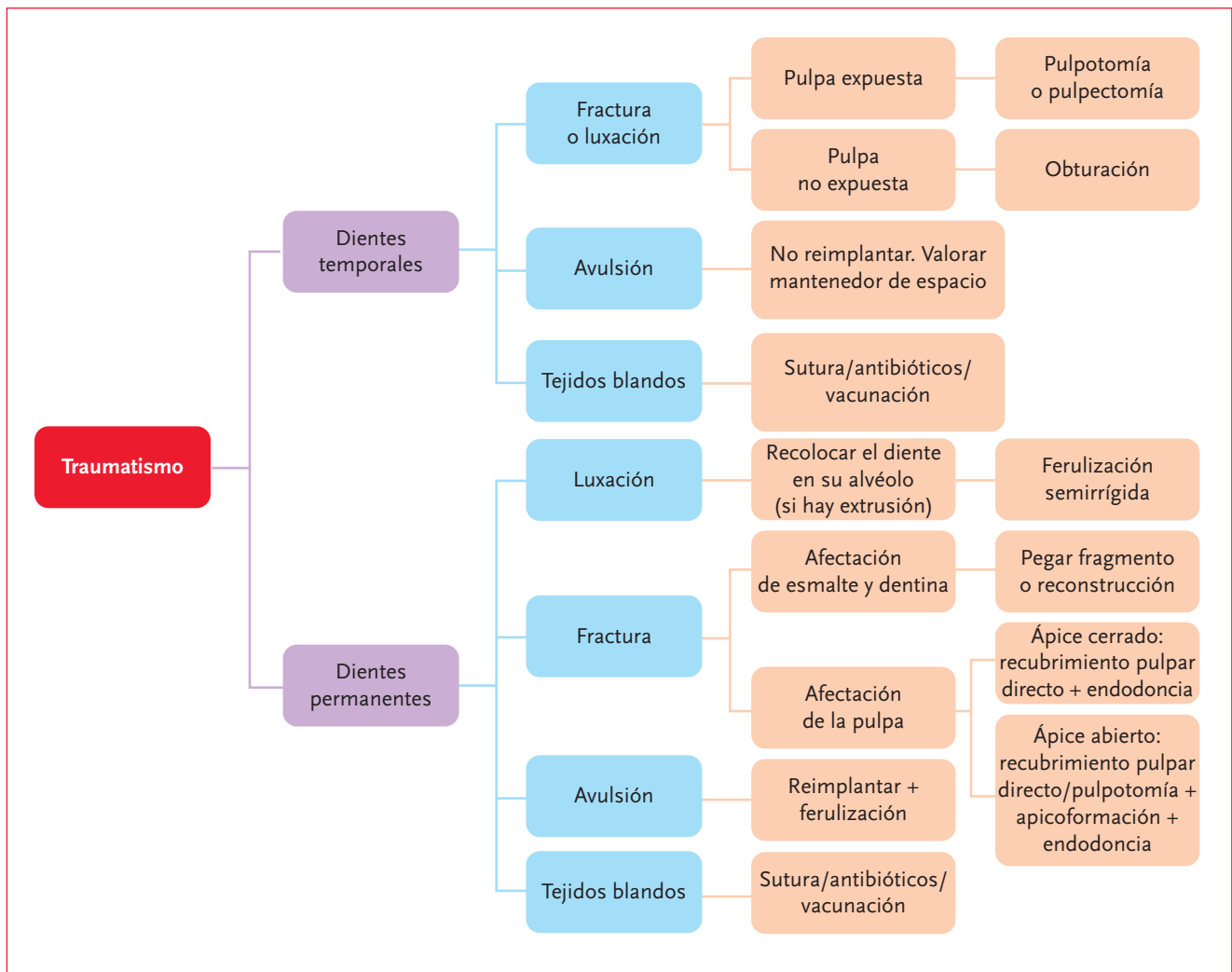


Figura 2. Manejo de los traumatismos alveolodentarios.

b) Lesiones de los tejidos periodontales:

