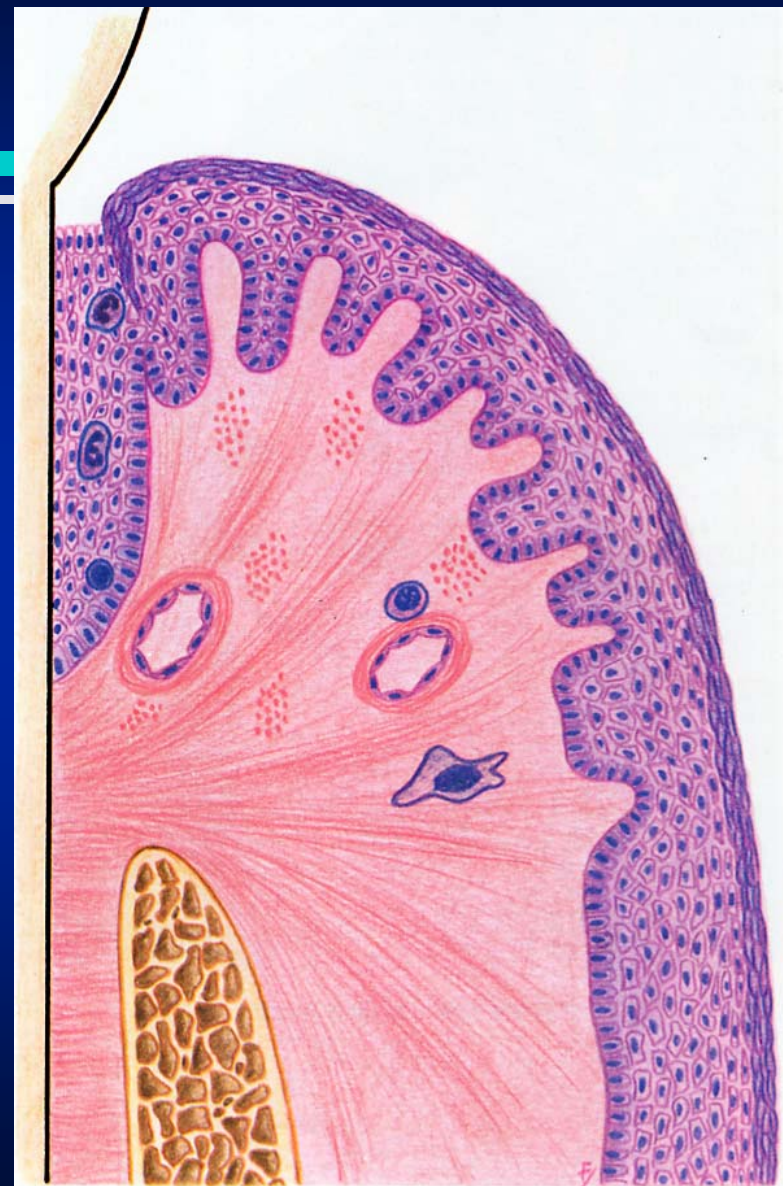
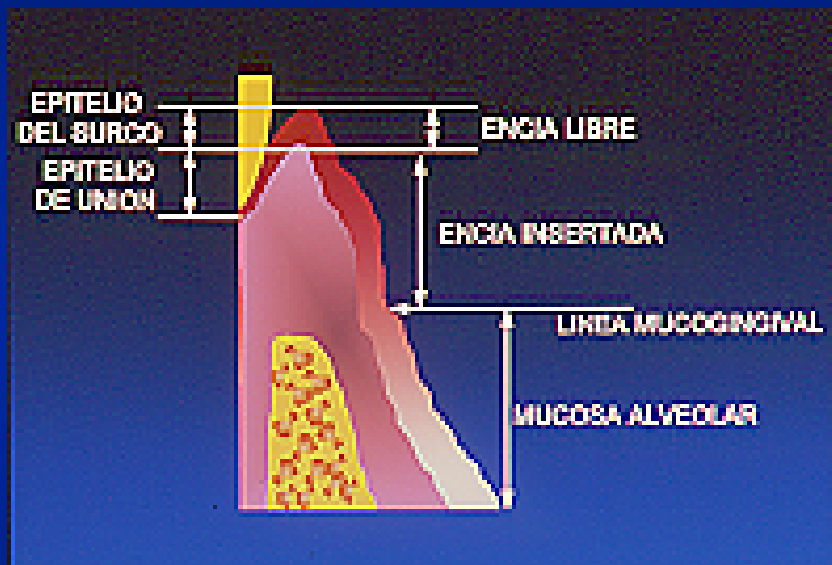


ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA

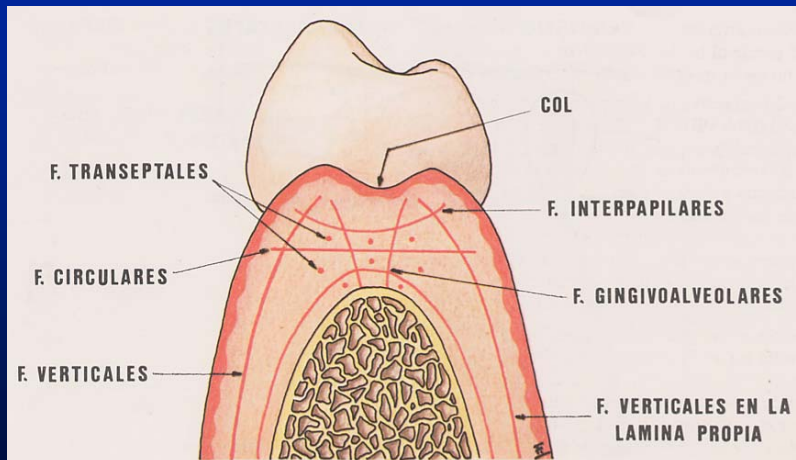
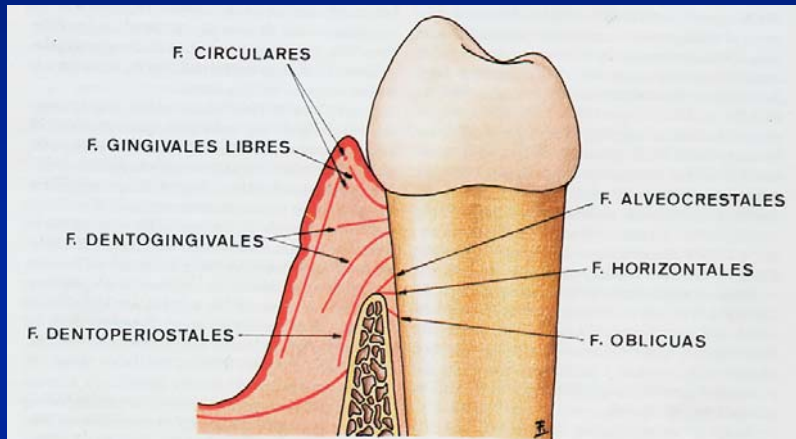
Parte III. PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES

ALTERACIONES INFLAMATORIAS DEL PERIODONTO. COMPLICACIONES SÉPTICAS DE ORIGEN DENTARIO Y PERIDENTARIO. INFECCIONES DE LOS MAXILARES

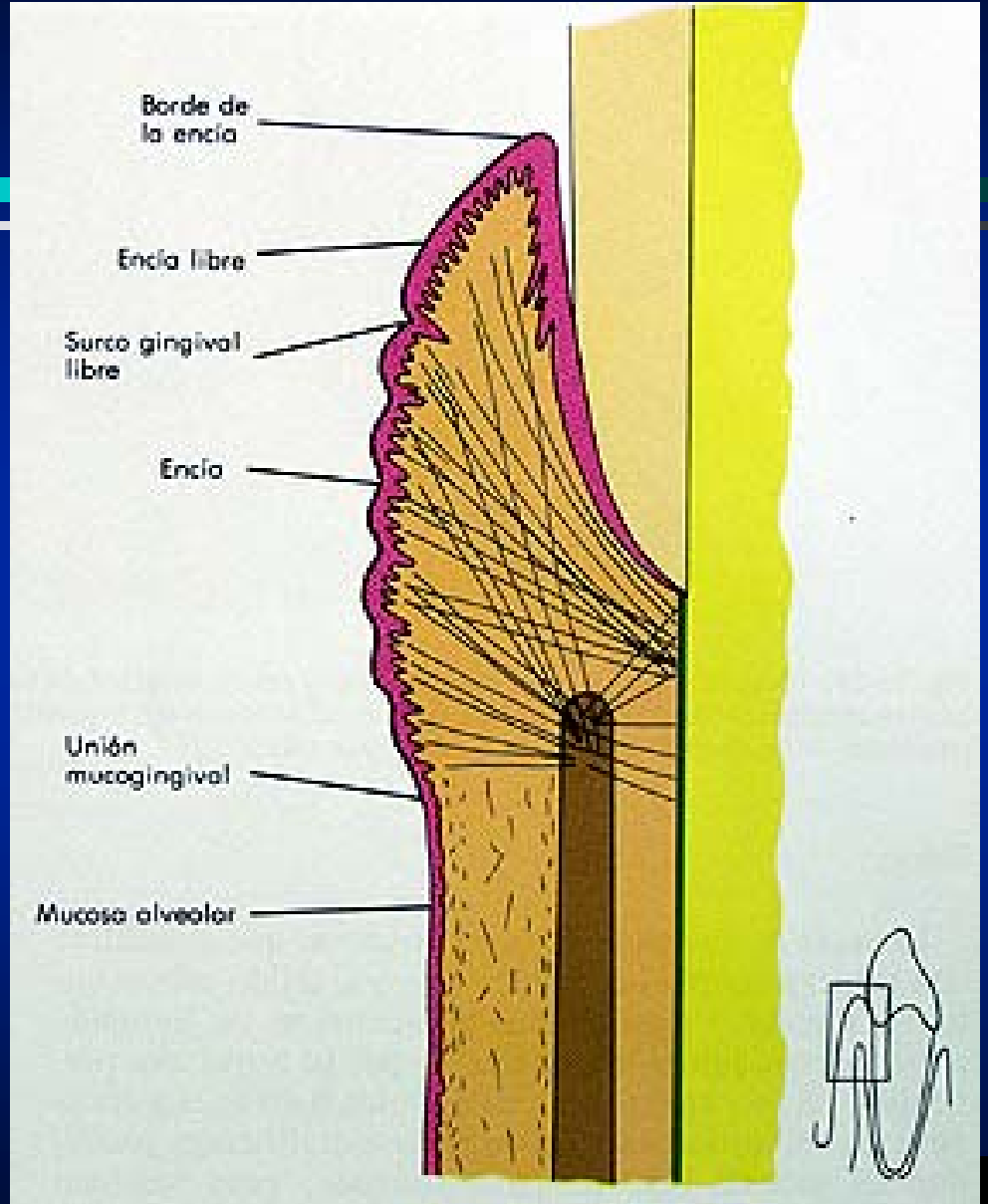
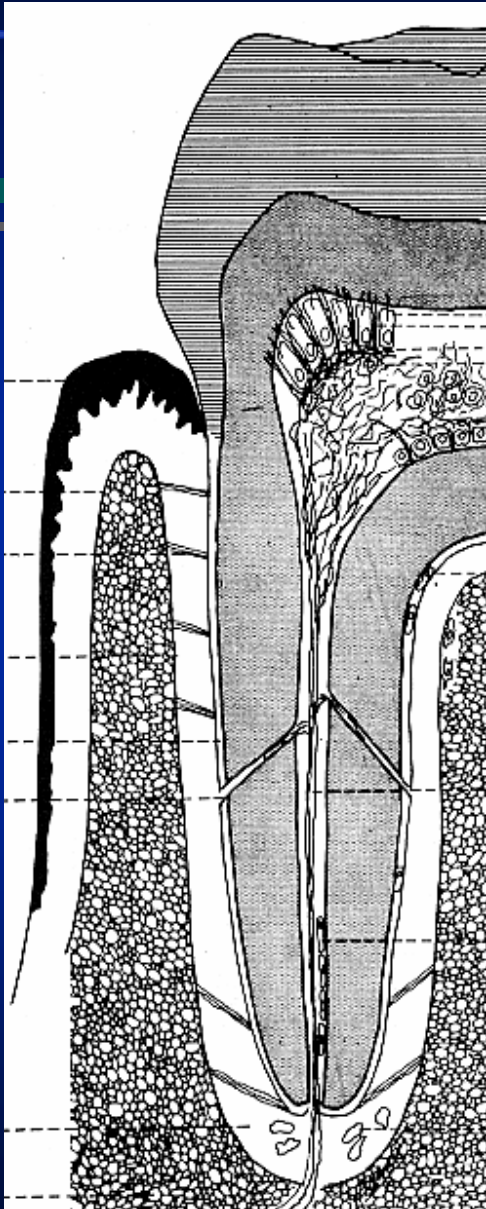
Recuerdo anatómico-histológico de la pulpa dentaria y del espacio de Black. Periodontitis: Etiología y anatomía-patológica. El granuloma: Concepto histológico. Formas clínicas y evolutivas de la periodontitis. Celulitis: Recuerdo anatómico del tejido celular maxilofacial. Formas clínicas y tratamiento. Osteomielitis. Sinusitis odontógenas. Alveolitis. Fístulas.

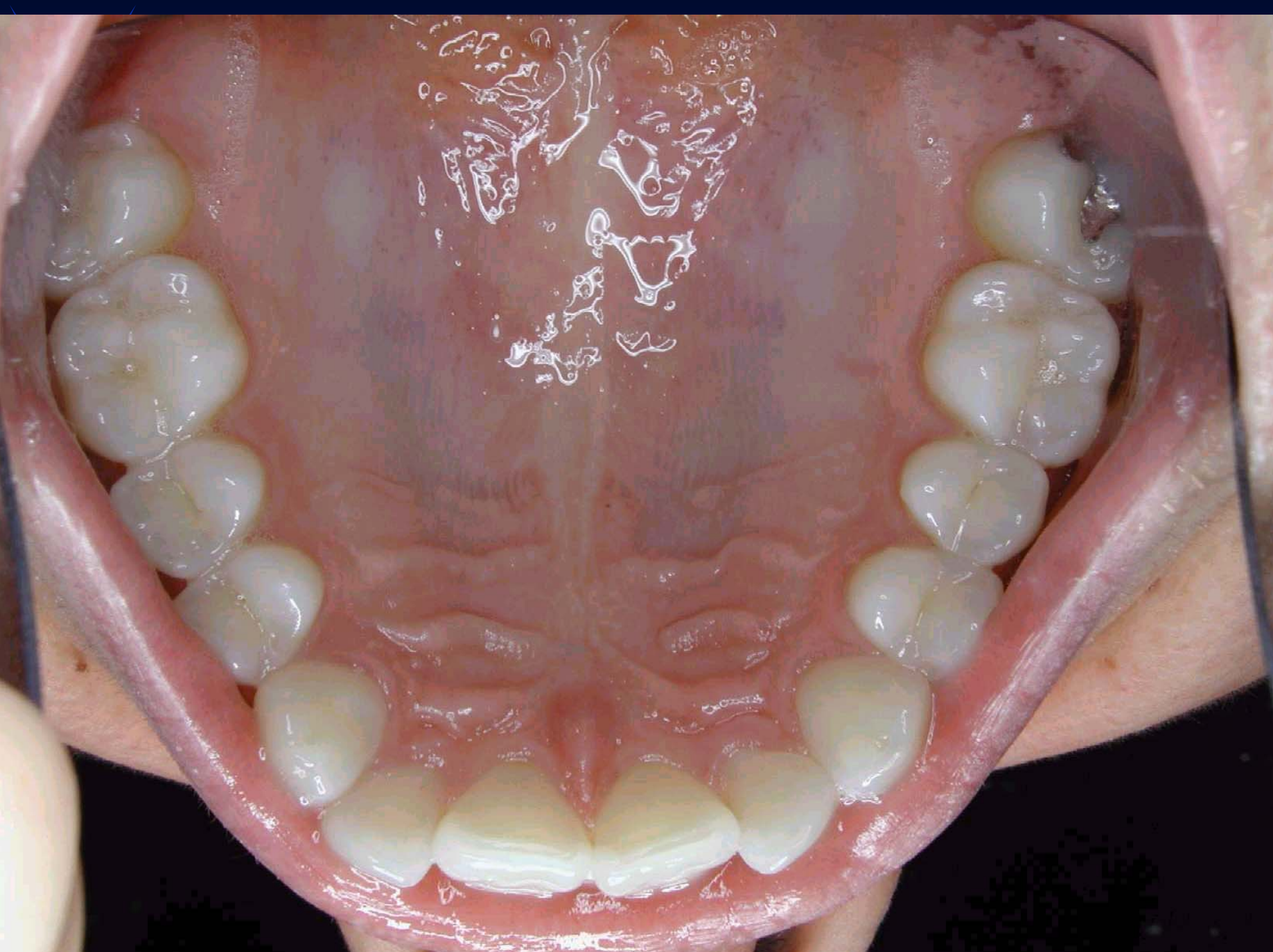


FIBRAS GINGIVALES



- ✓ Fibras gingivales libres
- ✓ Fibras papilares
- ✓ Fibras transeptales
- ✓ Fibras circulares
- ✓ Fibras alveolacrestales
- ✓ Fibras gingivocrestales
- ✓ Fibras del proceso alveolar
- ✓ Fibras verticales
- ✓ Fibras dentogingivales







PARÁMETROS DE SALUD Y ENFERMEDAD

	SALUD	ENFERMEDAD
color gingival	rosa coral	rojo azulado
forma gingival	margen en filo de cuchillo	inflamada, edematosa
densidad gingival	firme, resilente	esponjosa
sondaje del surco	sin hemorragia ni exudado	hemorrágica
placa subgingival	no	si
cálculo subgingival	no	si
profundidad de bolsa	sin cambio en el tiempo	profundiza con el tiempo
inserción periodontal	sin cambio en el tiempo	se pierde con el tiempo

PERIODONTITIS

CONCEPTO

- /// ***La periodontitis es una inflamación del ligamento alveolo-dentario que surge como respuesta a una agresión***







PERIODONTITIS

ETIOLOGÍA

/// INFECCIOSA (90%)

- ▼ Caries penetrante → infección pulpar → necrobiosis → gangrena
- ▼ Efecto yatrógeno. Endodoncias sub o sobreobturadas
- ▼ Periodontitis marginales y paradentósicas → pulpitis a retro
- ▼ Impactación alimentaria → síndrome del septo
- ▼ “Infección metastásica”

/// TRAUMÁTICA

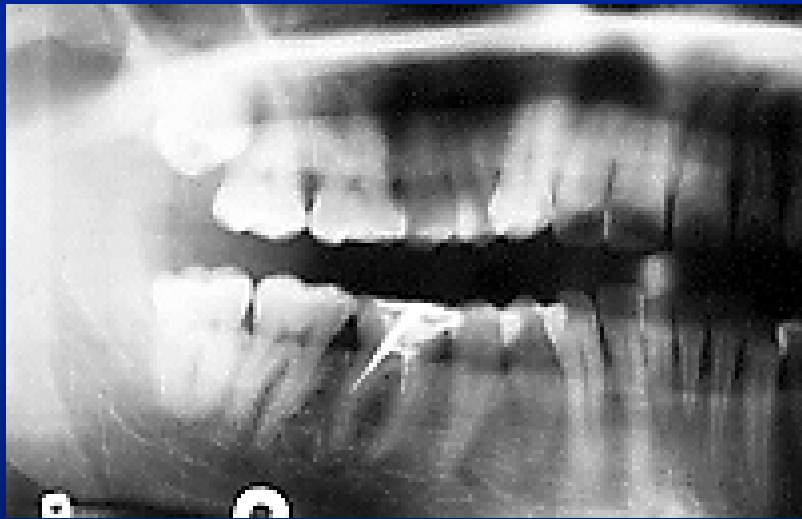
- ▼ Necrosis aséptica → necrosis séptica
- ▼ Microtraumatismos de repetición
- ▼ Oclusión no fisiológica
- ▼ Traumatismos
- ▼ Yatrogenia

