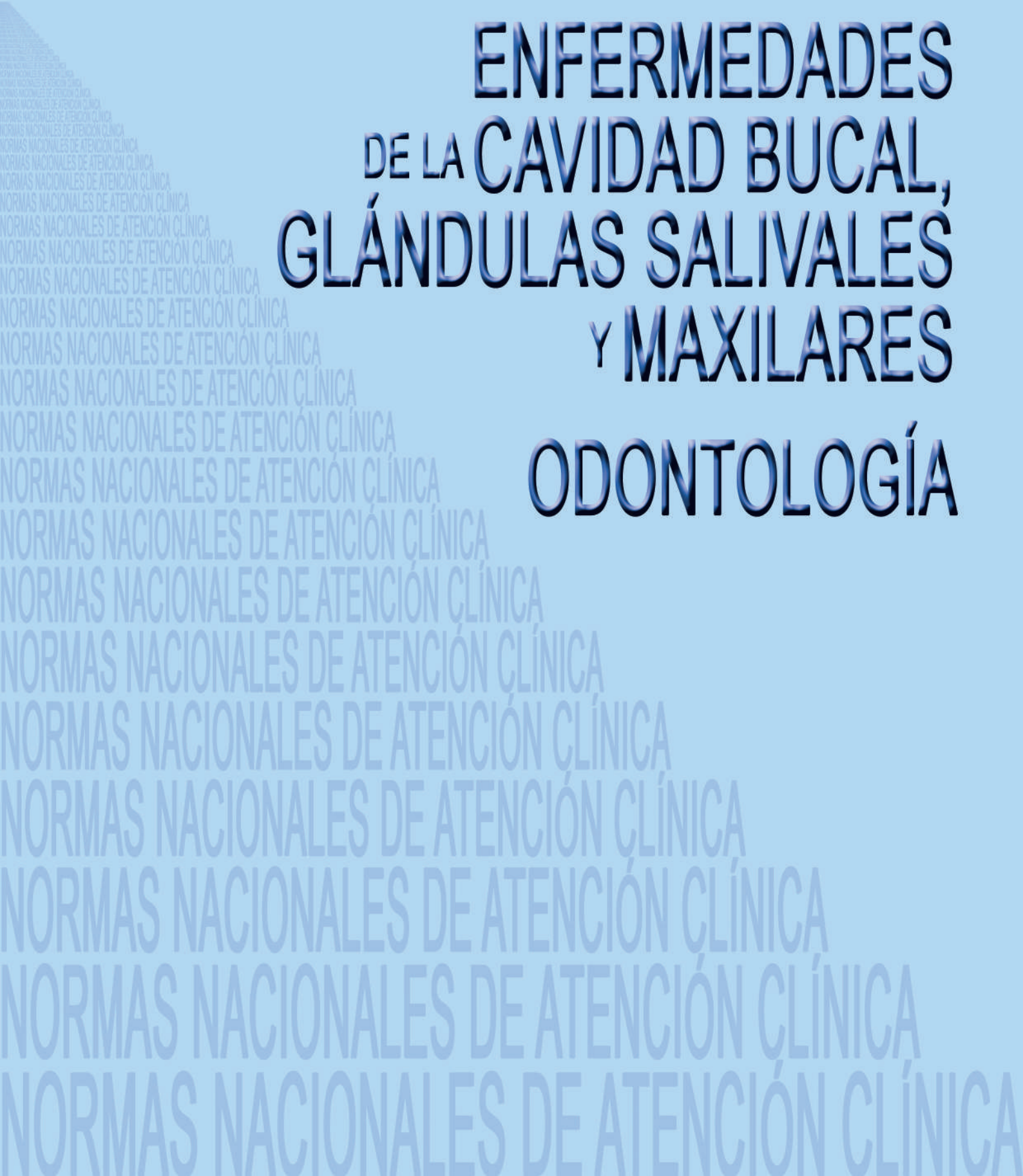


# UNIDAD 23

## ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES ODONTOLOGÍA



# CONTENIDO

## I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables ..... 1349
2. Consulta odontológica ..... 1351

## II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Caries limitada al esmalte ..... 1355
2. Caries de la dentina ..... 1357
3. Caries del cemento ..... 1358
4. Otras caries dentales ..... 1359
5. Pulpitis reversible – Hiperemia pulpar o hipersensibilidad dentinaria ..... 1361
6. Pulpitis irreversible sintomática (pulpitis aguda) ..... 1362
7. Pulpitis irreversible asintomática (hiperplásica y ulcerativa) ..... 1365
8. Pulpitis irreversible en piezas con apicogénesis incompleta ..... 1368
9. Necrosis de la pulpa (gangrena pulpar o necrosis infecciosa)  
– Degeneraciones de la pulpa (procesos pulpares terminales) ..... 1370
10. Periodontitis apical aguda originada en la pulpa (periodontitis perirradicular aguda)  
– Periodontitis apical crónica (periodontitis perirradicular crónica) ..... 1372
11. Absceso periapical agudo sin fístula y absceso periapical crónico con fístula ..... 1375
12. Gingivitis asociada y no asociada a placa bacteriana ..... 1378
13. Periodontitis crónica y agresiva ..... 1381
14. Enfermedad periodontal necrotizante (gingivitis ulceronecrotizante  
y periodontitis ulceronecrotizante) ..... 1383
15. Abscesos periodontales (gingival, periodontal y pericoronal) ..... 1385
16. Lesiones traumáticas en tejidos dentarios y estructuras de soporte ..... 1387
  - 16.1. Dentición temporal ..... 1387
  - 16.2. Luxaciones en dentición temporal ..... 1389
  - 16.3. Fracturas dentarias en dentición permanente ..... 1391
  - 16.4. Luxaciones en dentición permanente ..... 1393
  - 16.5. Avulsión con ápice abierto ..... 1395

<b>16.6.</b> Avulsión de diente permanente con ápice cerrado .....	1396
<b>17.</b> Dientes incluidos e impactados .....	1399
<b>18.</b> Granuloma y quistes periapicales .....	1402
<b>19.</b> Mucocele y ránula .....	1405
<b>20.</b> Fractura dentoalveolar .....	1408
<b>21.</b> Fractura del tercio medio del macizo facial .....	1410
<b>22.</b> Fractura del maxilar inferior .....	1412
<b>23.</b> Alveolitis .....	1414
<b>24.</b> Infecciones de origen dentario .....	1416
<b>25.</b> Infecciones de origen dentario – Angina de Ludwig .....	1418
<b>26.</b> Osteomielitis aguda maxilar superior e inferior .....	1420
<b>27.</b> Osteomielitis crónica maxilar superior e inferior .....	1422
<b>28.</b> Síndrome de dolor disfuncional de la articulación temporomandibular (dolor miofacial) .....	1424
<b>29.</b> Luxación de la articulación temporomandibular .....	1426
<b>30.</b> Anquilosis de la articulación temporomandibular .....	1428
<b>31.</b> Odontomas .....	1430
<b>32.</b> Tumor benigno: .....	1432
<b>33.</b> Osteoma .....	1434
<b>34.</b> Papilomas .....	1436
<b>35.</b> Granuloma periférico de células gigantes .....	1438
<b>36.</b> Granuloma central de células gigantes .....	1440
<b>37.</b> Displasia fibrosa (displasia osteofibrosa) .....	1442
<b>38.</b> Granuloma piógeno .....	1444