- **Concusión:** traumatismo dental con desplazamiento anormal y posible afectación del paquete vasculo-nervioso a nivel del ápice. Aparece una sensibilidad muy marcada a la presión y la percusión. El tratamiento consiste en la eliminación de contactos prematuros, dieta blanda (reposo odontológico) y revisiones periódicas.
- **Subluxación:** rotura parcial del ligamento periodontal, que puede o no presentar desplazamiento de la pieza traumatizada. Como signos y síntomas aparecen dolor, movilidad e incluso sangrado a nivel del margen gingival. El tratamiento consiste en la ferulización, ajuste oclusal de la pieza traumatizada y controles periódicos.
- **Luxación:** rotura total del ligamento periodontal que produce desplazamiento dentario con intrusión, extrusión (v. fig. 3) o lateral. El diente permanece en el alvéolo dentario en posición anormal.

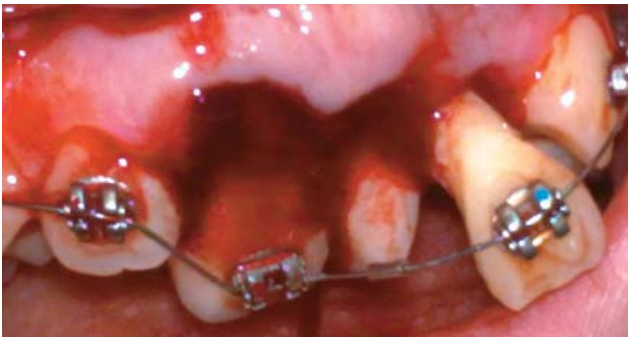


Figura 3. Luxación extrusiva por traumatismo.

El tratamiento depende de la edad y la dentición afectada. En dientes deciduos/temporales, siempre y cuando no parezca afectado radiológicamente el diente permanente, no realizaremos ningún tratamiento. En dientes permanentes no se debe actuar en los casos de intrusión (si el paciente tiene entre 6 y 10 años el diente erupcionará espontáneamente). En los casos de extrusión el diente deberá recolocarse durante las primeras horas (si se supera este período, tampoco se deberá actuar).

Como irá acompañado de la fractura del hueso alveolar, será necesaria la ferulización semirrígida con el correspondiente seguimiento posterior.

- **Avulsión:** rotura total del ligamento periodontal con salida del diente de su alvéolo. No se reimplantarán los dientes temporales.

Ante una avulsión, se debe limpiar cuidadosamente con suero fisiológico el diente (mientras se lo sujeta por la raíz) y el alvéolo; posteriormente, debe colocarse el diente en el alvéolo mediante una presión muy suave e inmovilizarlo con una férula semirrígida. Han de administrarse antibióticos y antiinflamatorio. Si el ápice estaba cerrado, se procederá tras 15 días a la endodoncia; si se encontraba abierto, se irá reevaluando la vitalidad por si se produce la revascularización.

El éxito del tratamiento en los dientes permanentes dependerá de los siguientes factores⁴:

- Tiempo que el diente permanece fuera del alvéolo: no debe ser superior a 2 horas.
- Medio de conservación del diente: se recomiendan leche fría, saliva, suero fisiológico, bebidas isotónicas, etc.
- Estado del ápice: si estaba abierto, posible revascularización.

Hemorragias bucales y lesiones agudas de la mucosa bucal

Las hemorragias que se presentan a nivel oral se deben a causas locales o generales¹.

Las primeras se producen por heridas en la mucosa bucal con un antecedente traumático o quirúrgico. Se consideran patológicas cuando el organismo no es capaz de detenerlas por sí mismo en un período corto de tiempo. Las más frecuentes son: hemorragias posextracción (por inflamación, desgarro, comunicación bucosinusal, esquirlas óseas, etc.), traumatismos, tumores (benignos y malignos) y hemorragias gingivales.