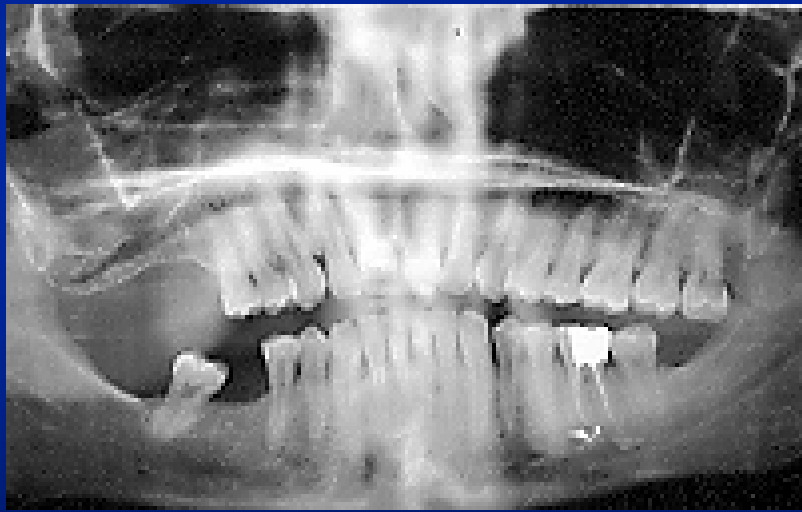
/// QUÍMICAS

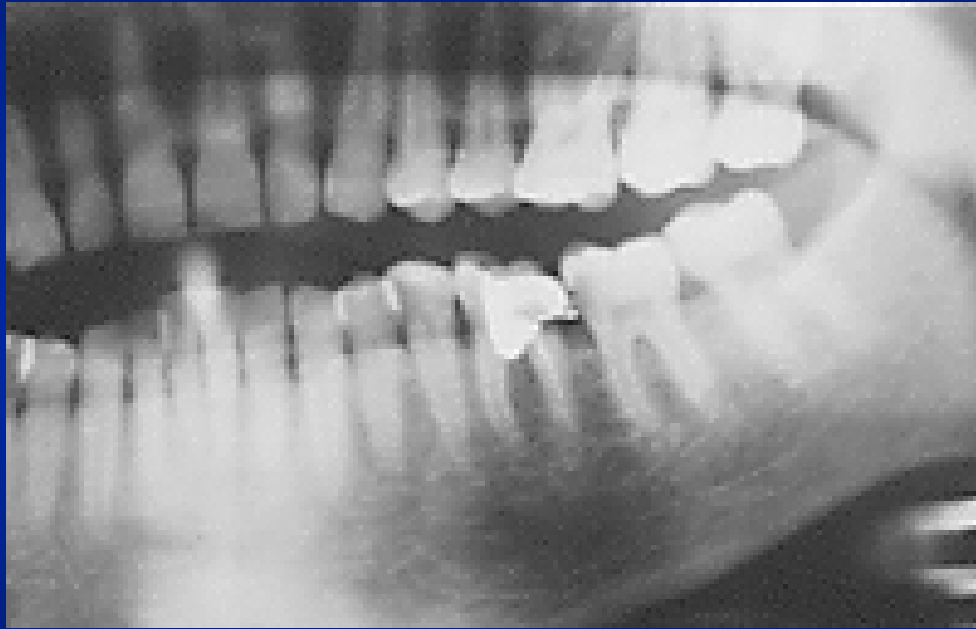
- ▼ Momificaciones pulpares















PERIODONTITIS

CLÍNICA

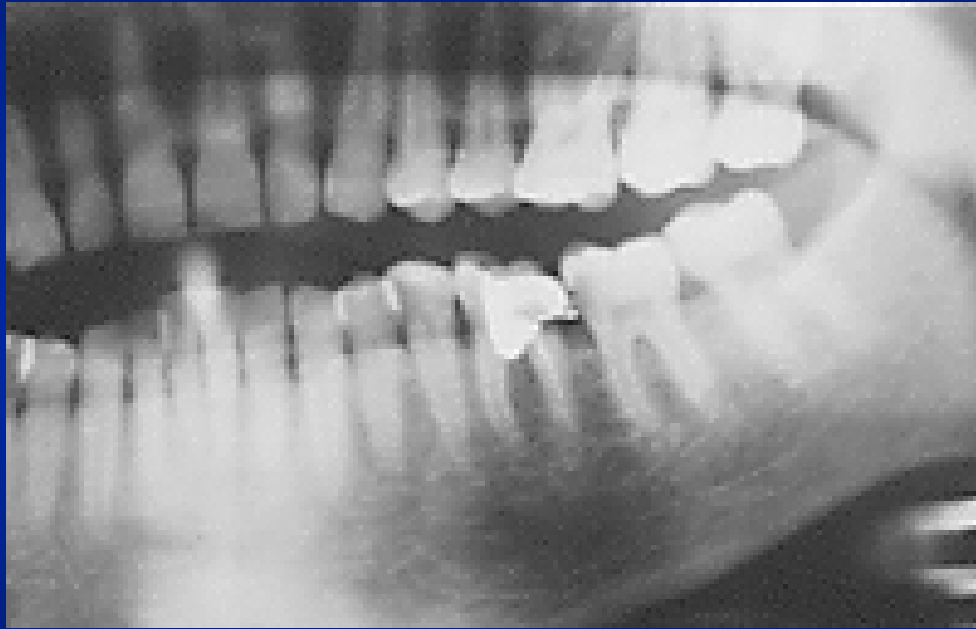
/// PERIODONTITIS AGUDA SIMPLE

- ▼ Síntomas subjetivos. “Sensación de diente largo”
- ▼ Síntomas objetivos
 - /// Inspección. Coloración dentaria
 - /// Palpación: vertical
horizontal
 - /// Percusión
 - /// Pruebas de vitalidad pulpar. D/D pulpitis

/// PERIODONTITIS AGUDA SUPURADA

- ▼ Signos generales de infección
- ▼ Pus
- ▼ Fistulización
- ▼ Celulitis

/// PERIODONTITIS CRÓNICA. SÍNDROME DEL SEPTO





PERIODONTITIS

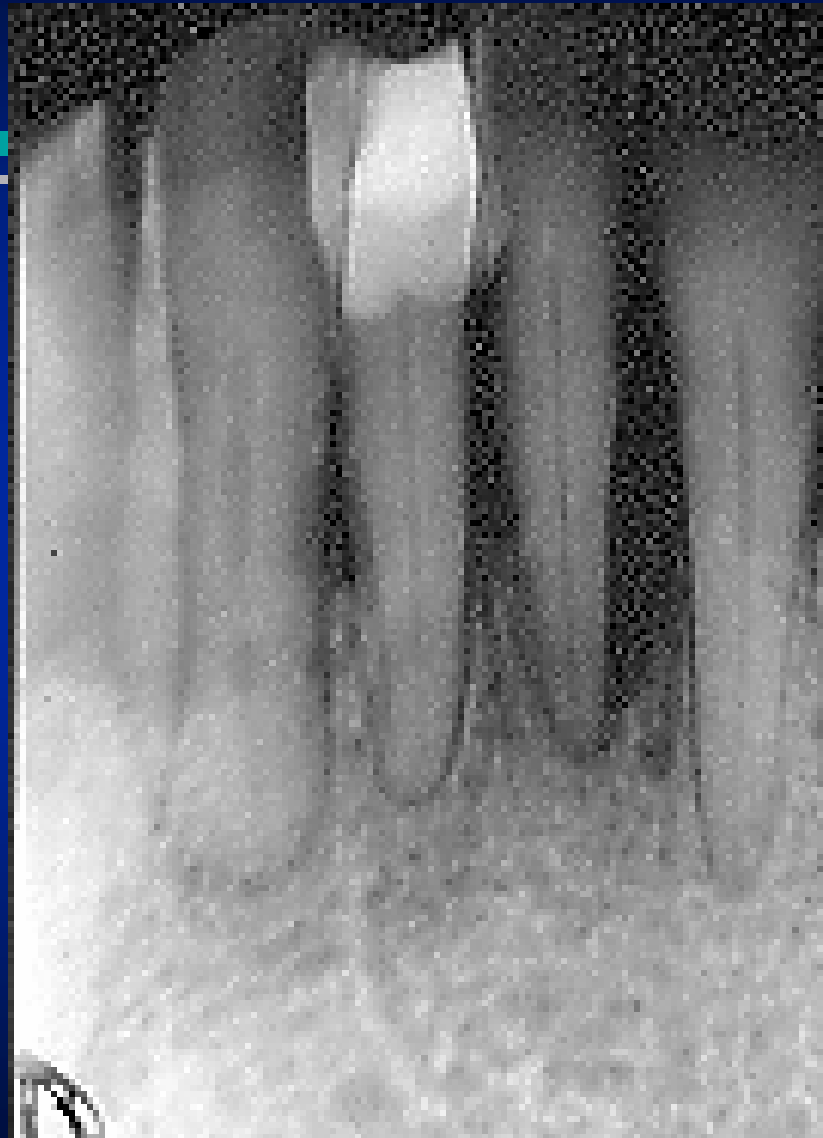
CLÍNICA

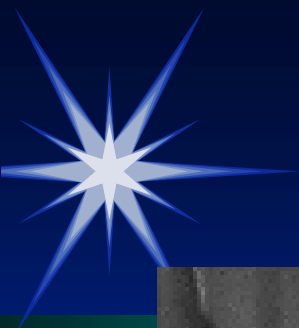
/// DIAGNÓSTICO

- ▼ Clínica
- ▼ Radiología
- ▼ Diagnóstico diferencial
 - /// pulpitis-periodontitis
 - /// tumores intraóseos
 - /// alteraciones sinusales

/// TRATAMIENTO

- ▼ Médico: Analgesia. Antibióticos. Antiinflamatorios
- ▼ Endodóncico: Drenaje. Limpieza. Relleno
- ▼ Quirúrgico: Drenaje. Apicectomía. Exodoncia











GRANULOMA

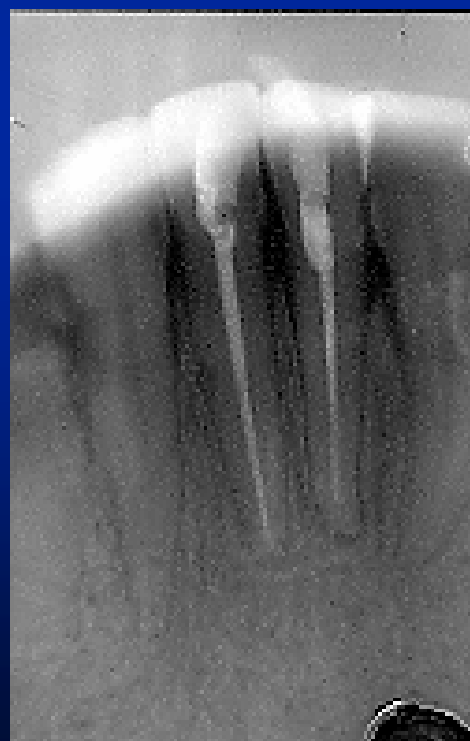
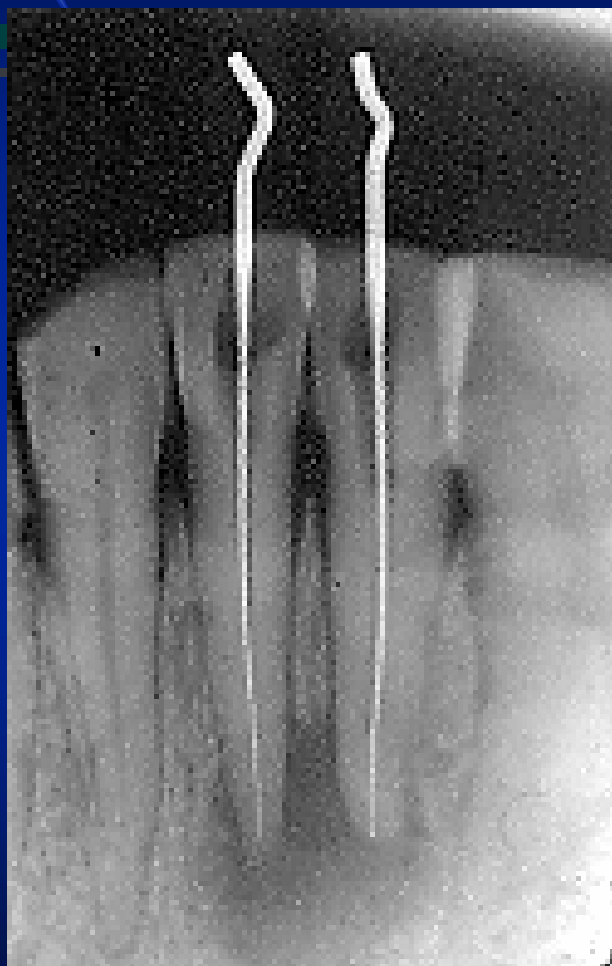
- ▶ El granuloma constituye una lesión defensiva, hiperplásica, localizada en el periodonto, ante una reacción inflamatoria no intensa pero persistente, constante a nivel del periápice o en la salida de los conductos secundarios

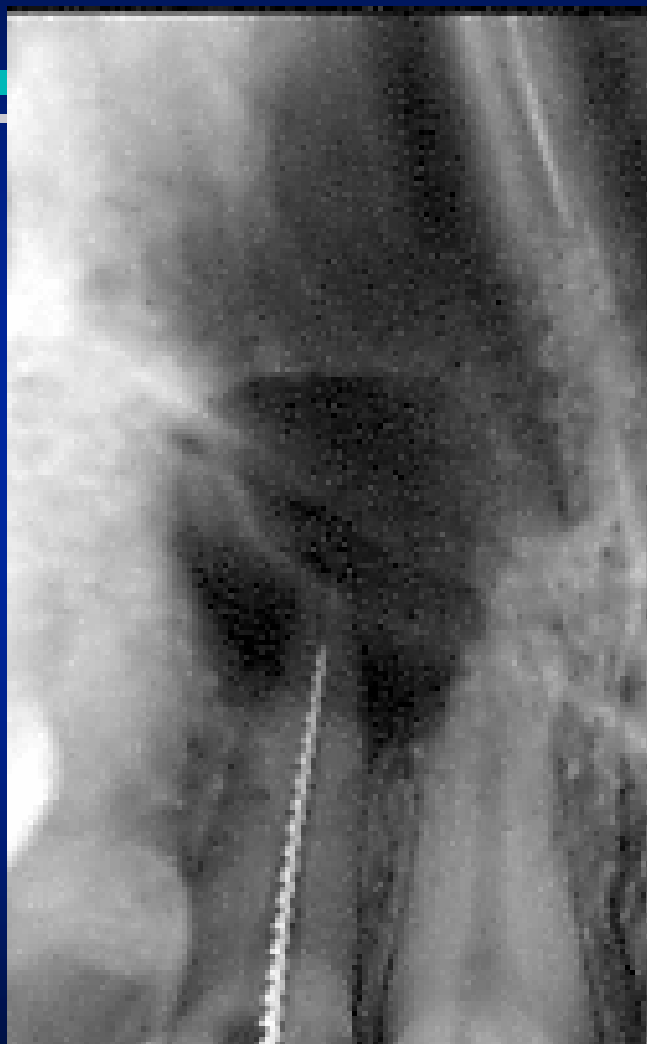




- /// El granuloma se continua sin línea de demarcación precisa con el tejido necrótico pulpar que sale a través del conducto apical
- /// Los restos epiteliales de Malassez pueden quedar atrapados en la masa del granuloma, constituyendo cordones irregulares, o por el contrario revestir la periferia de la cápsula granulomatosa
- /// Se desarrolla y crece a expensas de la masa de hueso alveolar, en cuyo seno excava una cavidad de superficie regular y lisa, en función de la presión y la osteolisis
 - ▼ **Siembra bacteriana**
 - ▼ **Alteraciones vegetativas y tróficas**

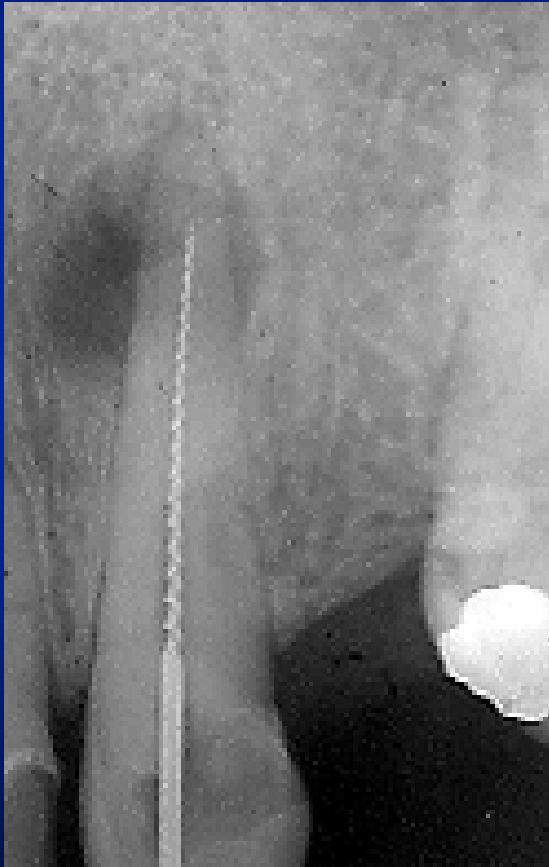




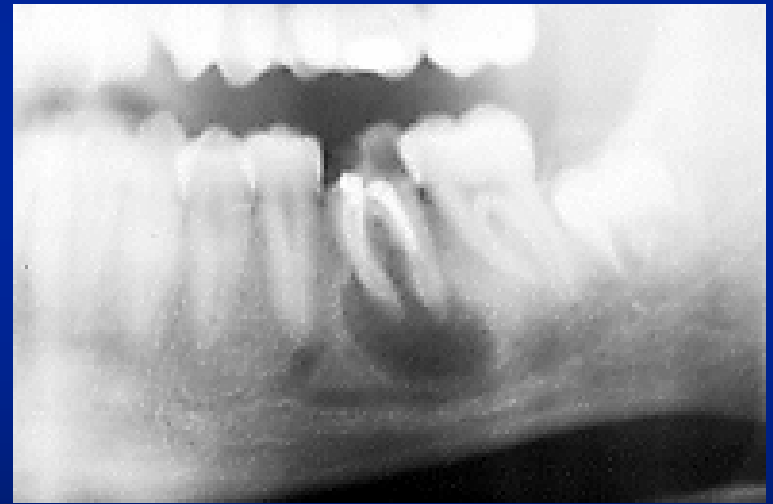


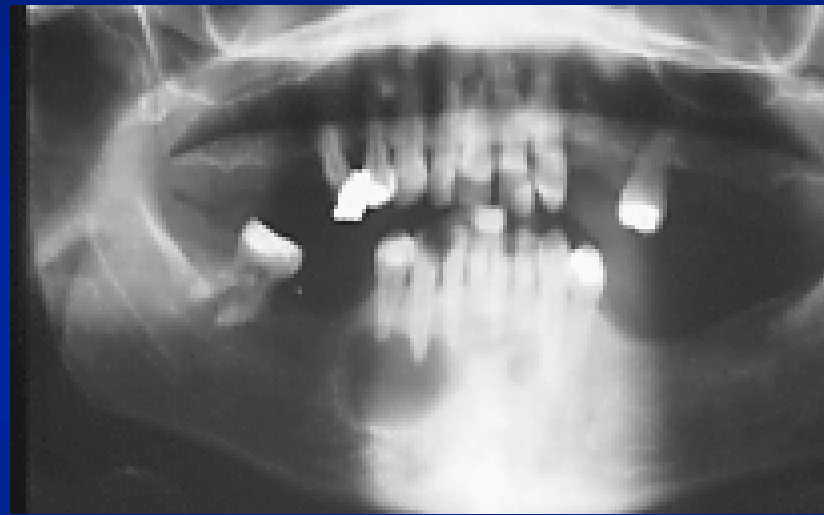
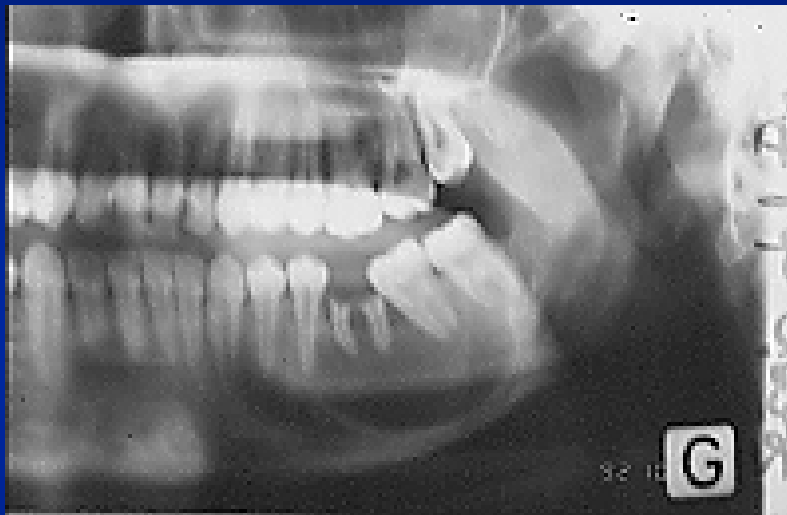