<b>39.</b> Mixoma odontogénico .....	1446
<b>40.</b> Lesiones cancerificables .....	1448
<b>41.</b> Tumores malignos – Cáncer de la cavidad bucal .....	1450
<b>42.</b> Malformaciones dentomaxilares – Trastornos del desarrollo de los maxilares .....	1452

### III. FICHAS TÉCNICAS

1. Profilaxis .....	1454
2. Fluoración tópica .....	1456
3. Sellado de fosas y fisuras .....	1459
4. Tratamiento restaurativo atraumático (TRA) .....	1461
5. Pulpotomía en dientes temporarios .....	1463
6. Pulpotomía en dientes permanentes jóvenes .....	1465
7. Biopulpectomía en dientes temporarios .....	1466
8. Necropulpectomías en dientes temporarios .....	1468
9. Gingivectomía .....	1470
10. Exodoncia .....	1471
11. Acciones en emergencias que se producen durante un tratamiento odontológico .....	1472
12. Instrumental y fármacos para emergencias médicas en el consultorio odontológico .....	1477
13. Fármacos para emergencias médicas en el consultorio odontológico .....	1478
14. Radiología dento-maxilofacial .....	1483

# I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

## 1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

### ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

**CAMPOS DE SALUD DE LALONDE**

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAF CI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuario identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/ usuarias sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

## MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/ usuarias del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/ usuarias:
  - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)<sup>2</sup>**.
  - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
  - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

## MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
  - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
  - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
  - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
  - Mejorar su autoestima y autovaloración.
  - Formación de grupos de pares.
  - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
  - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
  - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
  - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
  - Violencia intrafamiliar y escolar.
  - Violencia sexual.
  - Ejercicio responsable de la sexualidad.
  - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
  - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.



## 2. CONSULTA ODONTOLÓGICA (CIE 10 / Z01.2)

### DEFINICIÓN

Es la entrevista al usuario/usuario, al niño/niña y su acompañante, a través de la cual se realizarán actividades de promoción, prevención, diagnóstico y/o tratamiento.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

##### Adultos y niños/niñas

##### Apertura y llenado de la historia clínica

##### Anamnesis del paciente:

- Datos personales.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Antecedentes personales patológicos.
- Enfermedad actual.