Las causas generales pueden dividirse en producidas:

- a) Por alteraciones en la fase vascular de la coagulación: angiomatosis hereditaria de Rendu-Osler, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan, displasia ectodérmica anhidrótica, escorbuto, etc.
- b) Por alteraciones en la fase plaquetaria de la coagulación: púrpura trombocitopénica idiopática (fig. 4), septicemia, lupus eritematoso, neoplasias de médula, medicamentos (ácido acetilsalicílico), hepatopatías, etc. Las alteraciones en las plaquetas pueden ser en número (plaquetopenia) o en función (tromboastenia).
- c) Por alteraciones propiamente dichas en la coagulación: hemofilia, déficit de vitamina K, carencia de



Figura 4. Hemorragia gingival y petequias en un paciente con púrpura trombocitopénica.

algún factor de la coagulación, medicación anticoagulante...

El tratamiento de las hemorragias se realizará en función de la etiología descrita, en busca de la hemostasia por medio de compresión, sutura, electrocoagulación, cemento quirúrgico... Si la hemorragia no cede se deberá proceder al traslado del paciente a un centro hospitalario.

Urgencias en prótesis

Podemos dividir las urgencias en prótesis en función del tipo de rehabilitación que deba presentar el paciente:

a) Prótesis removible:

Lo más habitual son las úlceras de decúbito, por desadaptación de la misma, interferencias y prematuridades, bordes cortantes, o sobreextensión de la base protésica. Otras urgencias, aunque menos frecuentes que las anteriores, son la fractura de la prótesis por caída, la pérdida de la misma o la rotura de alguno de sus componentes (dientes, retenedores).

Pueden aparecer también sobreinfecciones por *Candida albicans* que provocan el enrojecimiento y escozor (prurito) de la mucosa bucal, además de mal sabor de boca.

b) Prótesis fija:

En este tipo de tratamientos cabe destacar la fractura de la porcelana, que, según el grado de fractura y de la exposición o no del metal, puede repararse en boca o requiere una nueva confección. También pueden producirse fracturas de conectores, afectación de pilares protésicos (de difícil reparación) y descementado.

Otra urgencia muy común es el trauma oclusal, sobre todo en prótesis recién cementadas, por interferencias y prematuridades.

c) Prótesis sobre implantes:

- *Prótesis fija*: aflojamiento o fractura de tornillos (generalmente por traumas oclusales) [fig. 5], descementado de prótesis, fractura de porcelana o despegamiento de dientes en prótesis de metal-resina.
- *Prótesis removible*: aflojamiento de tornillos, pérdida de retención según el sistema utilizado (jinetes, teflones, imanes,...) y todas las descritas anteriormente para las prótesis removibles convencionales.



Figura 5. Detalle de un tornillo de clínica fracturado de corona sobre implante.

Urgencias en implantología

La frecuencia de este tipo de urgencias se ha visto incrementada debido al aumento de la demanda de los tratamientos implantológicos. Podemos dividir las en: intraoperatorias y posoperatorias.

a) Intraoperatorias:

- *Derivadas del acto quirúrgico propiamente dicho*: hemorragia, desgarro mucoperióstico, enfisema subcutáneo, lesión de dientes adyacentes, deglución, aspiración y fractura de instrumentos.
- *Fresado excéntrico*, sobrecalentamiento del hueso por falta de irrigación, mal estado de las fresas o velocidad inadecuada, falta de estabilidad primaria, exposición de espiras por dehiscencias y fenestraciones, penetración en cavidades (fosas nasales o senos maxilares), lesiones nerviosas (nervios dentario inferior y mentoniano), lesiones vasculares (arteria palatina, sublingual, etc.) y perforación de corticales.

b) Posoperatorias: hemorragia, edema, hematoma, dolor, inflamación, abscesos, celulitis, osteítis, periostitis, dehiscencia de la sutura, parestesias, periimplantitis, falta de oseointegración y sinusitis.