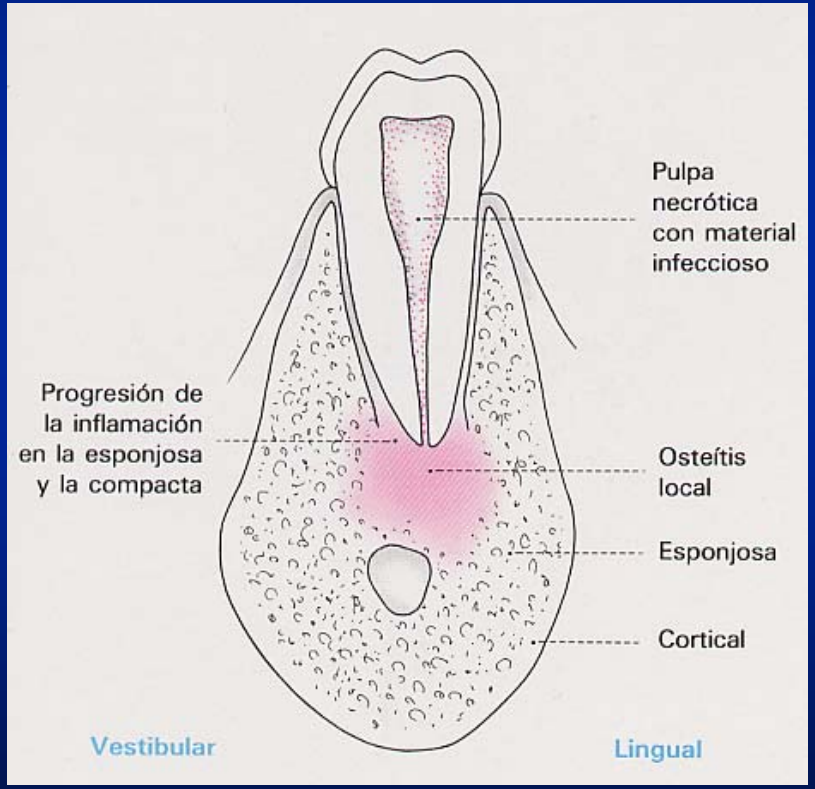
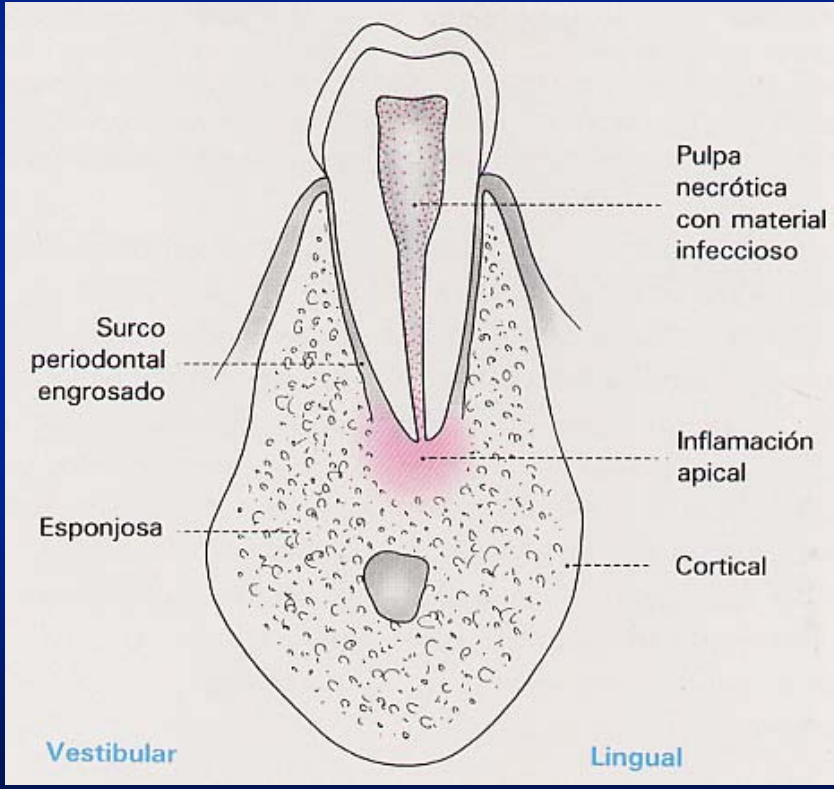


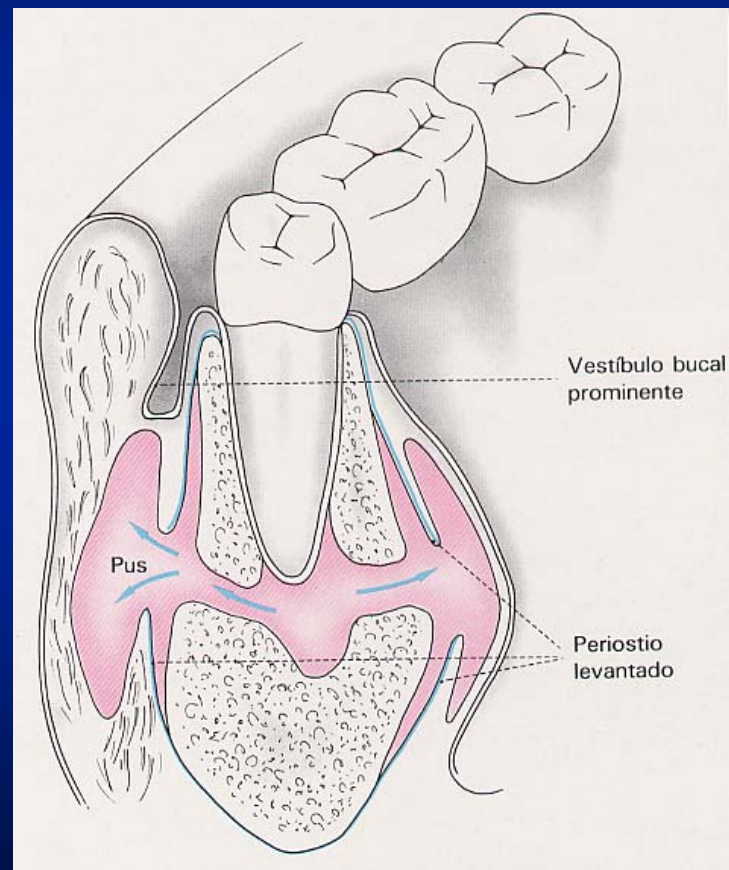
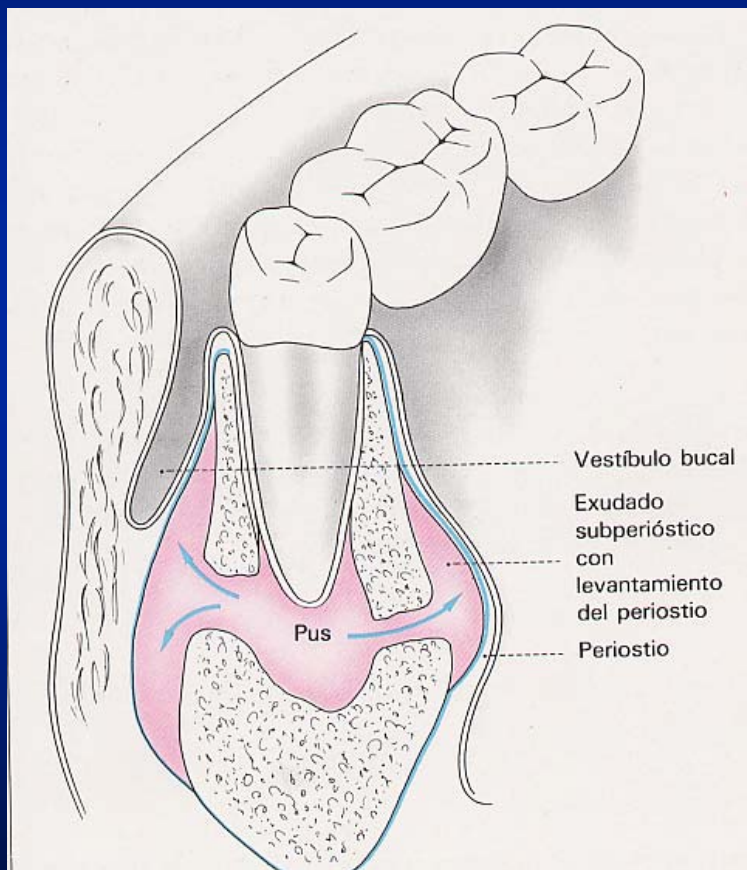


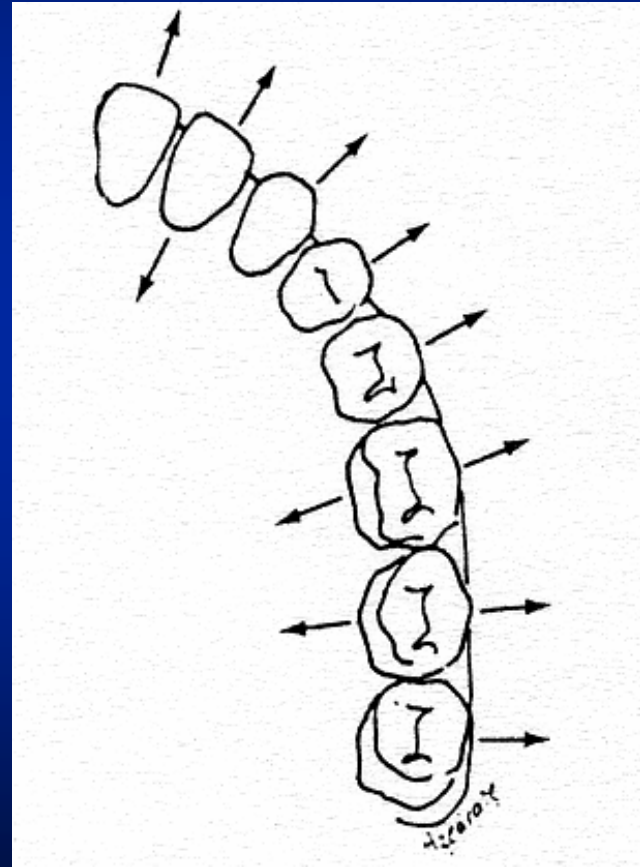
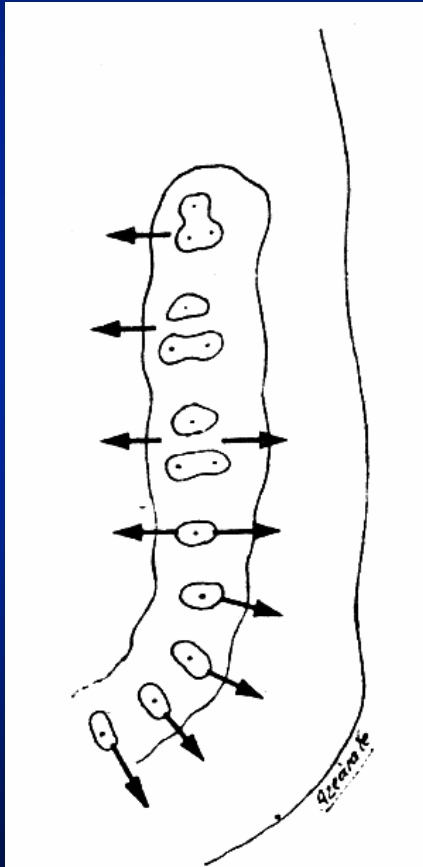


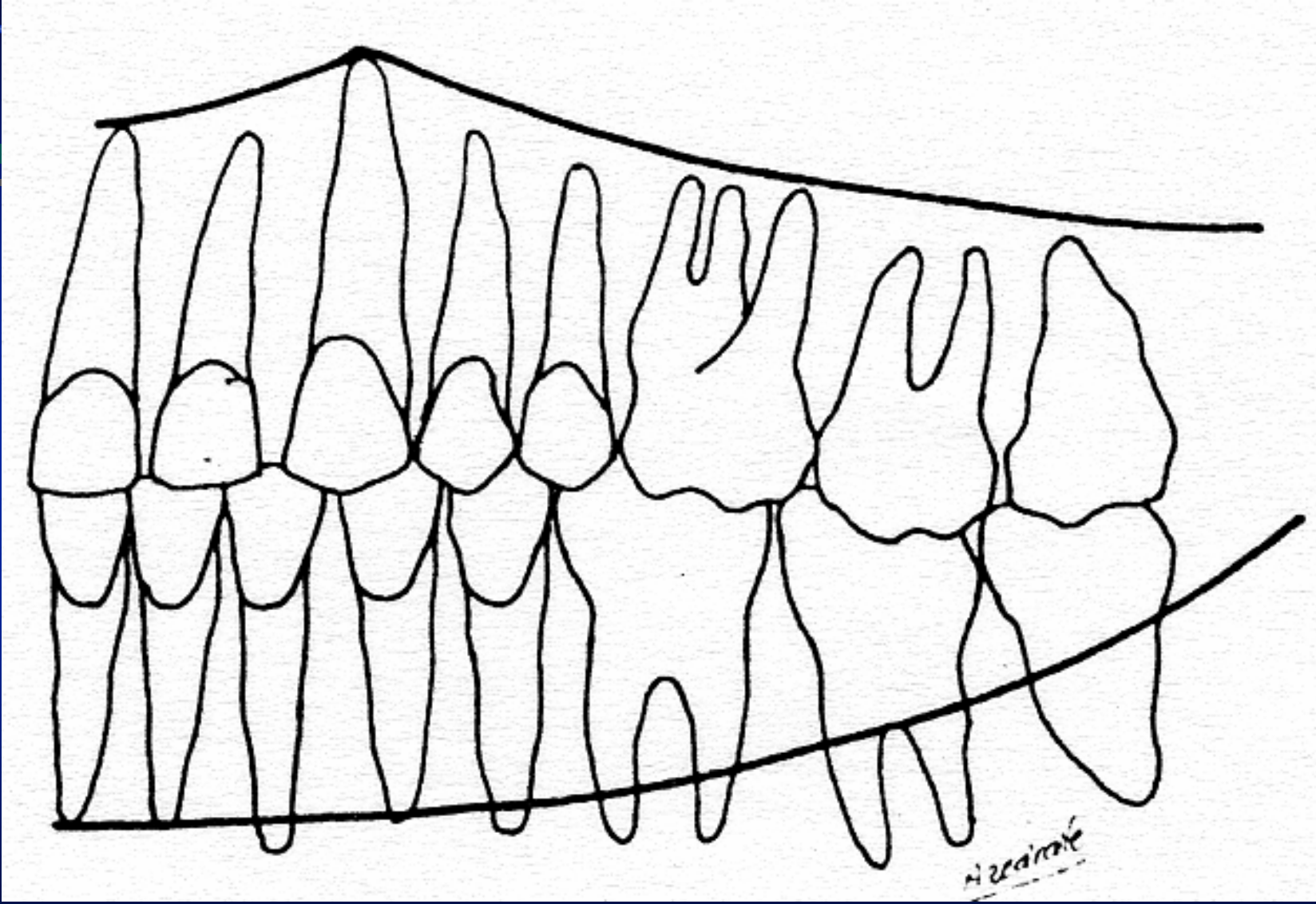


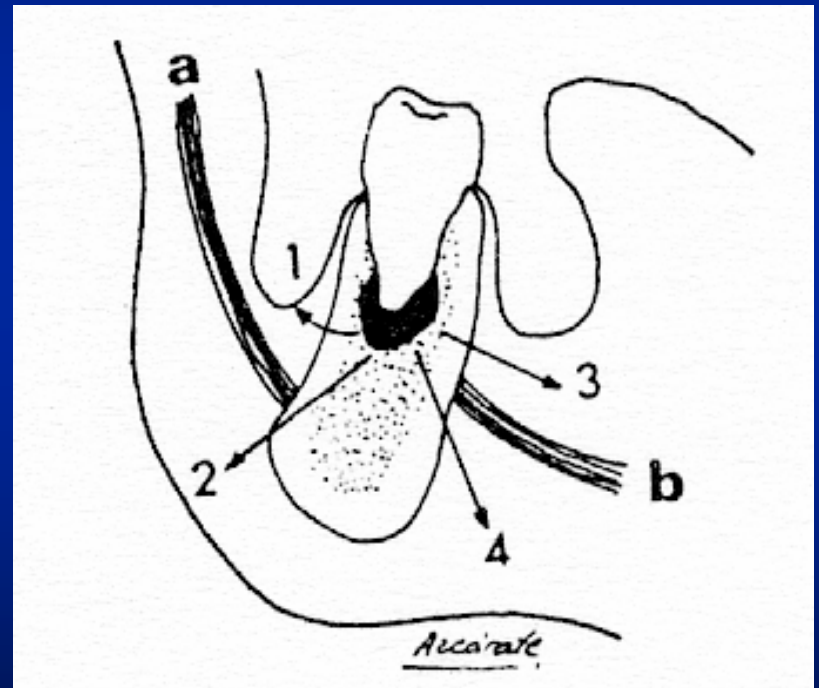
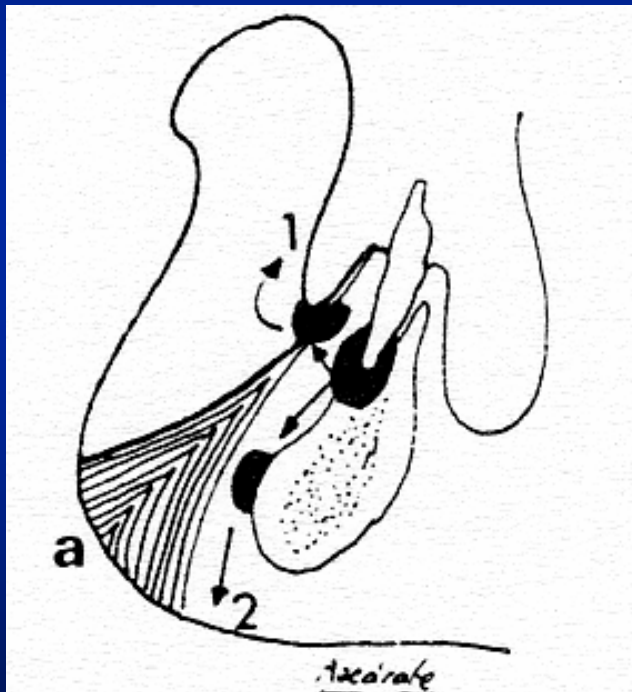


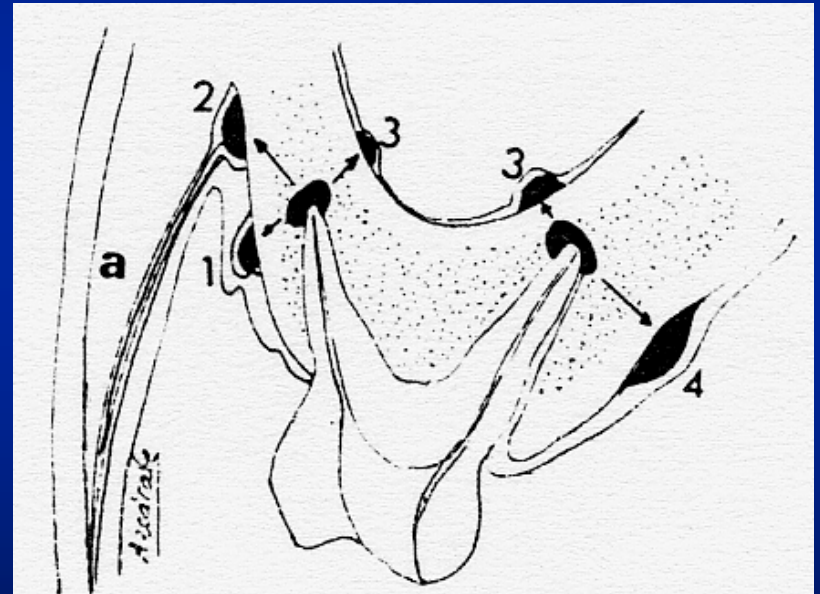
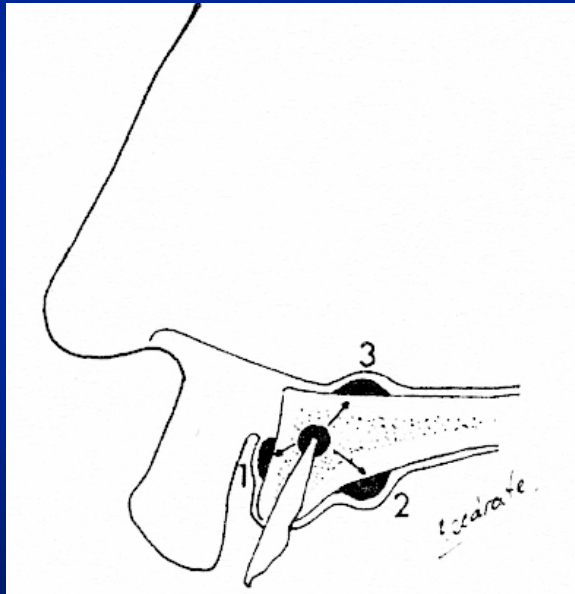














CELULITIS

ETIOPATOGENIA

□ A) CAUSAS DENTARIAS

- Caries penetrante → afectación pulpar
→ periodontitis → granuloma → quiste
- Periodontitis química
- Periodontitis de origen traumático
 - Contusión
 - Subluxación
- Mortificación pulpar vía retrógrada