##### Examen extraoral:

Valoración del estado general del paciente, cualquiera sea su edad:

- Valoración de los tercios faciales (cerebral, respiratorio, digestivo o bucal).
- Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular, la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
- El color y el aspecto de la piel.
- Permeabilidad de las fosas nasales.

- Las articulaciones temporo mandibulares.
- Los ganglios linfáticos cervicales, submandibular y occipitales.

##### Examen bucal:

- Tejidos blandos, incluyendo mucosa yugal, labios, lengua, paladar, piso de la boca, encías.
- Tejidos duros dentales.
- Estado periodontal.
- Higiene oral.

##### Antecedentes odontológicos:

- Factores de riesgo (dieta, malos hábitos y costumbres).
- Sangrado de las encías durante el cepillado.

##### Diagnóstico presuntivo:

Observar:

- Actitud de comportamiento del paciente.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE ACUERDO A CRITERIO PROFESIONAL

De acuerdo a la patología en nivel I, II y III.

##### Gabinete:

- Radiografía periapical.

##### Nivel II y III

- Radiografía panorámica.

##### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Glicemia.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Tiempo de protrombina (TP).
- Tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTA).

#### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

##### Nivel I

- Se desarrolla el procedimiento asistencial de acuerdo a resultados del diagnóstico.
- Se desarrollaran acciones de promoción y prevención a través de:
  - Educación y orientación en salud oral.
  - Técnica de cepillado:
    - ▲ Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches.

- ▲ Tiempo de cepillado: tres minutos.
- ▲ Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Para prevención: terapia de flúor para seguimiento y control, evitando consumo de lácteos y derivados por dos horas.
- Prevención en piezas dentarias sanas, sellados de fosas y fisuras.
- Controles odontológicos periódicos cada seis meses.
- Realizar interconsulta con la especialidad que precise.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo al diagnóstico patológico del paciente, el odontólogo determinará su referencia al establecimiento de nivel II ó III.

#### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Solucionada la patología en especialidad el paciente deberá volver al nivel I.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN EL SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendación sobre el consumo de alimentos nutritivos de acuerdo al área geográfica de hábitat, prácticas de higiene y alimentación saludable.
- Debe consumir de preferencia alimentos como: leche, yogurt, queso, requesón, carnes rojas, pollo, pescado, huevos, verduras por ser ricos en calcio, fósforo y flúor que son los principales componentes de los huesos y de los dientes, asimismo es importante el consumo de frutas frescas.
- Evitar el consumo excesivo y descontrolado de alimentos que contengan azúcares.

#### Niños/niñas menores de 1 año

- En la primera consulta odontológica se impartirá orientación higiénica y dietética con el objetivo de preparar un ambiente saludable para la erupción de las primeras piezas dentarias.
- Orientar sobre el perjuicio de algunos malos hábitos (uso del biberón, chupón y otros).
- Demostrar la técnica de higiene dental a los padres del niño/niña, que debe realizarse con un dedal de silicona o un trozo de gasa (toalla) humedecida en agua hervida y tibia, después de lactar y de las comidas, especialmente antes de dormir.
- A partir de los de seis meses de edad deberá recibir alimentación suplementaria de micronutrientes (ver norma de nutrición).

#### Niños/niñas de 1 a 2 años

- Orientación higiénica y dietética.
- Orientar sobre el perjuicio de algunos malos hábitos (uso del biberón y/o chupón, succión del dedo y otros).
- Demostrar la técnica de higiene dental a los padres del niño/niña, que debe realizarse con cepillo dental blando y pasta dental pediátrica de 400 a 500 ppm de flúor, del tamaño de un arroz, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.

#### Niños/niñas de 3 a 6 años

- Orientación higiénica, dietética y de deglución.
- Demostrar la técnica de higiene dental del niño/niña a los padres o tutores.
- Utilización del cepillo y pasta dental pediátrica (de 400 a 500 ppm de flúor), cantidad del tamaño de una arveja.



- Ya se puede usar el hilo dental una vez a la semana.
- Orientación sobre el control de hábitos.

### Niños/niñas de 6 a 10 años

- Orientar sobre el hábito de higiene bucodental.
- Demostrar la técnica de higiene dental del niño/niña a los padres o tutores.
- Utilización del cepillo y pasta dental pediátrica (de 500 a 1.000 ppm de flúor) cantidad del tamaño de una arveja.
- Orientación sobre el control de hábitos.
- Uso del hilo dental.
- La responsabilidad de la higiene bucodental del niño debe estar bajo supervisión y control de padres o tutores.

### Niños/niñas mayores de 11 años.

- Los hábitos higiénicos están bajo la estricta responsabilidad del niño/niña.
- Uso de pasta dental con flúor de 1.000 a 1.500 ppm (cepillo dental, adecuada técnica de cepillado).
- Uso del hilo dental.