Urgencias médicas en la clínica dental

Dentro de todas las urgencias descritas en este capítulo, las médicas son las que tienen una mayor relevancia de cara a la práctica diaria, pues pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente y requieren un diagnóstico preciso para llevar a cabo un tratamiento lo más acertado y rápido posible.

a) Síncope vasovagal:

Es el accidente que se presenta más habitualmente en la consulta dental. Por lo general se produce por el temor y angustia producida por el odontólogo, por el dolor o por la reacción a los anestésicos locales. Se caracteriza por ser una insuficiencia circulatoria leve debida a una alteración en el control vasovagal parasimpático. Aparece un cuadro de bradicardia, pulso débil, sudoración, palidez, respiración superficial y sensación de mareo, que desemboca en una pérdida de la conciencia. El tratamiento consiste en la colocación del paciente en posición de Trendelenburg y en la aplicación de oxígeno.

b) Accidentes cardiovasculares

- *Angina de pecho*: síndrome caracterizado por la aparición de dolor precordial de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal y ocasionado por una isquemia en las arterias coronarias. Generalmente se produce en situaciones de esfuerzo físico o psíquico. El dolor se irradia hacia el hombro, brazo izquierdo y mandíbula. El tratamiento consiste en la administración de nitroglicerina sublingual.
- *Insuficiencia cardíaca*: síndrome fisiopatológico producido por cualquier trastorno, estructural o funcional, del corazón, que cause la incapacidad de éste de llenar o bombear sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo tisular. La insuficiencia cardíaca izquierda se caracteriza por disnea de esfuerzo, cianosis de piel y labios, fatiga, jadeo, tos paroxística y esputos pardos o sanguinolentos. La insuficiencia cardíaca derecha se caracteriza por cianosis, arritmias y edema de las extremidades inferiores. El tratamiento consiste en la aplicación de nitroglicerina sublingual y oxígeno.
- *Infarto agudo de miocardio*: cuadro caracterizado por la isquemia y necrosis de una porción del miocardio, debida generalmente a placas de ateroma en las arterias coronarias. El cuadro es similar al de la angina de pecho pero con un dolor más intenso, una fuer-

te opresión torácica y sensación de muerte inminente que aparece en estado de reposo. Además se acompaña de un cuadro vegetativo de sudoración, frío, náuseas y vómito. El tratamiento consiste en la aplicación de 5 mg de morfina intravenosa o intramuscular, administración de oxígeno y traslado de urgencia del paciente a un centro hospitalario.

c) Reacciones anafilácticas a los anestésicos locales:

Actualmente se describen un menor número de reacciones alérgicas a los anestésicos, las cuales eran más habituales cuando se usaban los del grupo éster (procaína, tetracaína). Sin embargo, no resulta rara la aparición de complicaciones, especialmente por la sobredosificación, la cual da lugar a un cuadro que se divide en dos fases: excitación (convulsiones, taquicardia, hipotensión, aumento del ritmo respiratorio, náuseas y vómitos) y parálisis (pérdida de conciencia y alteraciones del pulso, hipotensión más marcada que puede llegar al paro respiratorio, fibrilación ventricular o asistolia). Si la intoxicación se debe a los vasoconstrictores, aparece un cuadro que comienza por una fuerte palidez repentina, acompañada con sudoración fría, «carne de gallina», mareos, temblor, sensación de debilidad, palpitaciones, hipertensión y taquicardia. Se puede llegar al infarto de miocardio y colapso del paciente⁵.

El tratamiento se puede resumir en:

- *Intoxicación por anestésicos locales*: posición de Trendelenburg, colocación de cánula de Guedel con respiración asistida, diazepam 10 mg i.v. y una ampolla de atropina i.v. (si la frecuencia cardíaca es menor a 45 lpm).
- *Intoxicación por vasoconstrictor*: nitroglicerina o nifedipino. Traslado del paciente a un centro hospitalario.

a) Diabetes

En general, se puede decir que no debe intervenir a ningún paciente diabético si sobrepasa unos valores de glucosa en sangre de 140 mg/dl. Además está contraindicada, si hay que llevar a cabo algún tratamiento de urgencia, la administración de un anestésico con un vasoconstrictor si se superan los 180-200 mg/dl. Los accidentes más problemáticos que pueden darse en este tipo de pacientes son⁶:

- *Coma hiperglucémico*: se trata de un accidente debido a un aumento brusco de la glucemia (por una dieta inadecuada o una administración inapropiada de la insulina), que genera un cuadro de fuertes dolo-

res abdominales, sed, olor acetósico e inconsciencia. El tratamiento consiste en la administración de insulina i.v. y suero salino isotónico.