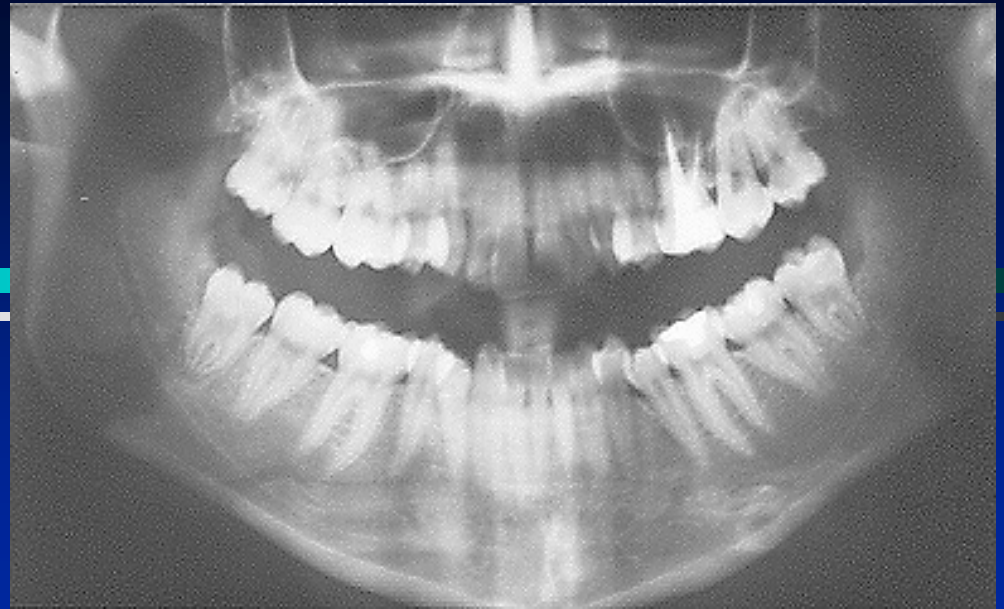
CELULITIS

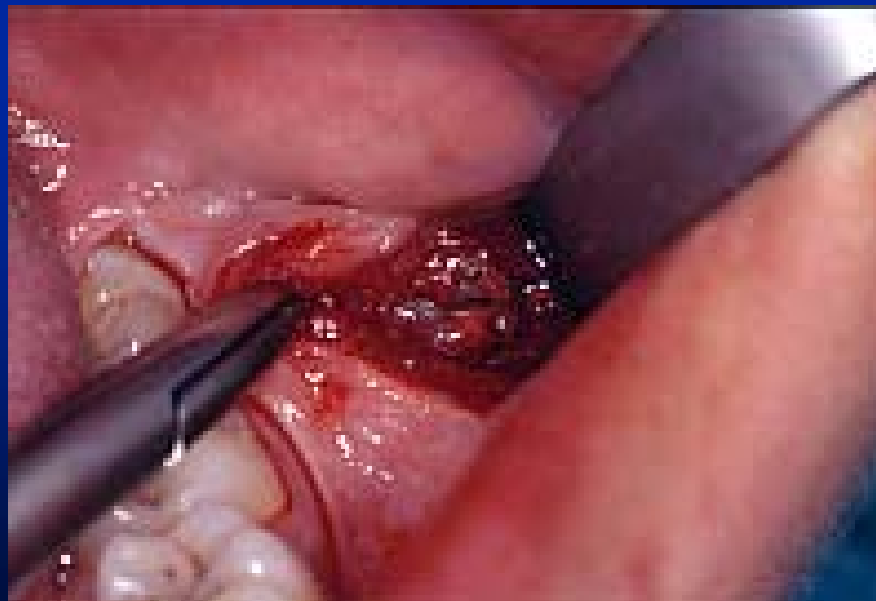
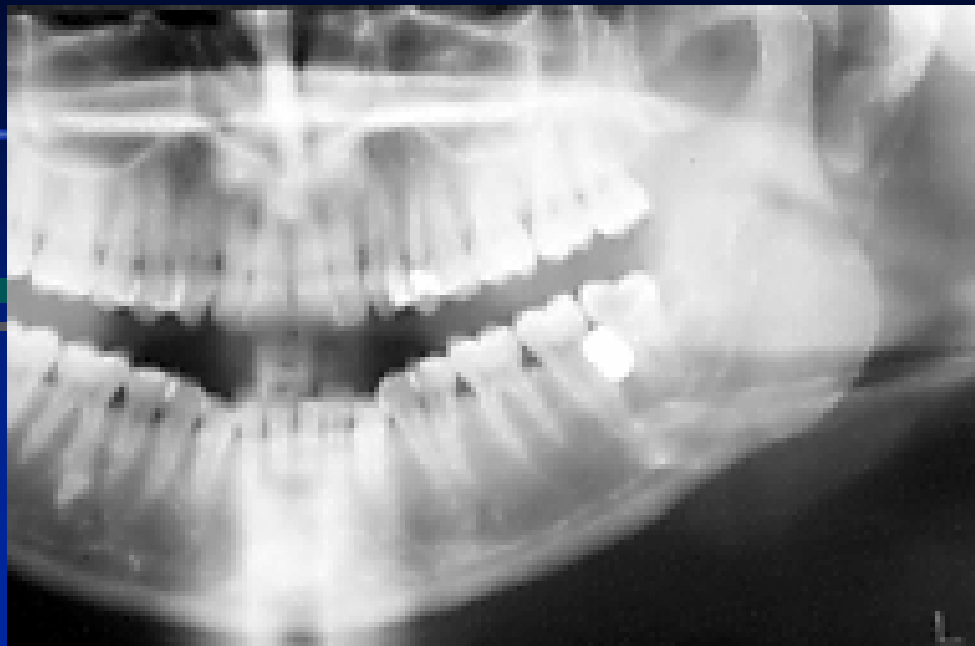
ETIOPATOGENIA

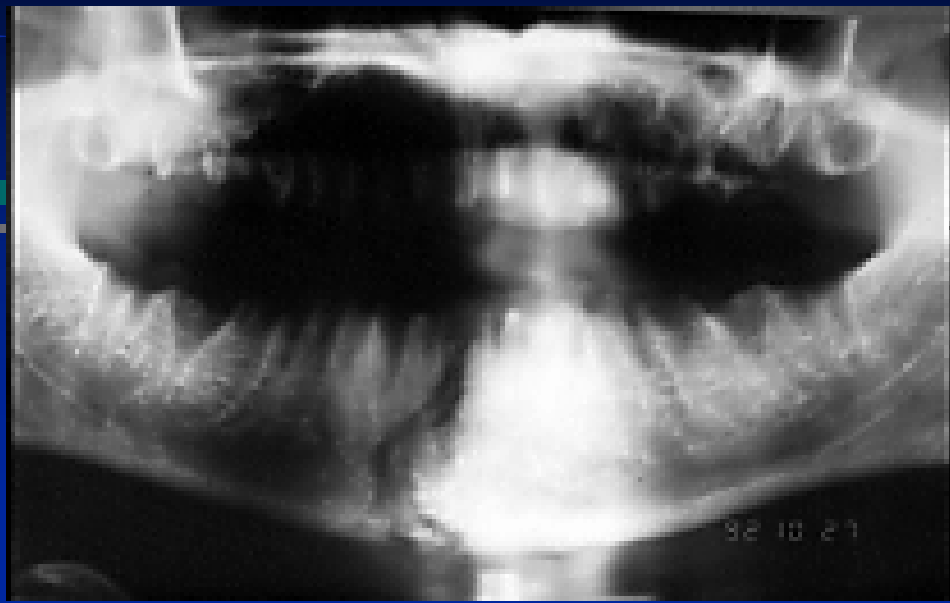
- ❑ B) CAUSAS PERIDENTARIAS
 - Accidentes de erupción: pericoronaritis
 - Parodontopatías: siembra directa
 - Lesiones mucosas

- ❑ C) CAUSAS INDEPENDIENTES DEL ÓRGANO DENTARIO
 - Fractura maxilar
 - Hematoma infectado
 - Cuerpo extraño incluido
 - Herida cutánea o mucosa
 - Afectación de glándula salival

- ❑ D) CAUSAS YATRÓGENAS









CELULITIS AGUDA SEROSA

CLÍNICA

- ❑ Tumoración que aumenta en decúbito, sin cambio de color
- ❑ **DIENTE CAUSAL**
 - Pérdida de color
 - Dolor
- ❑ Formas clínicas: formas topográficas

TRATAMIENTO

- ❑ Antibioterapia
- ❑ Tratamiento causal



CELULITIS AGUDA SUPURADA

CLÍNICA

- ❑ Fluctuación del foco purulento
- ❑ Color rojizo
- ❑ Impresión blanquecina del dedo
- ❑ Trismo
- ❑ Fetidez del aliento
- ❑ **SIGNOS GENERALES DE INFECCIÓN**
 - astenia
 - fiebre
 - leucocitosis con desviación a la izquierda
 - aumento de la VSG



CELULITIS AGUDA SUPURADA

FORMAS CLÍNICAS. FORMAS TOPOGRÁFICAS

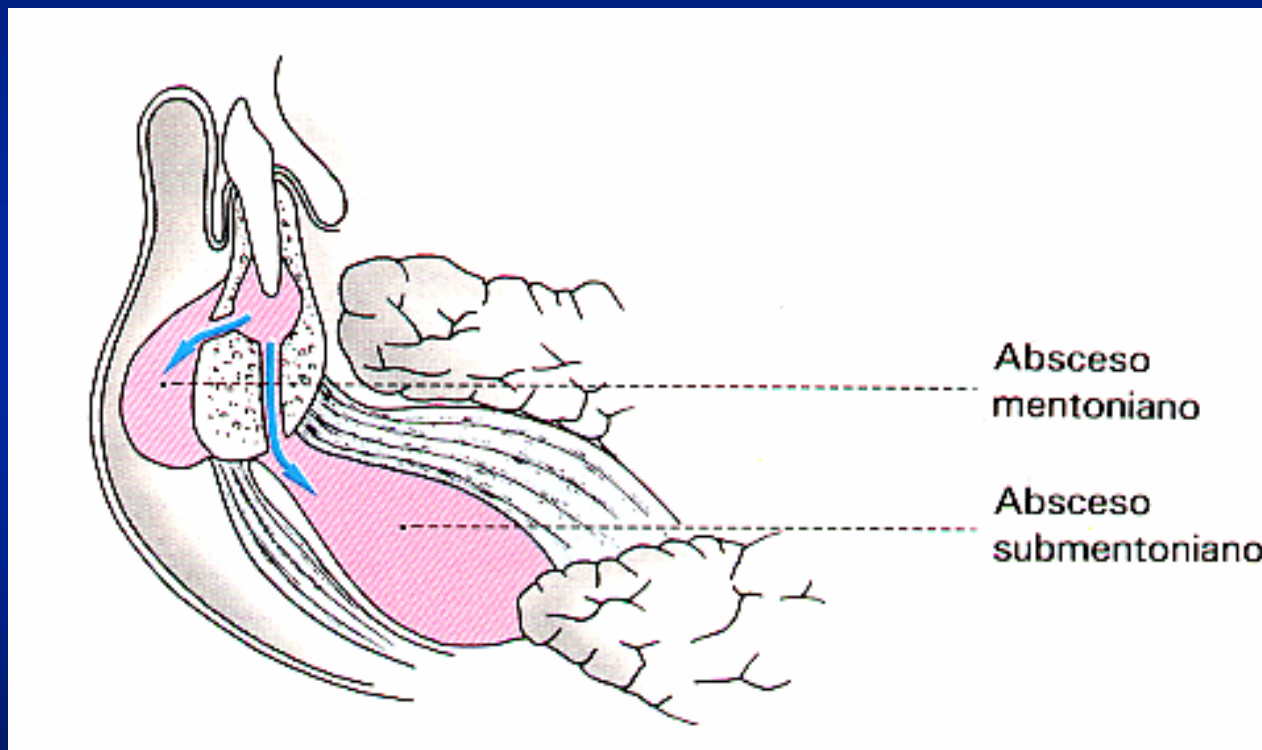
□ MAXILAR INFERIOR

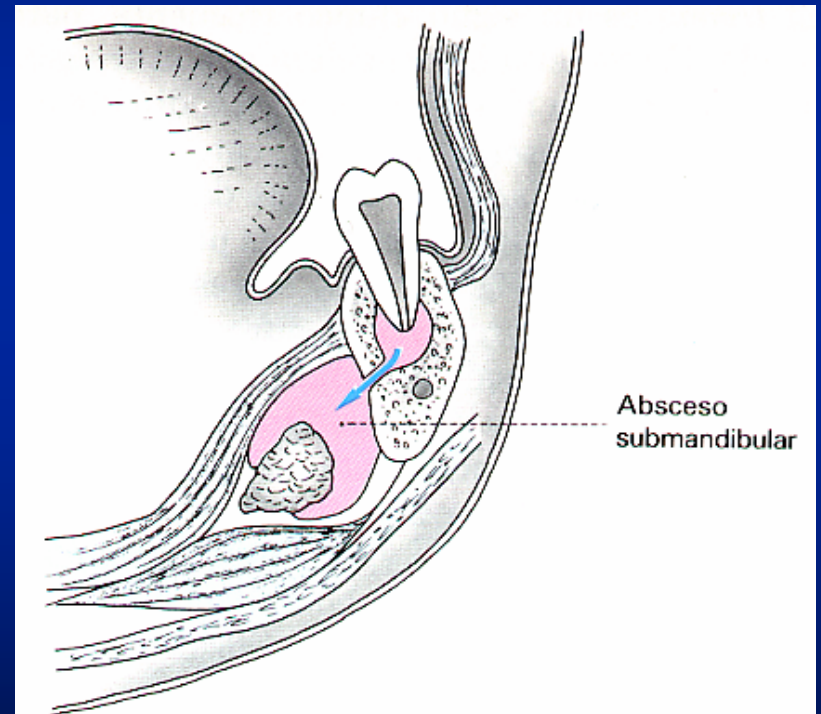
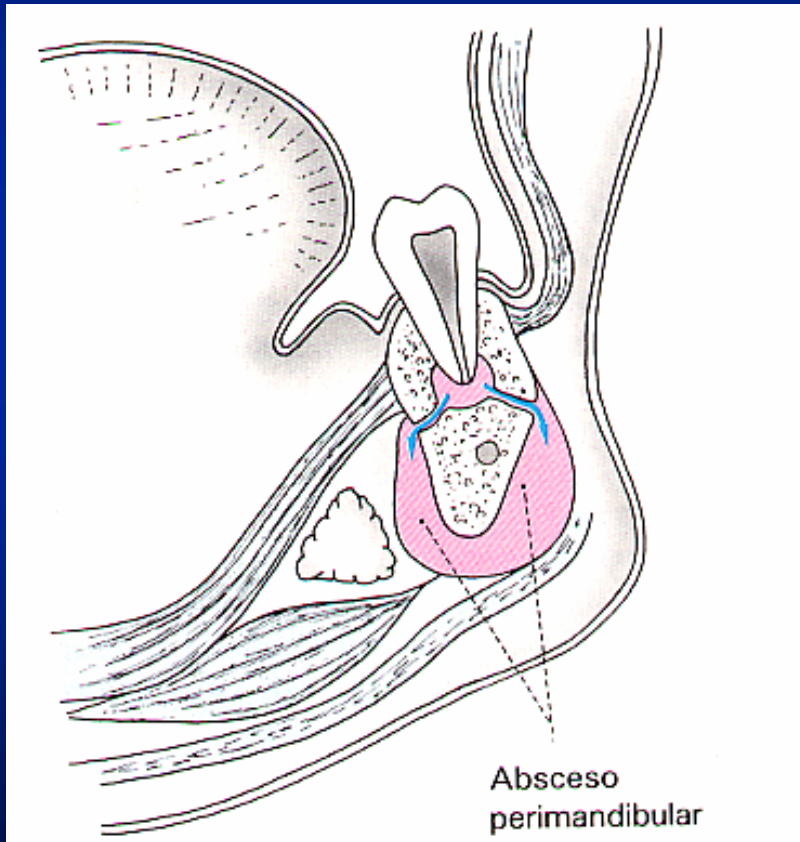
▪ Externas

- Celulitis mentoniana
- Celulitis geniana. Absceso migratorio o celulitis migratoria de Chompret y L'Hirondel

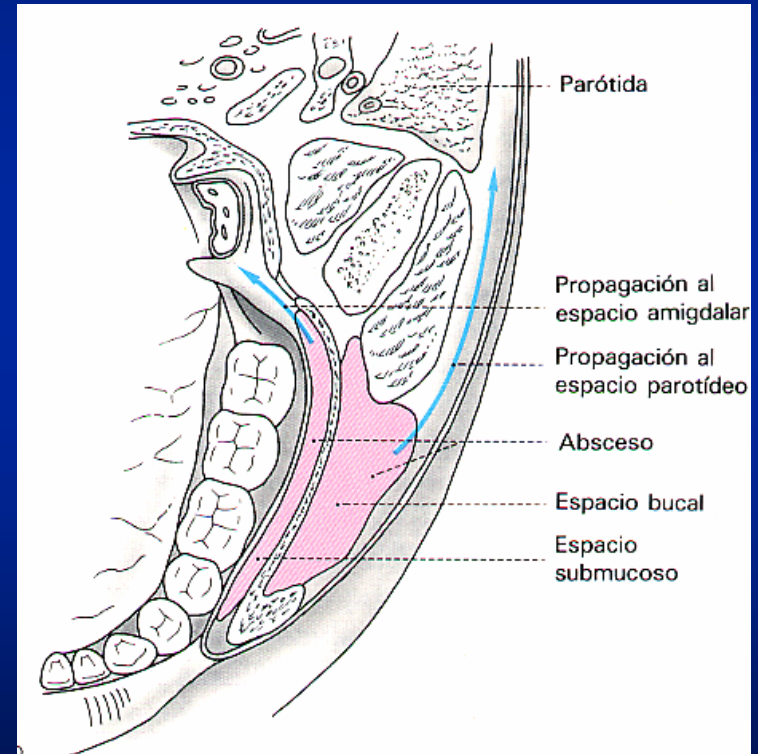
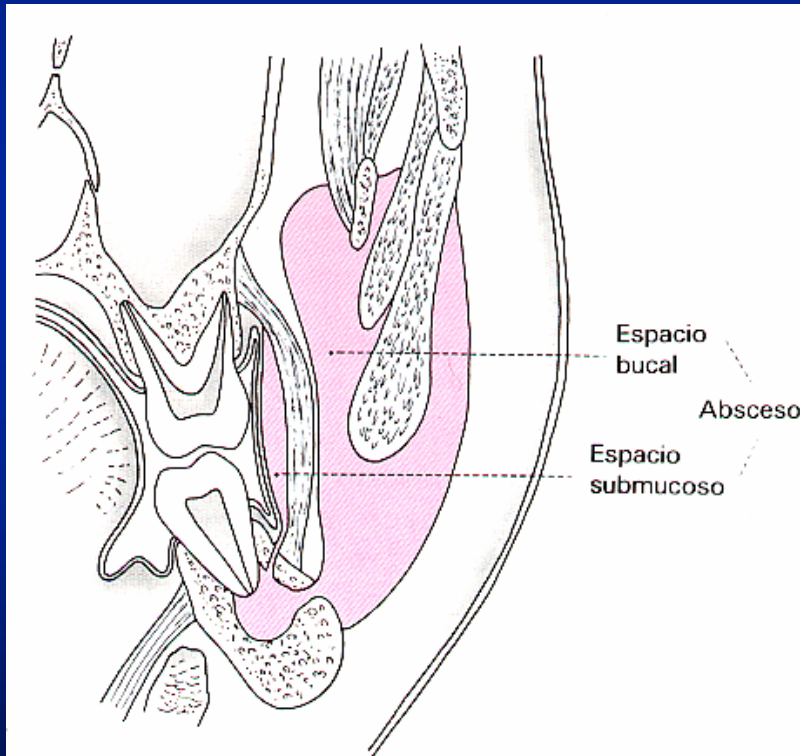
▪ Internas

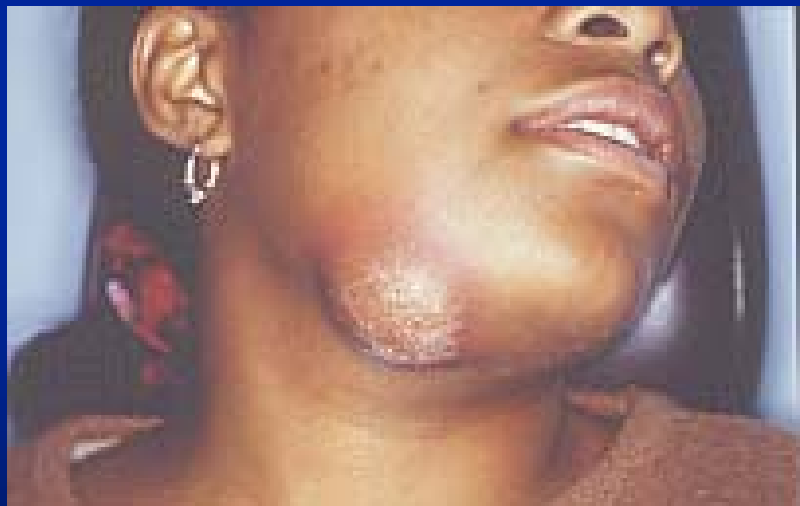
- Supramilohioideas
- Inframilohioideas

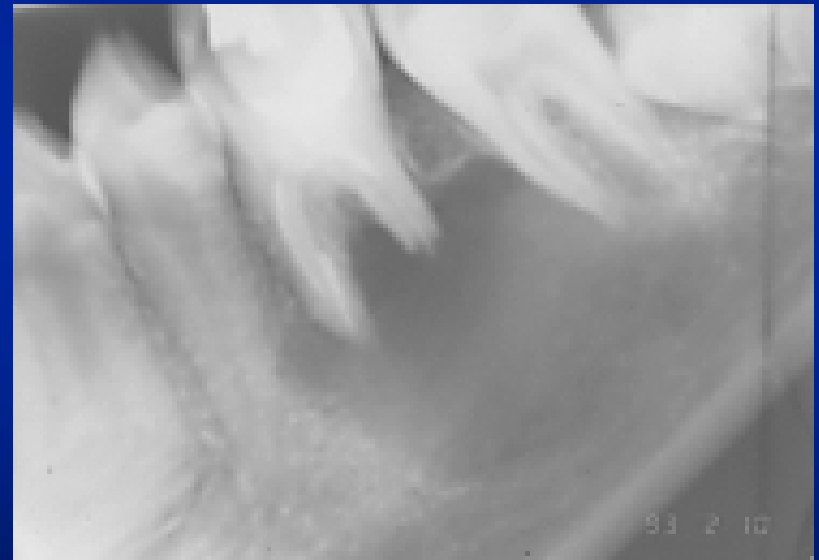


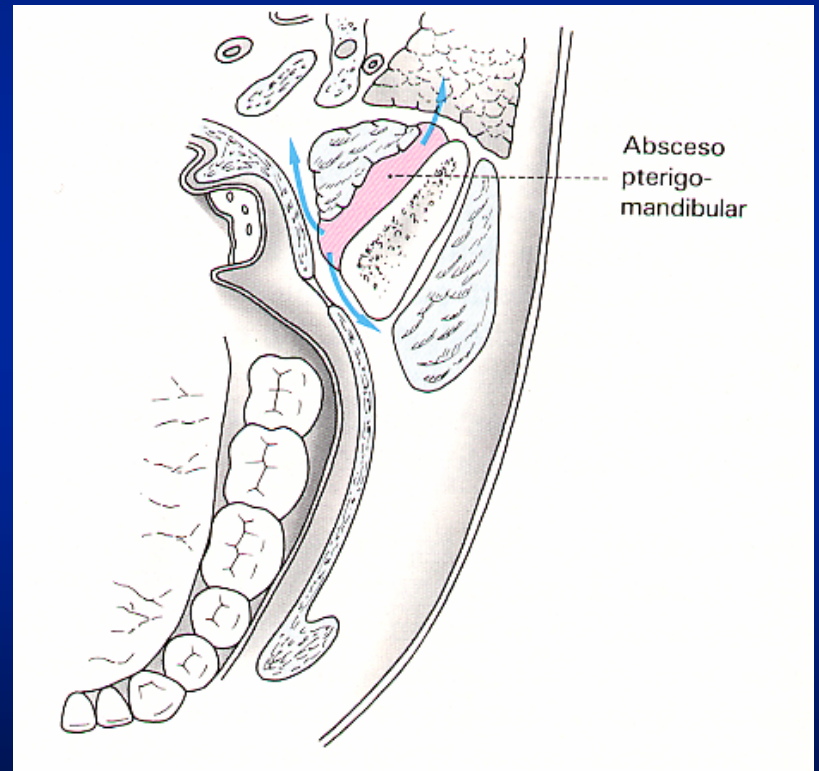
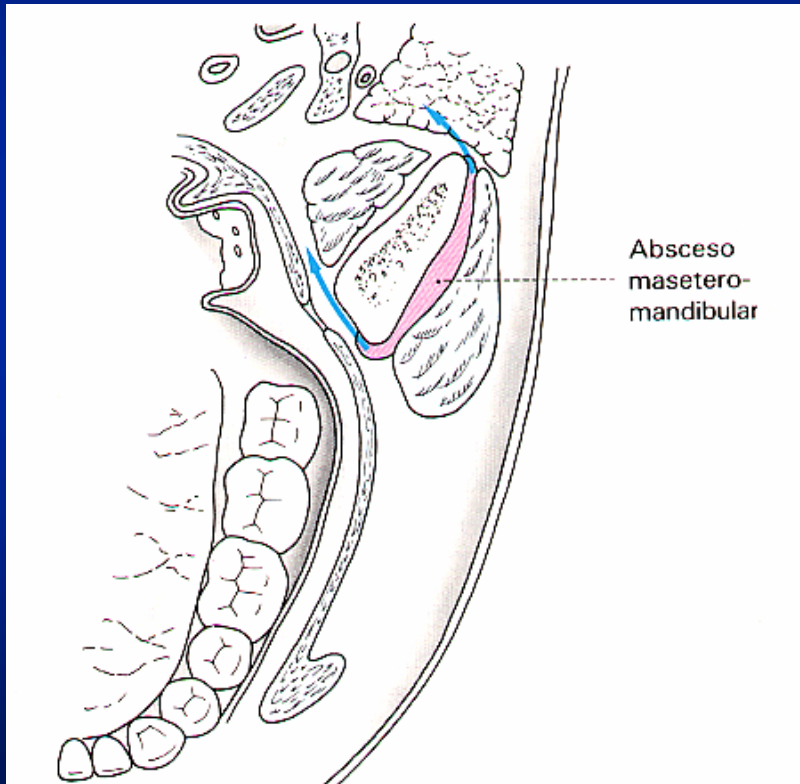


Región paramandibular







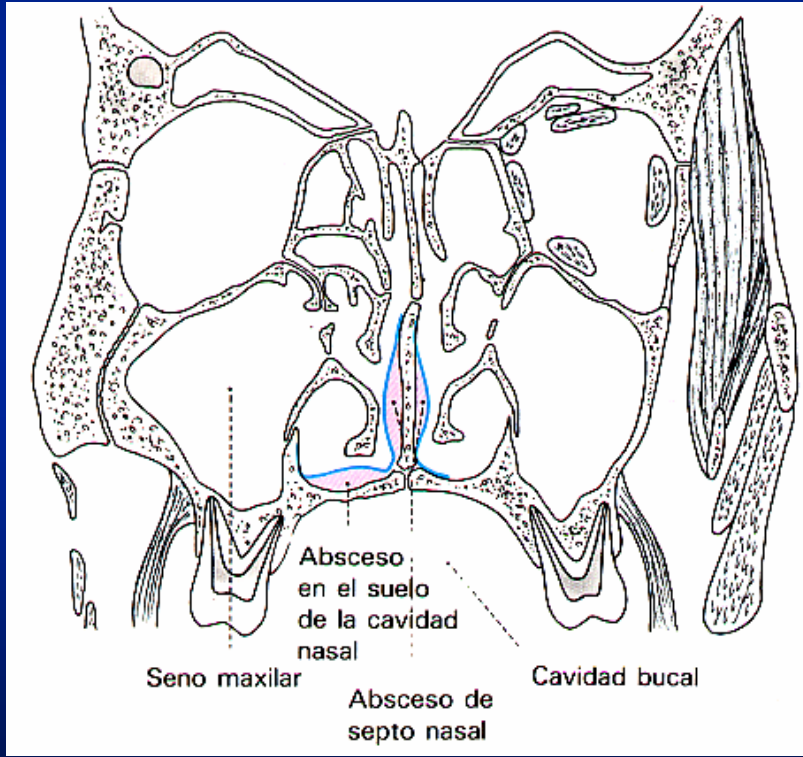




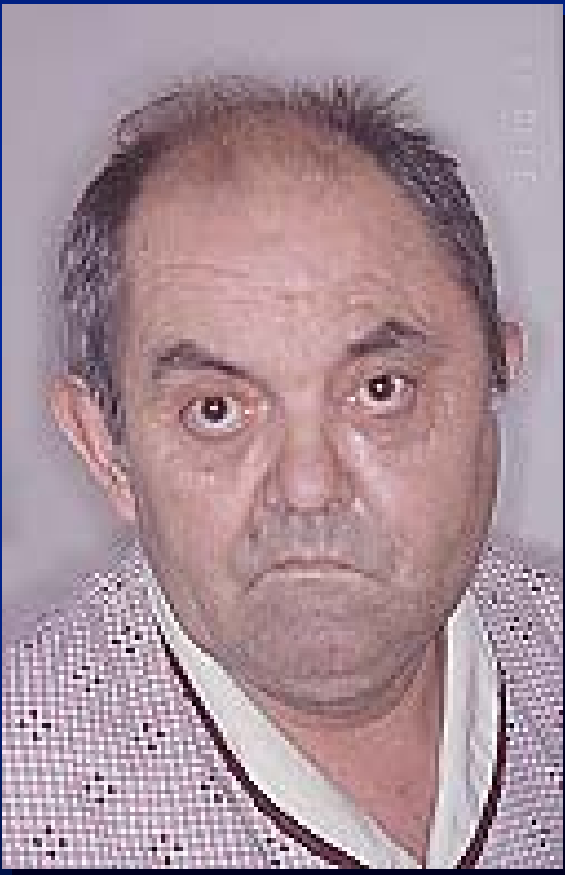
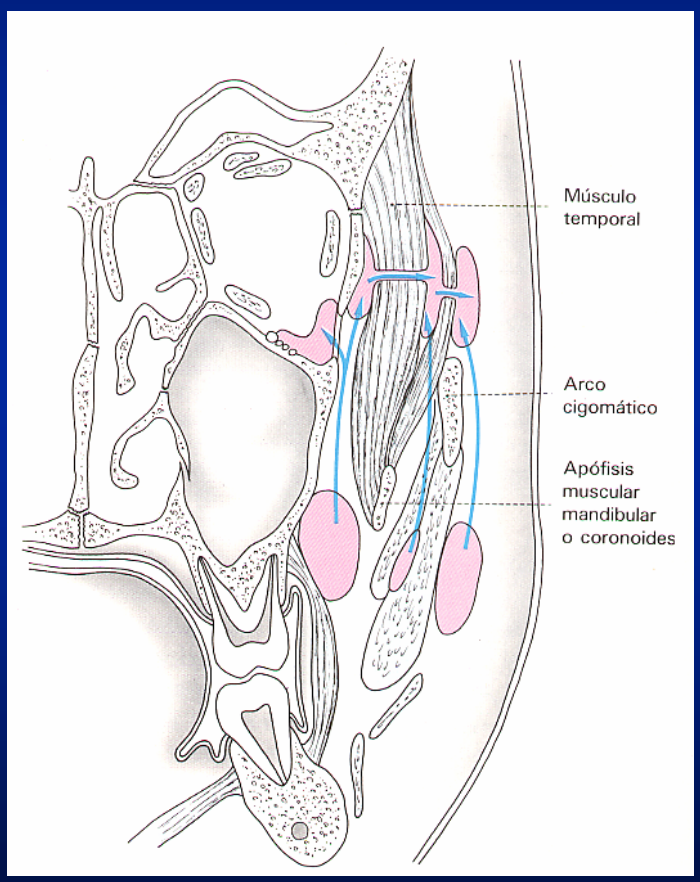
CELULITIS AGUDA SUPURADA

FORMAS CLÍNICAS. FORMAS TOPOGRÁFICAS

- ▣ **MAXILAR SUPERIOR. ERUPCIÓN DE CORDALES**
 - **Celulitis maseeterina**
 - Trismo
 - Flemón de Escat
 - **Absceso de Terracol supra-amigdalino**
 - **Celulitis pterigomaxilar**
 - Dolor
 - Tromboflebitis







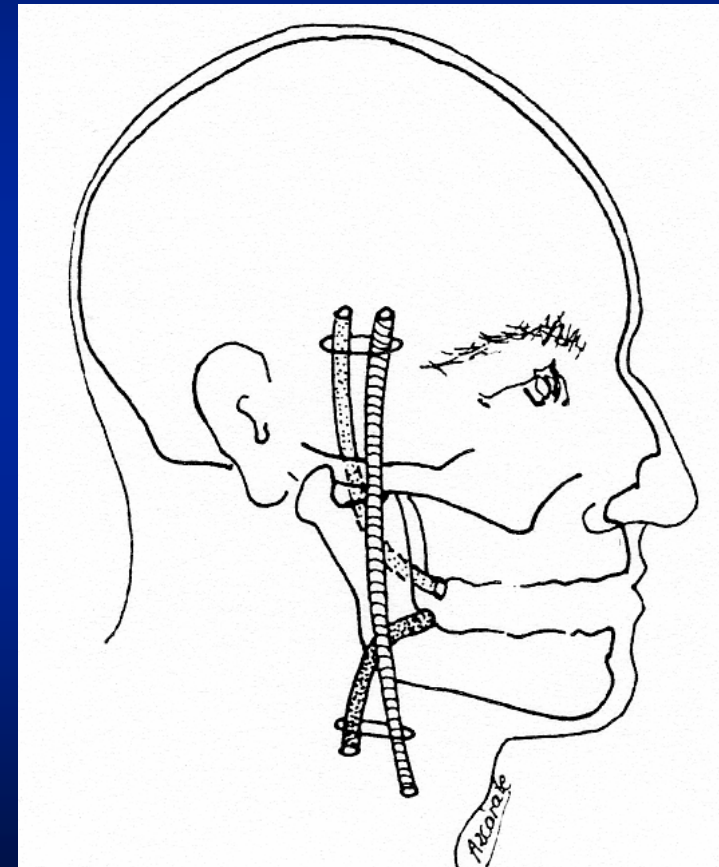
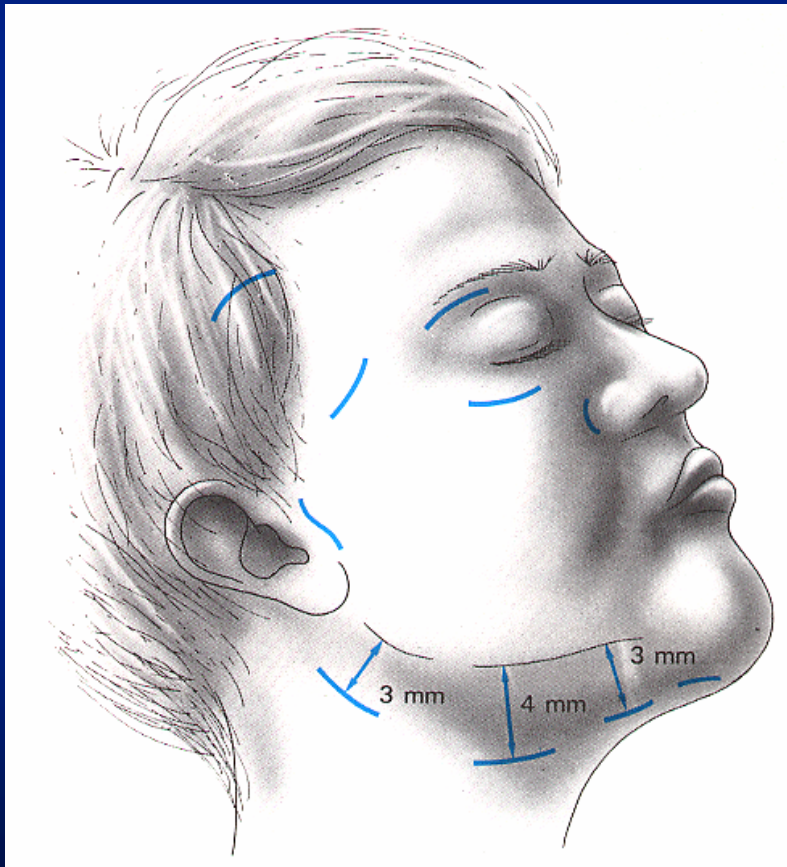


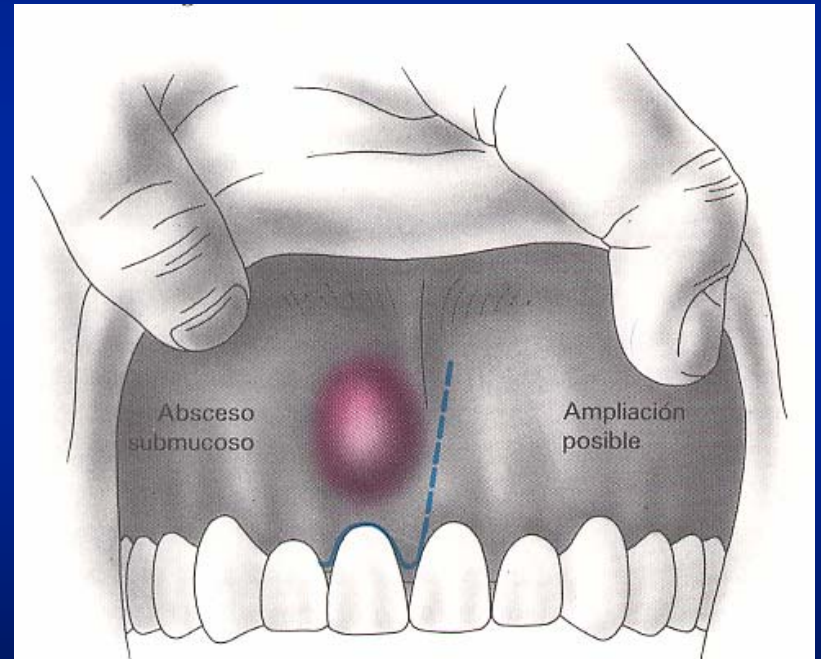
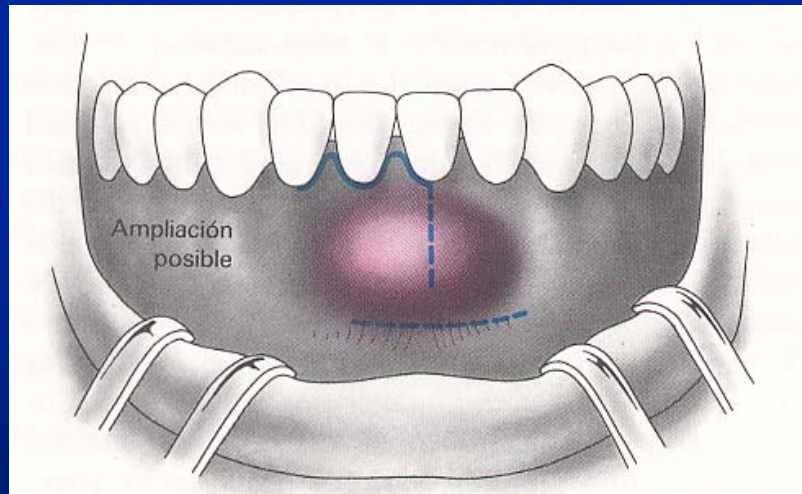


CELULITIS AGUDA SUPURADA

TRATAMIENTO

- ❑ **Antibioterapia**
- ❑ **Drenaje**
 - ❑ **extraoral**
 - ❑ **intraoral**
- ❑ **Tratamiento causal**











CELULITIS AGUDA DIFUSA

ETIOLOGÍA

- ❑ **90 % DE CAUSA DENTARIA**
- ❑ **10 % DE CAUSA AMIGDALINA**



CELULITIS AGUDA DIFUSA

CLÍNICA

- ▣ **A) PERIODO DE COMIENZO**
 - Brusco. Escalofríos. Malestar general
 - Náuseas. Vómitos
 - Sudoración profusa
- ▣ **B) PERIODO DE ESTADO**
 - Signos generales: Facies terrosa. Respiración entrecortada. Hipotensión
 - Diarreas profusas. Vómitos
 - Oliguria y albuminuria
 - Toxemia hepática. Somnolencia
 - Trismo intenso, dureza leñosa
 - NO SUPURACIÓN, sino hasta 5-6 días



CELULITIS AGUDA DIFUSA

□ A) REGIONALES

- Osteítis maxilares
- Artritis purulenta de la ATM
- Tromboflebitis
- Obstrucción mecánica de la glotis

COMPLICACIONES

□ B) GENERALES

- Meningitis
- Infección pleuropulmonar
- Coagulación intravascular diseminada
- Muerte
 - síncope reflejo miocárdico
 - asfixia de origen central o por obstrucción de vía aérea
 - coma hepático



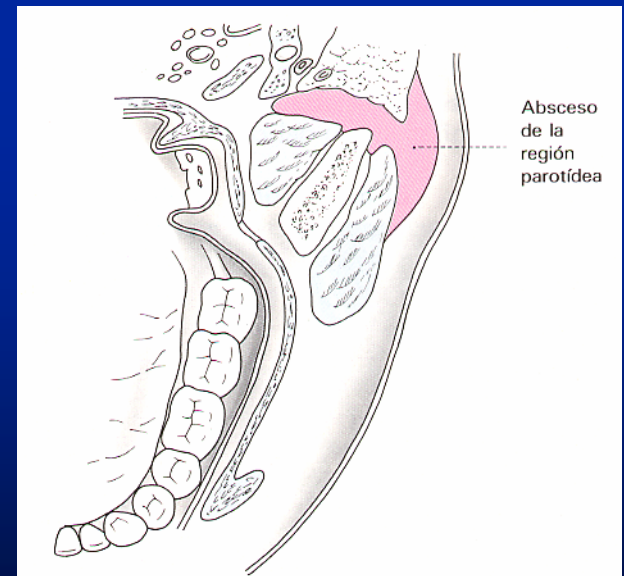
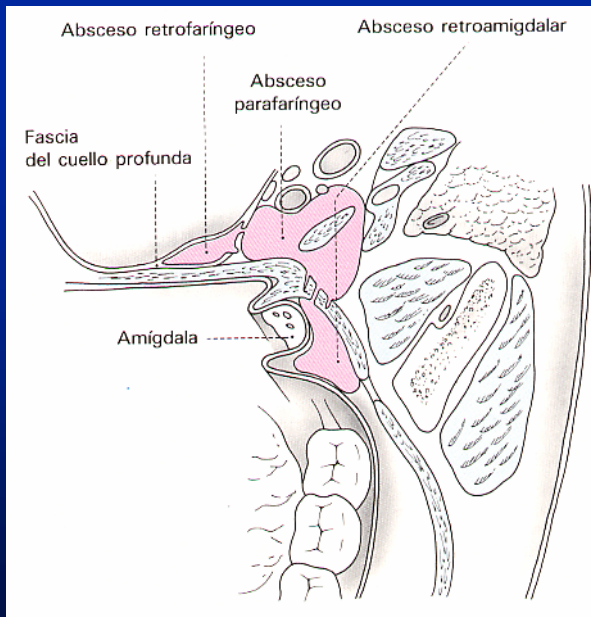
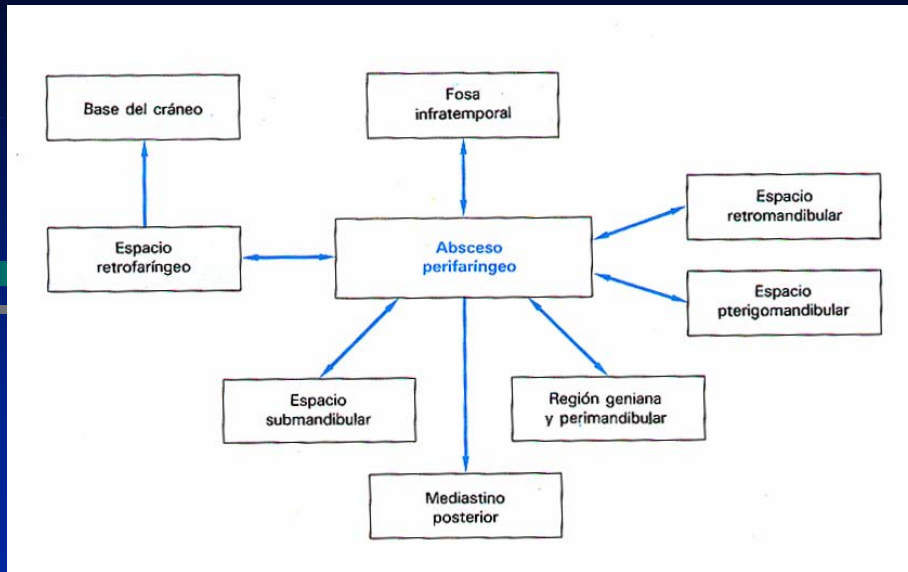
CELULITIS AGUDA DIFUSA