- *Coma hipoglucémico*: es un cuadro mucho más grave que el anterior y se debe a la administración exagerada de insulina o a la falta de ingesta. El paciente muestra cansancio, intranquilidad, confusión, pérdida del conocimiento, incluso convulsiones epilépticas. Se requiere una administración inmediata de solución oral glucosada o suero glucosado (si el paciente se encuentra inconsciente).

En general, se podría concluir que existen un gran número de situaciones de riesgo en la consulta dental, que abarcan desde situaciones de emergencia vital para el paciente hasta problemas de índole casi banal. Sin embargo, el odontólogo y el estomatólogo deben estar preparados para manejar adecuadamente las mismas, pues, en algunos casos, sobre todo en los descritos al final, se puede llegar a poner en peligro la vida del paciente. El profesional es el responsable único y exclusivo de mantener-

se informado y actualizado de las novedades en el tratamiento de estas situaciones para lograr su resolución.

Agradecimientos al laboratorio Lacer, por la posibilidad que nos ha brindado de redactar este artículo.

Bibliografía

1. Donado M. Cirugía bucal: patología y técnica. Barcelona: Masson; 2005.
2. Donado M, editor. Urgencias en clínica dental. Madrid: Laboratorios Rhône-Poulenc Rorer S.A.; 1996.
3. Barbería E. Atlas de odontología infantil. Madrid: Ripano; 2005.
4. Sánchez E. Traumatismos alveolodentarios. Tratado de odontología. Tomo IV. Madrid: Trigo Ediciones; 1998. p. 3809-17.
5. Urraco A, Díaz MT. Complicaciones médicas en la consulta dental. Madrid: Smithkline Beecham; 1995.
6. Sandner O. Accidentes en la práctica odontológica. Bogotá: Amolca Colombia; 2002.

Eficaz antiséptico de amplio espectro

La Clorhexidina es el antiséptico más eficaz en la reducción de la placa dental, principal causante de la enfermedad periodontal.

Sabor agradable que favorece el cumplimiento del tratamiento completo por parte del paciente.

La clorhexidina está indicada como coadyuvante en:

- El tratamiento de la enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis)
- Terapia de mantenimiento en tratamientos periodontales
- Cirugía oral (pre y post operatorio)
- Profilaxis dental de pacientes irradiados (caries rampante, mucositis)
- Implantología
- Gerodontología

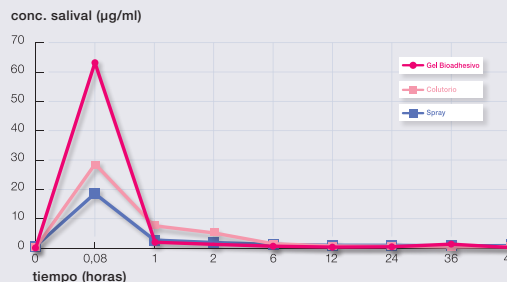


Concentración salival de clorhexidina

Estudio comparativo de las concentraciones salivales de clorhexidina, después de la aplicación oral en diferentes formas farmacéuticas

Tiempo (horas)	0	0,08	1	2	6	12	24	36	48
Gel Bioadhesivo	0	63,17	1,98	1,26	0,63	0,32	0,43	1,33	0,17
Colutorio	0	28,44	7,43	4,99	1,28	0,52	0,43	0,18	0,31
Spray	0	17,92	2,07	1,24	0,58	0,30	0,29	0,12	0,18

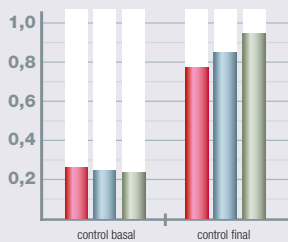
Legaz Mellado AB, Sánchez A, García-Teresa G, Alcazar M. Comparative study of salivary chlorhexidine concentrations after oral application of different pharmaceutical forms. J. Clin Periodontol 2006; 33 (suppl 7): 106-107.



Alta sustantividad demostrada

A las 48 horas de su administración, el gel bioadhesivo, el colutorio y el spray todavía son detectables en saliva.