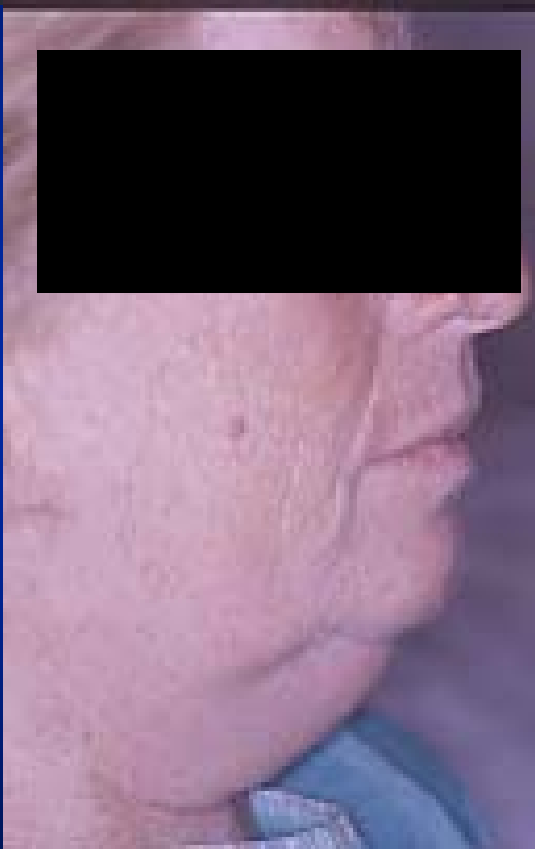
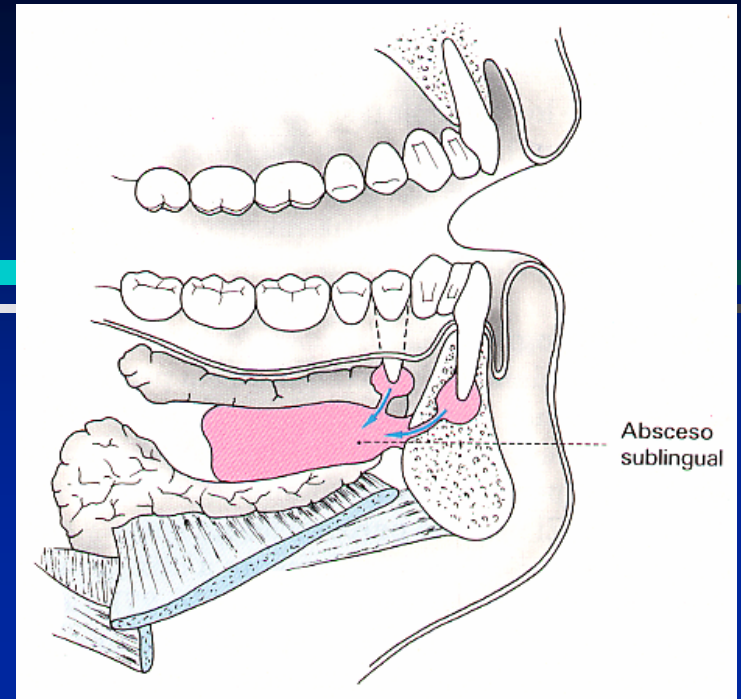
FORMAS TOPOGRÁFICAS

- ❑ **Angina de Ludwig o supramilohioidea**
- ❑ **Celulitis inframilohioidea o de Patel y Clavel**
- ❑ **Celulitis difusa perifaríngea o enfermedad de Senator**
- ❑ **Celulitis difusa facial**

TRATAMIENTO

- ❑ **Tratamiento médico**
 - **Antibioterapia. Corticoides**
 - **Anticoagulantes**
 - **Tratamiento coadyuvante: cardiovascular, hídrico**
- ❑ **Tratamiento quirúrgico**







CELULITIS CRÓNICA

CELULITIS CRÓNICA CIRCUNSCRITA

□ ETIOPATOGENIA

- Persistencia de lesión dentaria causal no tratada
- Tratamiento antibiótico prolongado, sin drenaje adecuado

□ ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Reacciones tisulares mínimas
- Débil neoformación vascular
- Esclerosis de fibras colágenas



CELULITIS CRÓNICA

CELULITIS CRÓNICA CIRCUNSCRITA

CLÍNICA



- Comienzo lento, con aumento de volumen de un nódulo de consistencia firme.
- Antecedentes periodontitis aguda antigua
- Indolora a la palpación y deslizable bajo el plano cutáneo
- Evolución en forma de brotes.



CELULITIS CRÓNICA

CELULITIS CRÓNICA CIRCUNSCRITA

❑ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Quiste sebáceo. Quiste tirogloso. Lipoma. Tumor vascular. Adenopatías (inespecíficas, TBC...).
- Goma sifilítica.

❑ TRATAMIENTO

- Tratamiento del diente causal
- Nódulo de la celulitis
 - resección en bloque de la lesión
 - drenaje si hay reblandecimiento



CELULITIS CRÓNICA

CELULITIS CRÓNICA ACTINOMICÓOSICA

ETIOPATOGENIA

- La actinomicosis cervico-facial representa el 75% de las que se presentan en la economía.
- Producida por actinomicos anaerobios

CELULITIS CRÓNICA ACTINOMICÓOSICA

▣ CLÍNICA

- Tumefacción subcutánea, dando una placa ligeramente elevada e indolora a la palpación
- Exteriorización y fistulización en varios lugares
- Líquido seroso o purulento con granos amarillos
- Agudizaciones con aumento de la temperatura, dolor y trismo
- Antecedentes de una exodoncia, semanas antes





CELULITIS CRÓNICA ACTINOMICÓSCICA

▣ TRATAMIENTO

- Médico
 - penicilina 15-20 m. uu/24 h IM 30 días
 - eritromicina 2.5-3 gr/24 h
- Drenaje de las lesiones si hay fluctuación.
- Lavado de las lesiones con soluciones de antibióticos y yodo





OSTEOMIELITIS

- La osteomielitis se define como un proceso inflamatorio del tejido conjuntivo intraóseo
- Fundamentalmente por estafilococos y estreptococos
- OSTEITIS. MEDULITIS. PERIOSTITIS. PANOSTEITIS
- Rarefacción. Necrosis. Condensación
- **FORMAS DE EVOLUCIÓN**
 - ▼ Osteomielitis aguda
 - ▼ Osteomielitis crónica
 - ▼ *FLEMÓN MEDULAR*: Infiltración inflamatoria difusa
 - ▼ *ABSCESO MEDULAR*: Reblandecimiento y fusión purulentos
 - ▼ *PERIOSTITIS*

OSTEOMIELITIS

ETIOPATOGENIA

✓ Causas locales endógenas

▼ Dentarias

- periodontitis
- necrosis pulpar sin caries

▼ Paradentarias

- periodontopatías
- fracturas
- heridas por armas de fuego
- celulitis externas
- causas mucosas
- causas protéticas





OSTEOMIELITIS

ETIOPATOGENIA

✓ Causas locales exógenas

▼ Físicas

- traumatismos
- radioterapia
- electricidad
- electrocoagulación

▼ Químicas

- momificaciones pulpaes
- enf. profesionales (fósforo, mercurio, plomo)

✓ Causas generales vía hematológica



OSTEOMIELITIS

CLÍNICA

✓ PERIODO DE COMIENZO

- Fiebre
- Trismo
- Dolor acusado

✓ PERIODO DE ESTADO

- Aumento de la clínica
- Signo de Vincent
- Movilidad dentaria
- Supuración y fistulización

✓ PERIODO DE SECUESTRACIÓN

✓ PERIODO DE REPARACIÓN

✓ COMPLICACIONES Y SECUELAS

- Cicatrices
- Fracturas patológicas
- Anquilosis ATM
- Celulitis suelo de boca
- Septicemia

✓ FORMAS ABORTIVAS





OSTEOMIELITIS

✓ **DIAGNÓSTICO**

- Antecedentes
- Clínica
- Radiología

✓ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

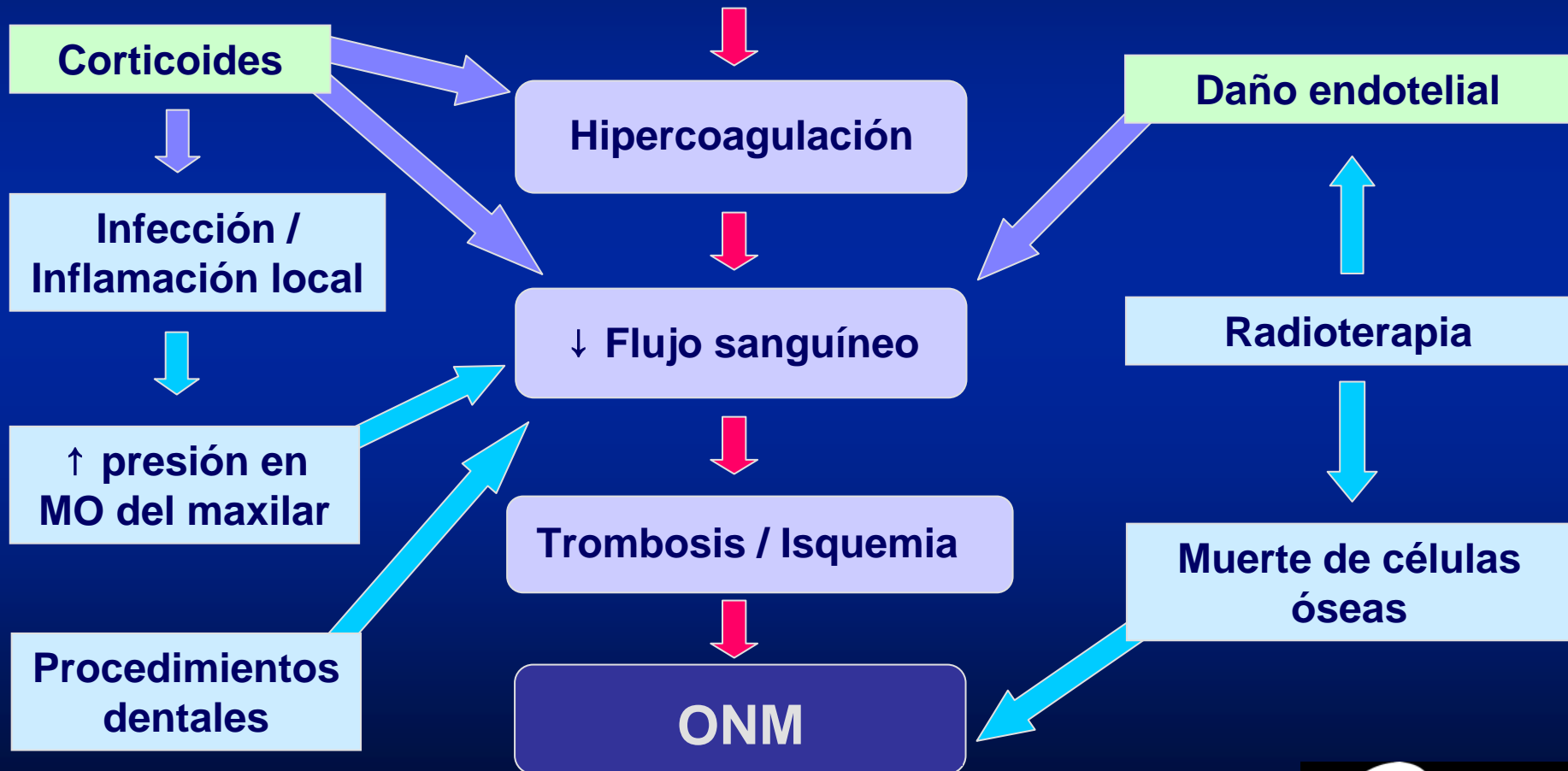
- Lo que no es hueso: celulitis, adenoflemón, submaxilitis, parotiditis, dacriocistitis aguda, flemón de la órbita, sinusitis maxilar
- Lo que no es inflamatorio: procesos tumorales

✓ **TRATAMIENTO**

- Médico
- Quirúrgico

Etiopatogenia de la ONM

Cáncer / Tratamiento antineoplásico





Mandíbula fosfórica

- Trabajadores de fábricas de cerillas que trabajaban con fósforo blanco
- Lesiones mandibulares necróticas
- Síntomas: dolor dentario, tumefacción, abscesos
- Tratamiento: Quirúrgico

Caso del Dr John P. Andrews, *The Occupational Diseases*, W Gilman Thompson, D Appleton & Co, New York, 1914





Características farmacocinéticas

- **No biodegradables.** Son absorbidos, almacenados y excretados inalterados
- **Se fijan en la matriz ósea por tiempo prolongado.** La vida media en el hueso es de varios años, más en el hueso trabecular que en el cortical
- **La vida media en el suero es corta,** de pocas horas
- **Por vía oral la absorción es inferior al 5%,** disminuyendo con la comida, leche, zumos de naranja, café y calcio



Mecanismo de acción

- **Disminución de la resorción ósea**
 - Aumento de la formación ósea
 - Balance + de calcio
 - Ganancia de masa ósea
- **Analgesia en pacientes oncológicos con metástasis óseas, por el posible efecto inicial reparador de las lesiones óseas**
 - No está demostrado que alarguen la vida del paciente
 - Mejoran su calidad de vida



Mecanismo de acción

- **A nivel molecular:** Inhibición de enzimas necesarios para la síntesis celular de osteoclastos
- **A nivel celular:** Inhibición de
 - Actividad osteoclástica
 - Reclutamiento de osteoclastos
 - Adhesión de los osteoclastos a la matriz ósea
 - Disminución de la vida media de los osteoclastos, con apoptosis precoz
- **Acción indirecta**
 - Aumento de la síntesis y diferenciación de los osteoblastos
 - Producción del factor inhibidor de los osteoclastos

ONM. Descripción de casos

2003

*Primera descripción. Marx et al. 36 casos.
Otros casos: Australia*

2004

*Serie de Ruggiero et al: 63 pacientes
diagnosticados entre 2001-3*

Septiembre
2004

*Novartis notifica el problema en el documento
de presentación de sus productos*

ONM. Descripción de casos

2005

Se advierte de esta complicación en todos los bifosfonatos, incluyendo los de administración oral

2005

Estudio de la Clínica Mayo en mielomas

2006

Amplia publicación de casos

ONM. Descripción de casos

noviembre
2006

Consenso del panel español de expertos

2007

*Publicación de múltiples casos
Estudio Horizon (N Eng J Med)*

4 Estudios Nacionales:

- MIEBOMET (Mieloma Múltiple)
- MABOMET (Cáncer de Mama y MO)
- PULBOMET (Cáncer de Pulmón y MO)
- PROSTBOMET (Cáncer de Próstata y MO)

Concepto de ONM

Cuadro clínico caracterizado por la existencia de dolor, tumefacción y dolor de tejidos blandos e infección. Posteriormente, hay pérdida de dientes, fistulización a piel y exposición del hueso maxilar



Asociación Dental Americana

Concepto de ONM

La lesión típica se manifiesta como:

- Área expuesta en el hueso alveolar, maxilar o mandibular
- Puede ser o no dolorosa
- Puede estar o no asociada a infección o trauma local
- En la mayoría de las ocasiones, se desarrolla tras una extracción dentaria reciente o una contusión/abrasión oral

American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)

Concepto de ONM

Paciente que:

- **Está o ha estado en tratamiento con bisfosfonatos por una neoplasia**
- **Presenta una o varias lesiones ulceradas en la mucosa de los procesos alveolares, con exposición del hueso maxilar o mandibular**
- **El hueso que se observa en el fondo de la ulceración es un hueso de aspecto necrótico**
- **Producida de forma espontánea y más frecuentemente tras una cirugía o intervención oral (sobre todo evidente tras extracciones dentales)**
- **No cicatriza durante un periodo de al menos 6 semanas; sino que más bien en la mayoría de los casos progresa, haciéndose más extensa la exposición ósea e incrementándose el dolor**

Consenso del panel español de expertos

Concepto de ONM

Deben cumplirse los tres siguientes criterios en su totalidad:

1. **Actual o previamente tratado con bifosfonatos**
2. **Hueso expuesto en la región máxilofacial que ha persistido por más de 8 semanas**
3. **No historia de radiación en los maxilares**



Asociación Americana de Cirujanos Orales y Máxilofaciales

Concepto de ONM



Definición:

- Hueso expuesto en el área maxilofacial que se asocia a cirugía dental o bien aparece de forma espontánea, sin evidencia de cicatrización

Criterios diagnósticos de ONM:

- No evidencia de cicatrización después de 6 semanas de evaluación y cuidados bucales adecuados
- No evidencia de enfermedad metastásica en los maxilares o de osteorradionecrosis



Estadío 1

- Caracterizado por la aparición de un hueso expuesto, sin evidencia de infección del tejido blando y clínicamente asintomático.





Estadío 2

- Hueso expuesto asociado a dolor e infección del tejido blando o del mismo hueso.



Estadío 3

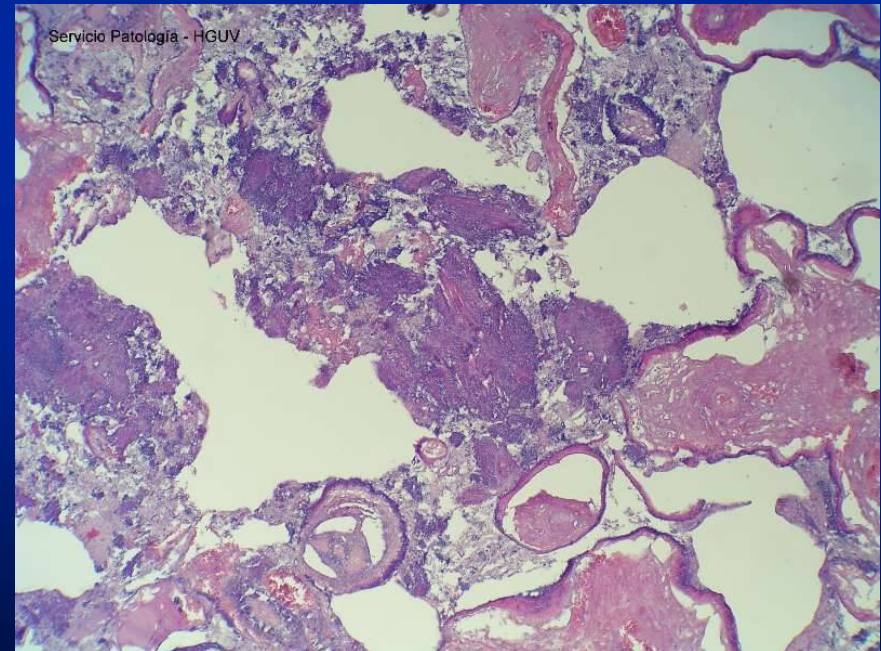
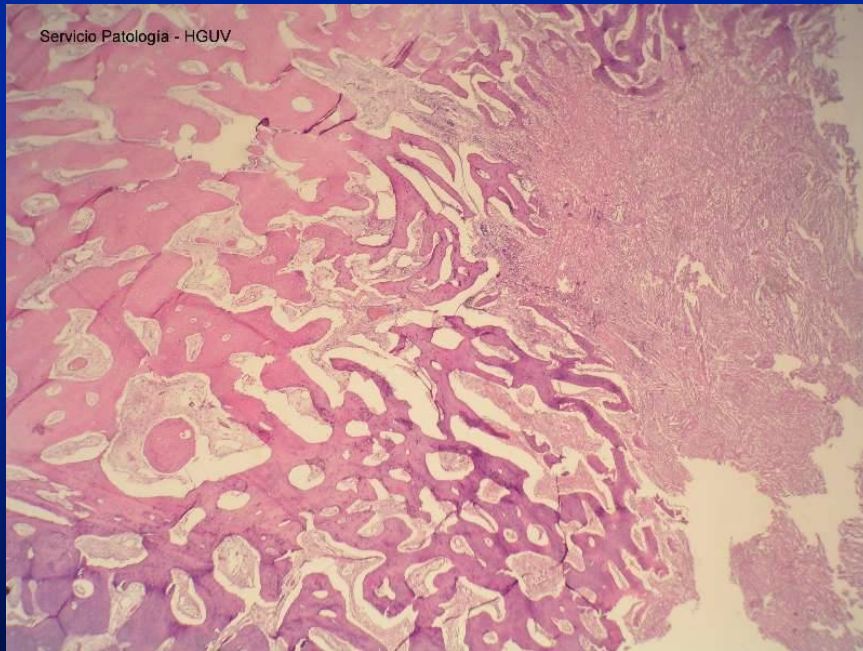
- Fractura patológica
- Hueso expuesto, asociado a infección de tejidos blandos o dolor, que no se controla con antibióticos debido a la gran cantidad de hueso necrótico.






Histología

- El estudio histopatológico siempre muestra zonas de necrosis ósea, sin aparecer signos de malignidad.



Bagán JV



Managing the care of patients with bisphosphonate- associated osteonecrosis

An American Academy of Oral
Medicine position paper

CESAR A. MIGLIORATI, D.D.S., M.S., Ph.D.;
JEFFREY CASIGLIA, D.M.D.; JOEL EPSTEIN, D.M.D.,
M.S.D., F.R.C.D.(C.); PETER L. JACOBSEN, Ph.D.,
D.D.S.; MICHAEL A. SIEGEL, D.D.S., M.S.;
SOOK-BIN WOO, D.M.D.

1658 JADA, Vol. 136 <http://jada.ada.org> December 2005

Copyright ©2005 American Dental Association. All rights reserved.

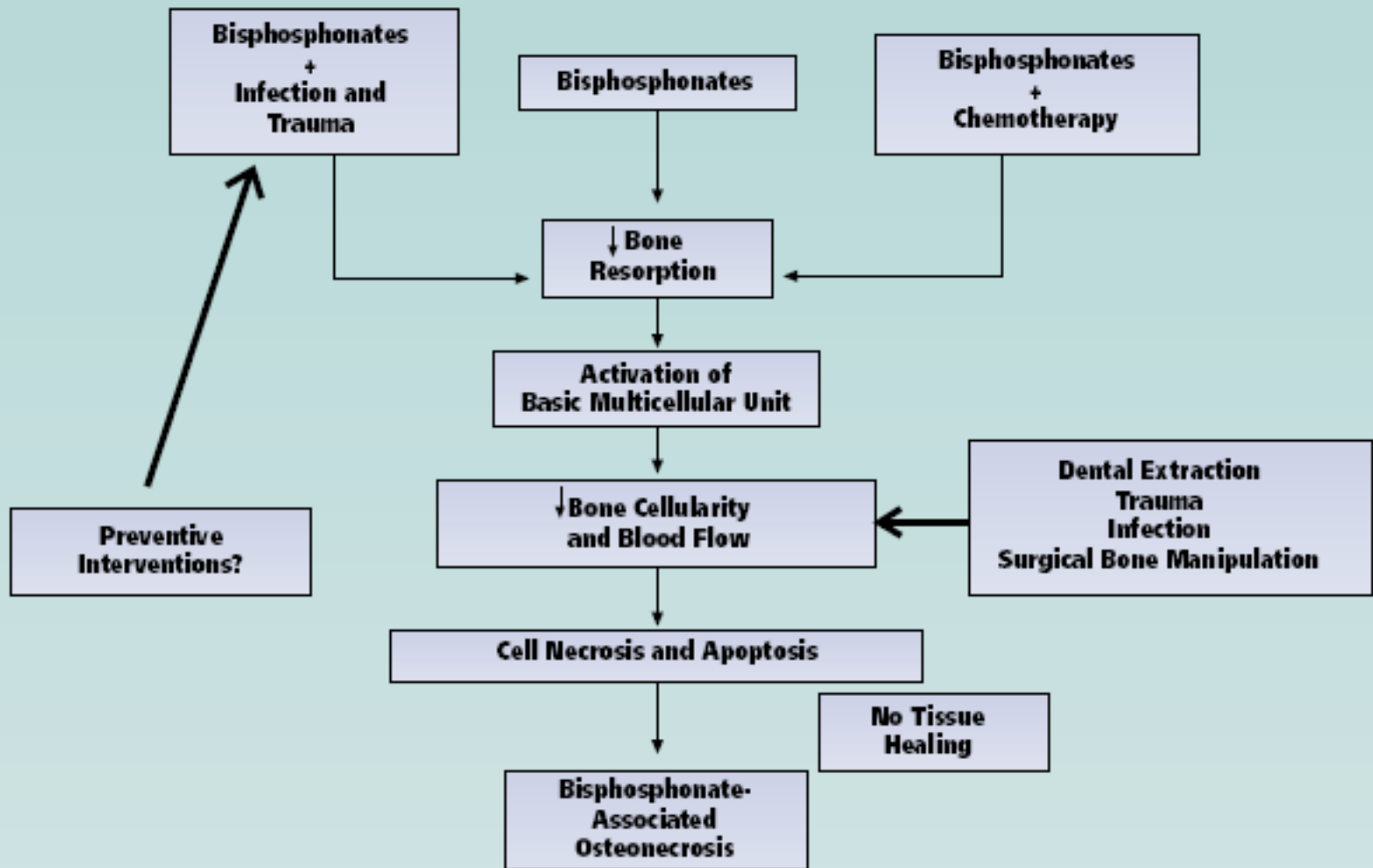
Background. This position paper addresses the prevention of bisphosphonate-associated osteonecrosis (BON) and the management of care of patients with cancer and/or osteoporosis who are receiving bisphosphonates and who have BON or are at risk of developing it.

Methods. The authors reviewed the literature available on this newly described oral complication. Information of interest included bisphosphonates, the medications associated with this oral complication; the patient population at risk of developing BON and the diseases being treated with this class of medications; the clinical presentation of the oral lesions; guidelines for managing the care of patients who develop BON; the prevention of this complication based on current knowledge; and recommendations for routine dental treatment of patients receiving bisphosphonates.

Results. There is strong evidence that bisphosphonate therapy is the common link in patients with BON. The pathobiological mechanism leading to BON may have to do









RISK FACTORS ASSOCIATED WITH BISPHOSPHONATE-ASSOCIATED OSTEONECROSIS.

EXTENT OF RISK FACTOR	RISK FACTOR
Systemic	Intravenous use of bisphosphonates such as pamidronate and zoledronic acid Multiple myeloma Cancer metastatic to bone such as breast, lung and prostate
Local	Dental extractions Surgical bone manipulation* Trauma from dentures Presence of oral infection* Poor oral health*

* While these possibly participate in the process, the mechanisms by which they might do so have not yet been completely identified.

Systematic Review: Bisphosphonates and Osteonecrosis of the Jaws

Sook-Bin Woo, DMD; John W. Hellstein, DDS, MS; and John R. Kalmar, DMD, PhD

Osteonecrosis of the jaws is a recently described adverse side effect of bisphosphonate therapy. Patients with multiple myeloma and metastatic carcinoma to the skeleton who are receiving intravenous, nitrogen-containing bisphosphonates are at greatest risk for osteonecrosis of the jaws; these patients represent 94% of published cases. The mandible is more commonly affected than the maxilla (2:1 ratio), and 60% of cases are preceded by a dental surgical procedure. Oversuppression of bone turnover is probably the primary mechanism for the development of this condition, although there may be contributing comorbid factors. All sites of potential jaw infection should be eliminated before bisphospho-

nate therapy is initiated in these patients to reduce the necessity of subsequent dentoalveolar surgery. Conservative débridement of necrotic bone, pain control, infection management, use of antimicrobial oral rinses, and withdrawal of bisphosphonates are preferable to aggressive surgical measures for treating this condition. The degree of risk for osteonecrosis in patients taking oral bisphosphonates, such as alendronate, for osteoporosis is uncertain and warrants careful monitoring.

Ann Intern Med. 2006;144:753-761.

For author affiliations, see end of text.

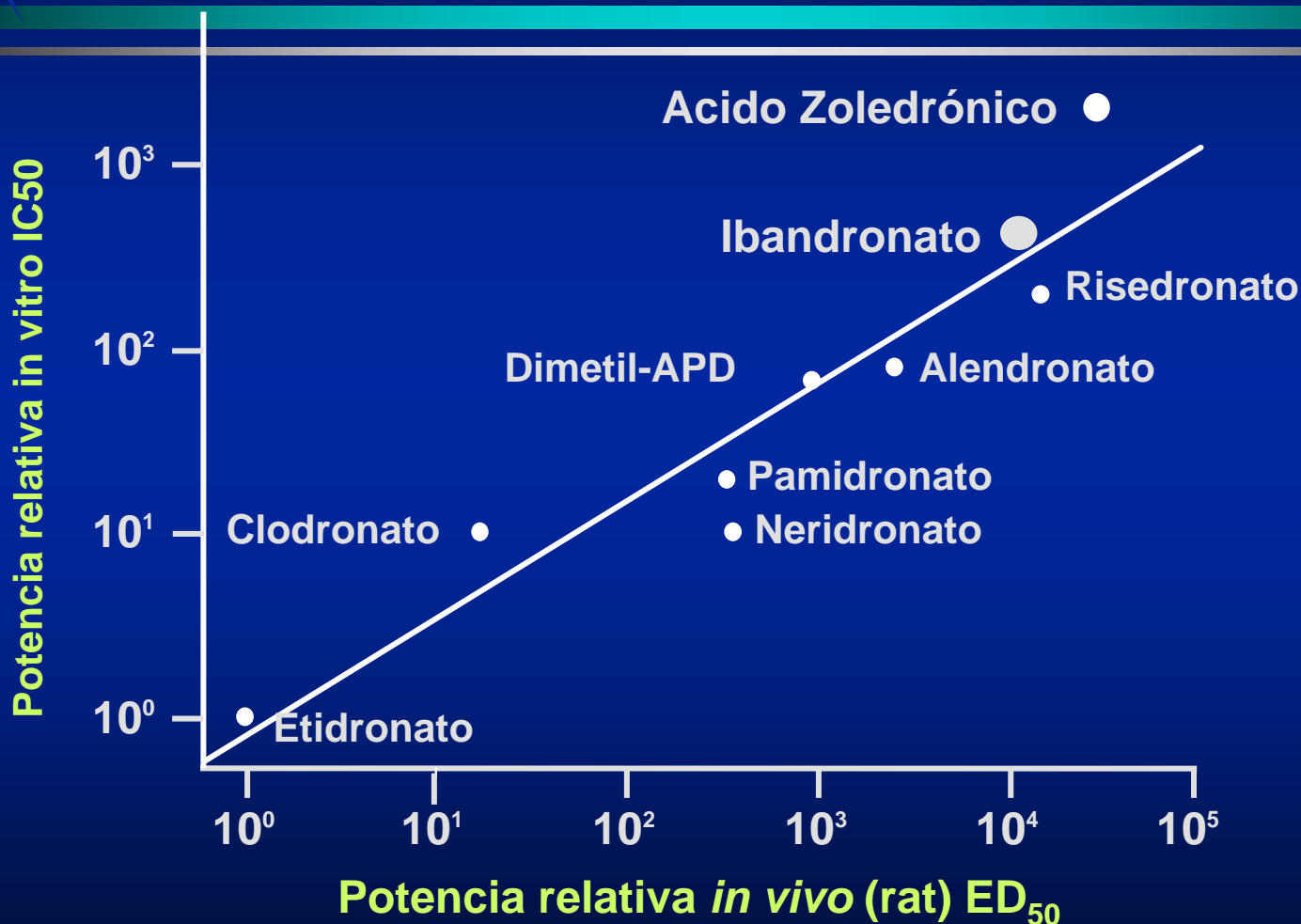
www.annals.org

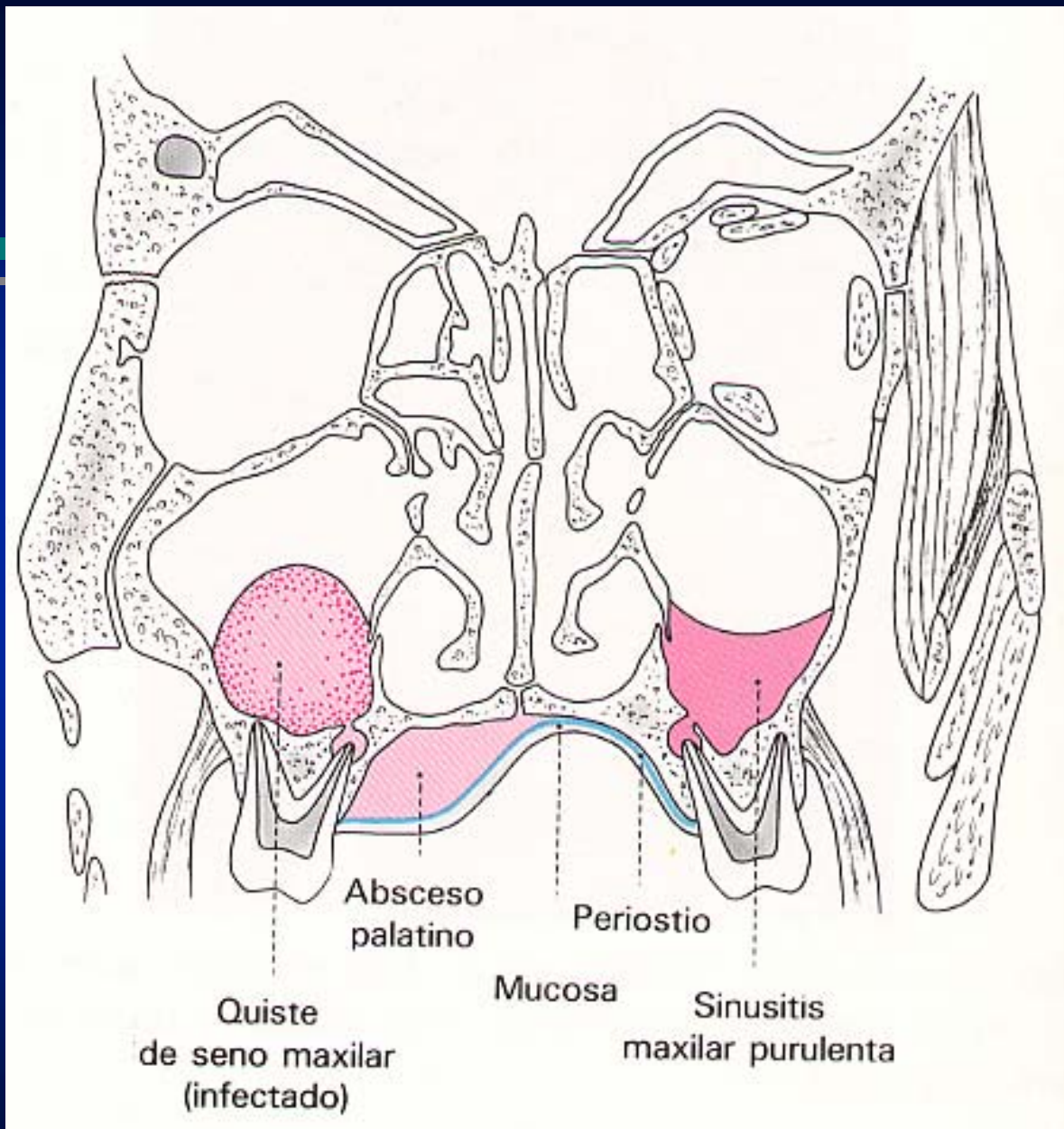


Ejemplos de bisfosfonatos comercializados incluyen

<i>Subclase de bisfosfonato</i>	<i>Nombre genérico</i>	<i>Nombre comercial</i>	<i>Vía de administración</i>
Aminobisfosfonato	Zolendronato	Zometa	IV
Aminobisfosfonato	Pamidronato	Aredia	Oral e IV
Aminobisfosfonato	Alendronato	Fosamax	Oral
Aminobisfosfonato	Ibandronato	Boniva	Oral e IV
Aminobisfosfonato	Risedronato	Actonel	Oral
No-aminobisfosfonato	Tiludronato	Skelid	Oral
No-aminobisfosfonato	Clodronato	Bonefos, Ostac	Oral
No-aminobisfosfonato	Etidronato	Didronel	Oral

Potencia de los bifosfonatos

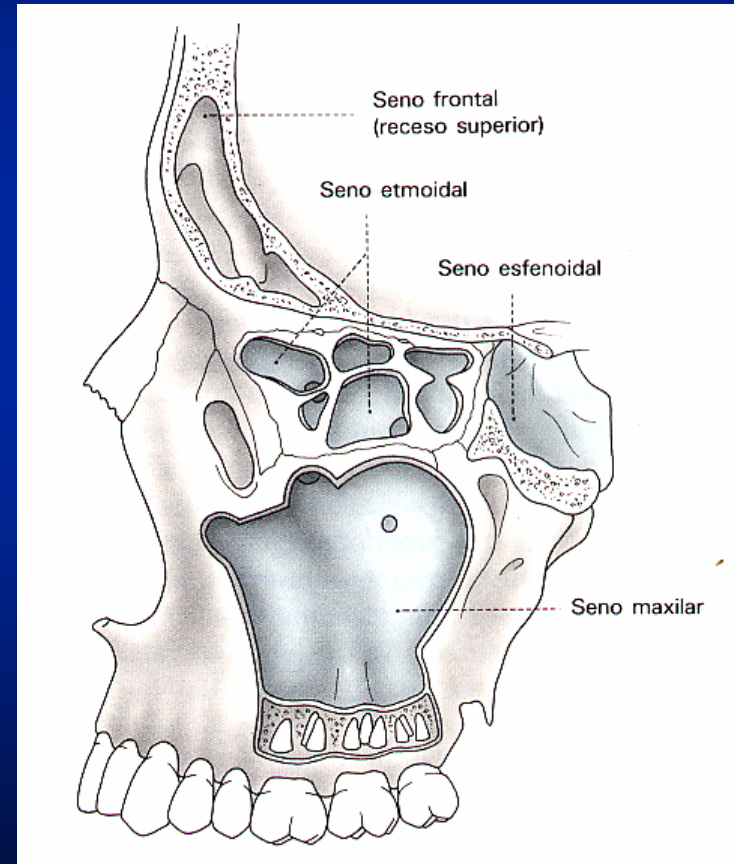




SINUSITIS ODONTÓGENAS

ETIOPATOGENIA

- ✓ **Periodontitis crónica (granuloma)**
 - **continuidad**
 - **contigüidad**
 - **canales óseos**
- ✓ **Periodontitis aguda supurada (empiema)**
- ✓ **Osteitis difusa y celulitis**
- ✓ **Quistes**
- ✓ **Alteraciones paradentósicas**
- ✓ **Inclusiones dentarias**
- ✓ **latrogenia**





SINUSITIS ODONTÓGENAS

✓ **CLÍNICA**

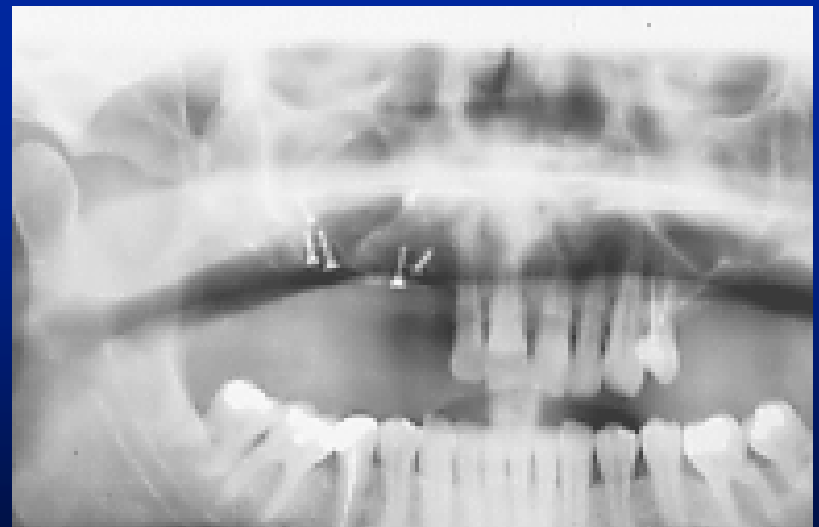
- ▼ **Signos funcionales locales**
 - dolor
 - pus
 - cacosmia subjetiva
 - rinitis vasomotora
- ▼ **Signos generales**
 - sinusitis crónica
 - manifestaciones a distancia

✓ **DIAGNÓSTICO**

- ▼ Clínica
- ▼ Exploración odontológica
- ▼ Exploración ORL
- ▼ Exploración Rx

✓ **TRATAMIENTO**

- ▼ Etiológico
- ▼ Médico
- ▼ Quirúrgico





ALVEOLITIS

- ✓ **Inflamación del alveolo**
- ✓ **Complicación tardía de la exodoncia dentaria**
- ✓ **FORMAS ANATOMOPATOLÓGICAS**
 - **Inflamatoria**
 - **Seca**
 - **Supurada**
 - **Marginal**

ALVEOLITIS

ETIOPATOGENIA

✓ **Isquemia**

- ▼ Localización
- ▼ Maniobras quirúrgicas
- ▼ Anestesia

✓ **Infección previa a nivel del periápice**

✓ **Condiciones generales del paciente**

✓ **Otras**

- ▼ Enjuagues
- ▼ Hemorragia post-extracción

DOLOR

✓ **Clínica**

✓ **Profilaxis**

✓ **Tratamiento**

- ▼ Legrado del alveolo
- ▼ Antibioterapia
 - Local
 - general
- ▼ Pastas antisépticas-analgésicas



FÍSTULAS

- Trayecto patológico, adquirido o congénito que no tiene tendencia a la cicatrización espontánea