Índice gingival

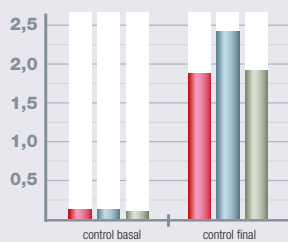


La evolución de los índices gingival y de tinción dental no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En el caso del índice gingival ($p=0,0650$), dicha evolución presenta una tendencia más favorable con el Colutorio Clorhexidina Lacer.

Valores medios del índice gingival, registrados para cada colutorio, al inicio y final de cada fase experimental (3 semanas de tratamiento exclusivo). El índice de Loe-Silness oscila entre 0 y 3. El valor "1", valor medio no superado a lo largo del estudio, corresponde a "Inflamación leve, sin sangrado gingival".

Índice de placa dental

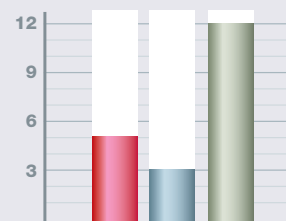


Se observan diferencias en el índice de placa dental ($p=0,0002$), siendo el tratamiento con 0,05% de CHX+fluoruro sódico el que presenta un mayor aumento.

También se observan diferencias en el índice de cálculo supragingival ($p=0,0136$), siendo el tratamiento con Clorhexidina 0,12% + 0,05% CPC sin alcohol el que muestra un menor aumento.

Valores medios del índice de placa dental, registrados para cada colutorio, al inicio y final de cada fase experimental (3 semanas de tratamiento exclusivo). El índice de Quigley-Hein modificado por Turesky oscila entre 0 y 5. El valor "3", valor medio no superado a lo largo del estudio, corresponde a "Una franja de placa con una anchura superior a 1 mm, pero que cubre menos de 1/3 de la superficie dental".

Tinciones linguales



Las tinciones linguales son más frecuentes con el tratamiento con Clorhexidina 0,12% + 0,05% CPC sin alcohol ($p=0,0141$).

Número de tinciones linguales, registradas para cada colutorio, tras 3 semanas de tratamiento exclusivo.

Efecto antiplaca sin incrementar la tinción

En colutorios no alcohólicos de clorhexidina, la inclusión de otros principios activos no produce efectos beneficiosos, pudiendo incluso disminuir su efecto antiplaca (CHX+Fluoruro sódico) o incrementar la tinción lingual (CHX+Cloruro de cetilpiridinio).

Bascones A, Mateos L, Morante S. Does chlorhexidine improve adding more substances? J Clin Periodontol 2003; 30 (Suppl 4): 60.

- colutorio Clorhexidina Lacer
- clorhexidina 0,12% + 0,05% fluoruro sódico
- clorhexidina 0,12% + 0,05 CPC

COMPOSICIÓN

COLUTORIO: Digluconato de Clorhexidina 0,12g / Xilitol 1,00g / Excipiente C.S.P. 100 ml
 PASTA DENTÍFRICA: Digluconato de Clorhexidina 0,12g / Xilitol 1,00g / Vitamina E Acetato 0,50g / Provitamina B5 (Panteno) 0,50g / Excipiente C.S.P. 100g
 GEL BIOADHESIVO: Digluconato de Clorhexidina 0,2g / Excipiente Bioadhesivo C.S.P. 100g
 SPRAY: Digluconato de Clorhexidina 0,12g / Xilitol 1,00g / Excipiente C.S.P. 100ml

PRESENTACIONES Y CÓDIGO NACIONAL

C.N. 385666.9 Clorhexidina Lacer Colutorio 500ml
 C.N. 385641.6 Clorhexidina Lacer Colutorio 200ml
 C.N. 189308.6 Clorhexidina Lacer Pasta Dentífrica 75ml
 C.N. 354605.8 Clorhexidina Lacer Gel Bioadhesivo 50ml
 C.N. 247742.1 Clorhexidina Lacer Spray 40ml

editorial  glosa

PN/CX-L110

LACER, S.A.

SARDENYA, 350
E-08025 BARCELONA
www.lacerodontologia.com

Lacer
Especialistas en higiene bucodental