- ✓ **DIAGNÓSTICO**

- ▾ Inspección. Palpación
- ▾ Sondaje
 - sonda de Bowman. Gutapercha
 - radiografía con contraste



FÍSTULAS

CLASIFICACIÓN

✓ **Adquiridas**

▼ **Mucosas**

▪ **únicas**

- **dentarias: periodontitis crónica, quistes, inclusiones dentarias**
- **no dentarias: sinusitis crónica, fístulas salivales**

▪ **múltiples**

- **osteomielitis, micosis, osteorradionecrosis**

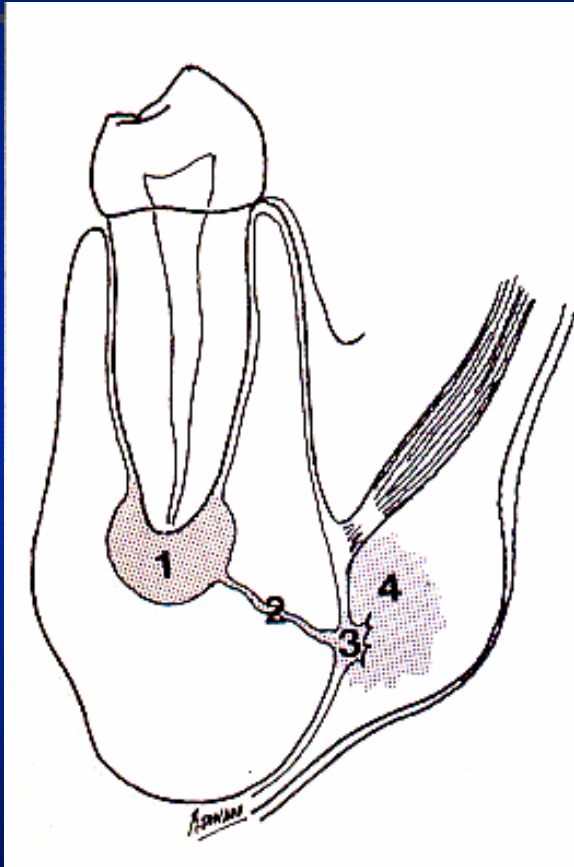
▼ **Cutáneas**

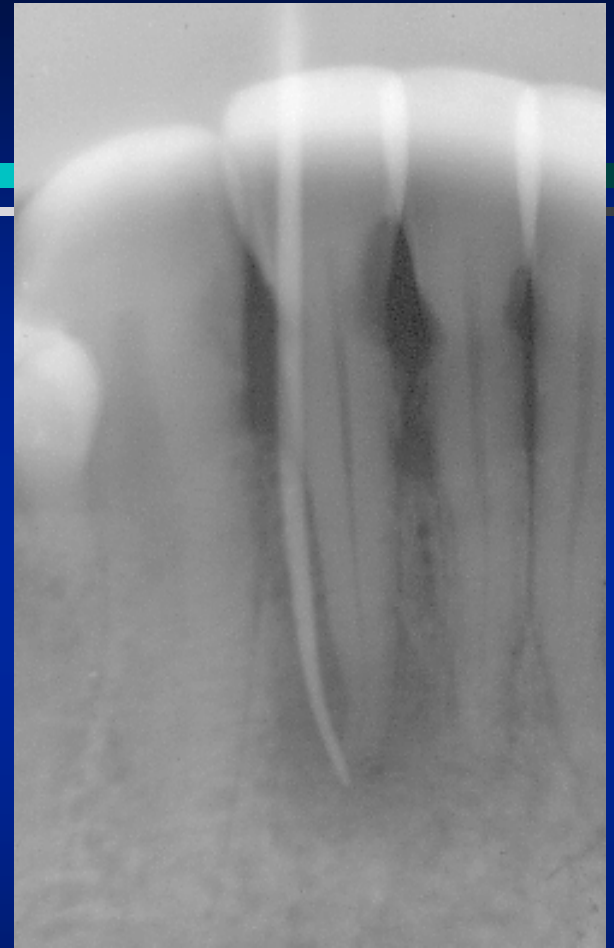
▪ **únicas**

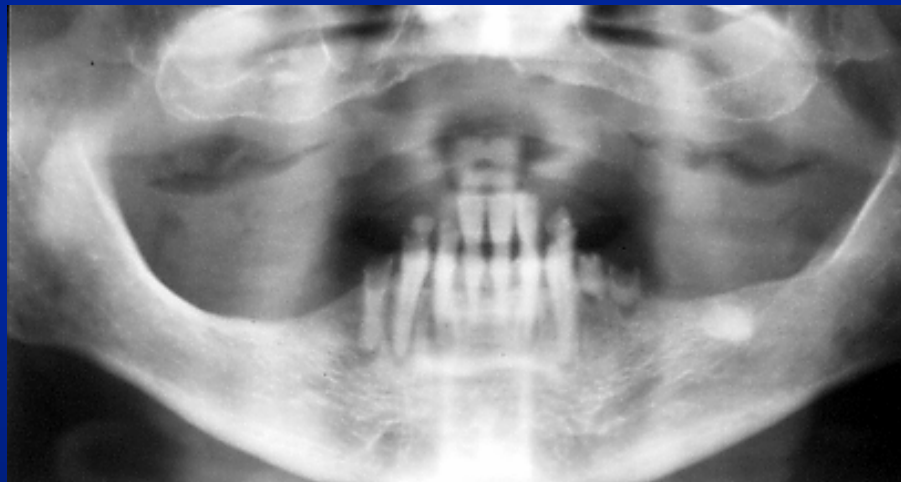
- **dentarias**
- **no dentarias: osteomielitis mandibular, submaxilitis, parotiditis, TBC**

▪ **múltiples**

- **actinomicosis**



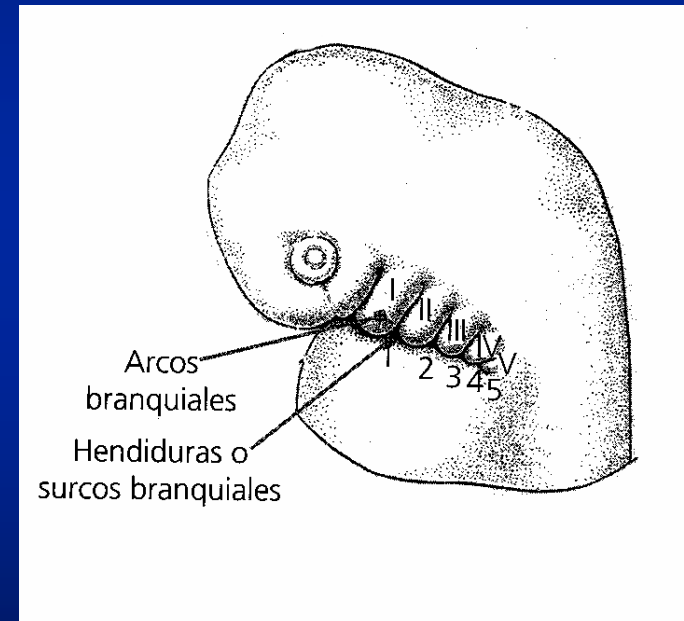
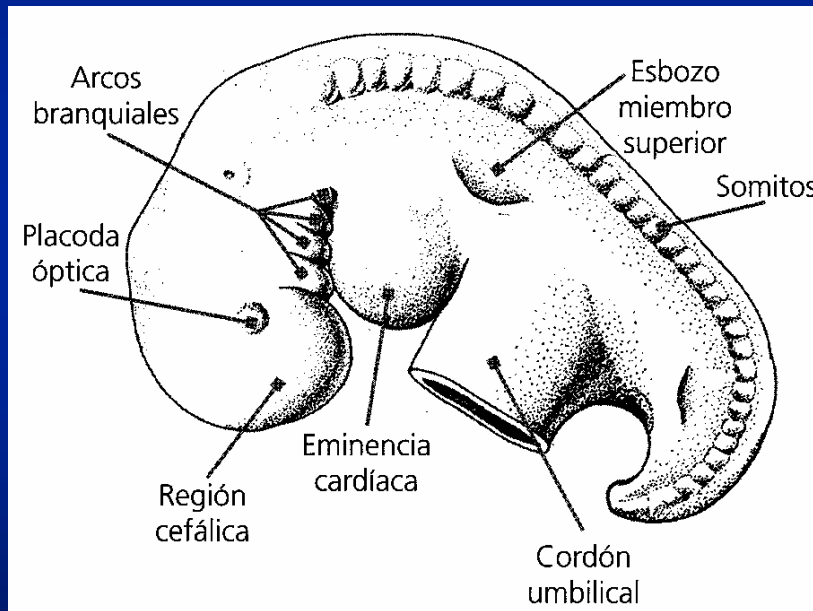








Fístulas congénitas



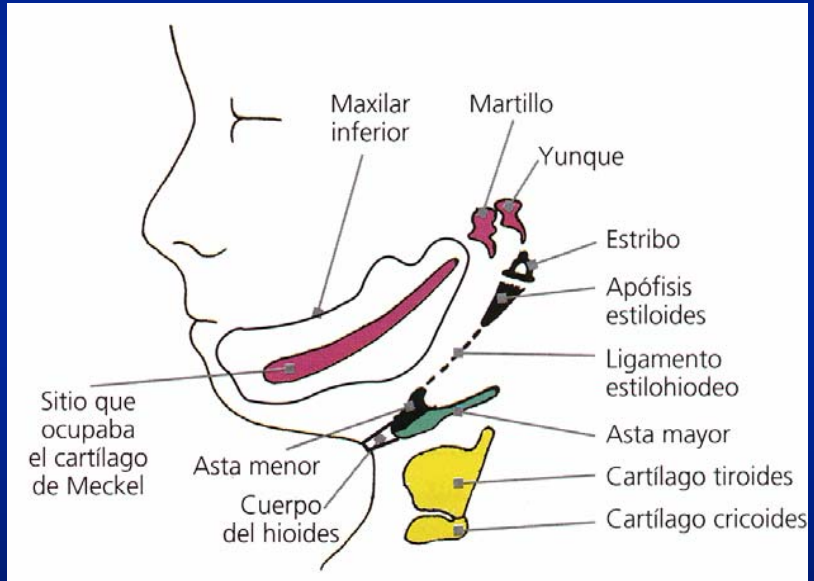
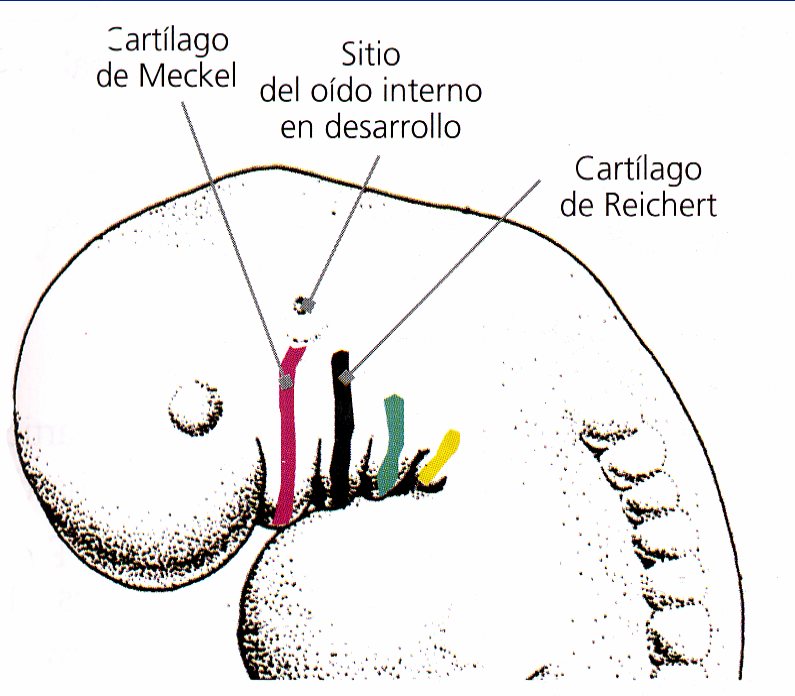


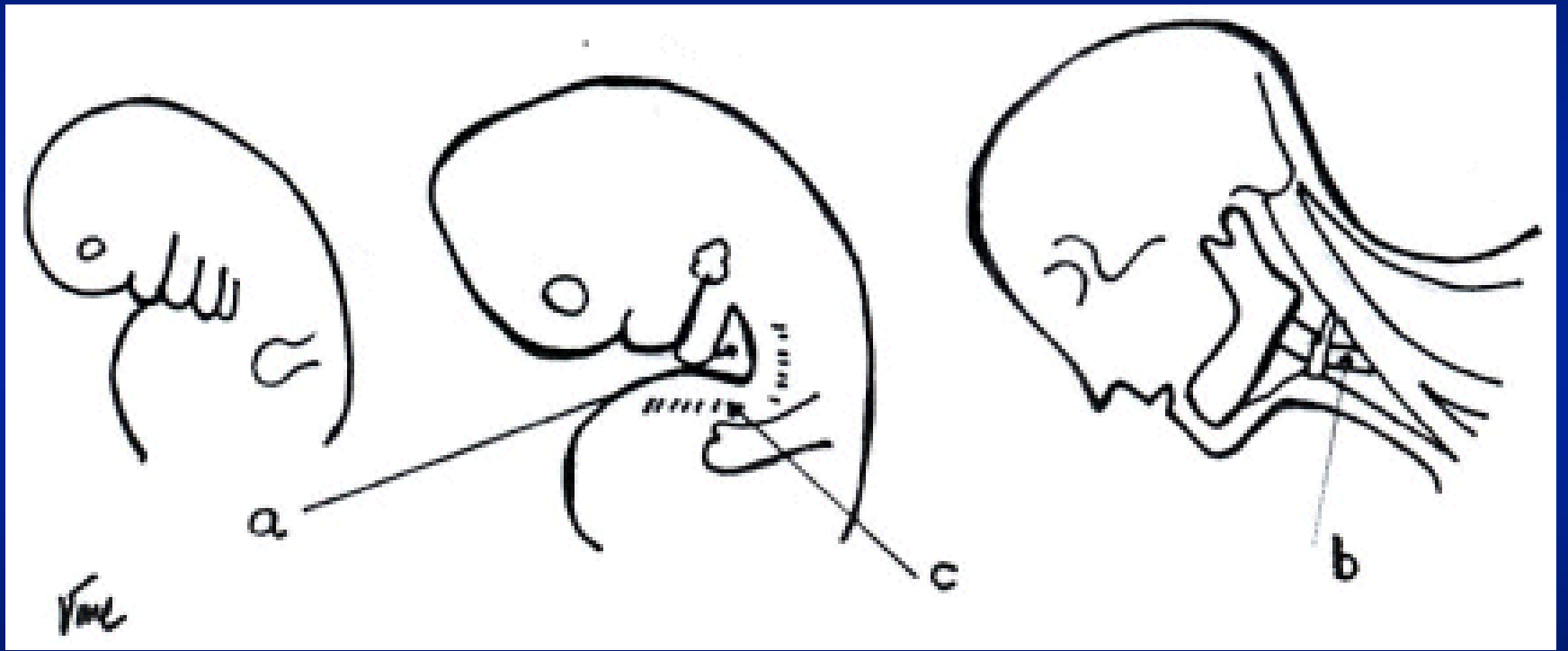
FÍSTULAS

CLASIFICACIÓN

✓ Congénitas

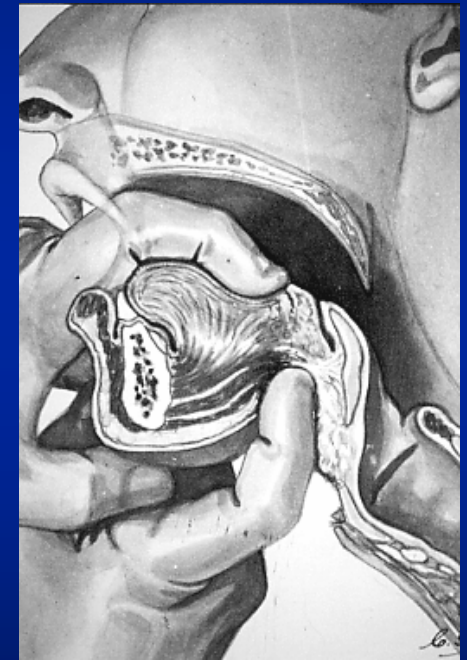
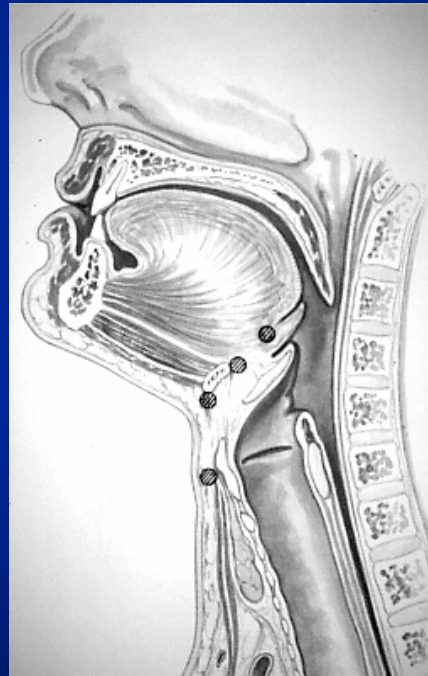
- ▼ Fístula labial
- ▼ Conducto tirogloso
- ▼ Fístula branquial

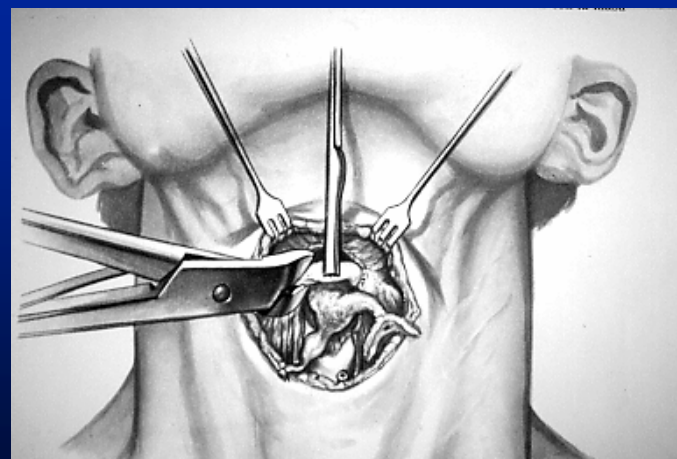
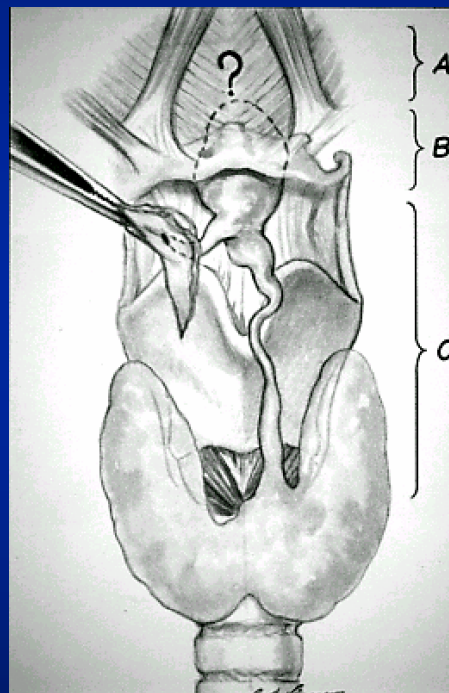
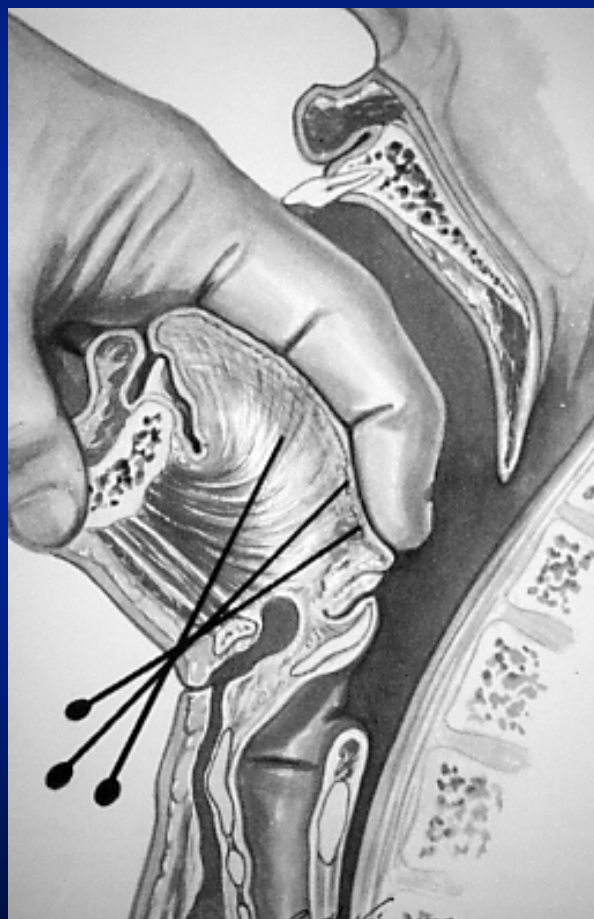


















CIERTAMENTE
SON 2 FLEMONES
ENORMES, PERO
LE JURO QUE ESTÁ UD.
SIMPATIQUÍSIMO

FIS

SÍ