### En adolescentes:

- Mantener medidas estrictas de higiene.
- Orientación sobre procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) relacionados a cambios hormonales en mujeres asociadas al ciclo menstrual.
- Explicar las desventajas del uso de piercing en lengua y labio (alta incidencia de fracturas dentarias, ulceraciones, candidiasis y VIH/SIDA).

### En embarazadas:

- En episodios repetitivos de vómitos, realizar enjuagues con clorhexidina al 0,12%, bicarbonato de sodio (una cucharada en un vaso de agua), equilibrando el pH del medio bucal.
- Proceder a la re-mineralización con flúor tópico, de acuerdo a criterio odontológico.
- En embarazadas y en el período de lactancia requerirán aportes nutricionales específicos, proteínas, vitaminas, minerales (hierro, calcio y fibra ver normas unidad nutrición).
- Realizar controles periódicos para evitar procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) asociadas al embarazo.

### A las madres de familia:

- Evitar el contacto boca a boca (madre-bebe) por la transmisión y siembra microorganismos de tejidos blandos y duros.
- Controles odontológicos periódicos con la inactivación de procesos cariosos o focos infecciosos.
- Proceder a la profilaxis y re-mineralización.

### Tercera edad:

- Orientación: higiénica, dietética y controles periódicos.

### En la primera consulta se le proporcionará al paciente:

- Para menores de un año: se dotará sólo dedal de silicona.
- Para pacientes de 1 a 6 años: cepillo dental de cerdas suave y pasta dental de 400 a 500 ppm de flúor.
- Para pacientes mayores de 6 a 10 años: pasta dental con concentración de 400 a 500 ppm mas cepillo dental de cerda mediana.
- Mayores de 11 años y más: la pasta dental de concentración es de 1.000 a 1.500 ppm y cepillo dental de cerda mediana.



1354

SERIE DOCUMENTOS TÉCNICO – NORMATIVOS

## II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1	CIE-10	K02.0
	NIVEL DE RESOLUCIÓN	I

### CARIES LIMITADA AL ESMALTE

#### DEFINICIÓN

Es la destrucción de la matriz inorgánica del esmalte, ubicada en fosas y fisuras, superficies lisas y/o puntos interproximales.

#### DEFINICIÓN DE CARIES

La **caries** es una enfermedad infecciosa localizada, multifactorial, que se caracteriza por la disolución y destrucción del tejido calcificado que se inicia en la superficie del esmalte, seguida de lisis enzimática de las estructuras orgánicas, lo que da lugar a la formación de una cavidad que, si no se trata, atraviesa el esmalte, la dentina y puede llegar a la pulpa.

#### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Superficie dental de color blanco lechoso a pardo.
- Al examen con la sonda exploradora presencia de retención (lesión clínica).
- Se debe tomar en cuenta los siguientes criterios de diferenciación:
  - Fluorosis.
  - Amelogénesis imperfecta.
  - Hipoplasia incisivo molar (HIM)

#### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I: adultos y niños/niñas

- Consentimiento informado.
- En caso de **mancha blanca** u opaca producida por la placa bacteriana se procederá a la re-mineralización, de acuerdo a los siguientes pasos:
  - Profilaxis: de la superficie del diente con piedra pómez o pasta profiláctica.
  - Aislamiento relativo.
  - Lavado con clorhexidina al 0,2% y/o hipoclorito al 0,5%.
  - Aplicación de flúor gel, enjuagues fluorados o barnices fluorados.

##### En niños/niñas

- Se emplea también el diamino fluoruro de plata (cariostático) a criterio del profesional.

En caso de **retención al sondaje** y/o **evidencia clínica de cavitación**:

- Aislamiento relativo.
- Retirar el tejido careado.
- Lavado con clorhexidina al 0,2% y/o hipoclorito al 0,5%.
- Preparación de material restaurativo a elección del profesional:
  - Sellador de fosas y fisuras.
  - Restauración (ionómero o resina).
- Realizar ajuste oclusal.
- Recomendar al paciente no comer por el lapso de una hora.
- **Control y seguimiento:** cada tres meses.

## RECOMENDACIONES

- Continuar con la terapia de flúor.
- Evitar por dos horas consumo de lácteos y derivados después de la fluorización.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
- Técnica de cepillado.
- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
- Tiempo de cepillado: tres minutos.
- Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% (bajo prescripción del profesional).
- Orientación dietética, aconsejando a los padres la importancia de complementar con micronutrientes esenciales como con la vitamina A, hierro, fósforo, yodo (ver norma de nutrición), revalorizando los alimentos nativos o propios del lugar, principalmente dieta fibrosa.
- Asistencia y control periódico acorde al riesgo cariogénico.

### A la mujer embarazada:

- En episodios repetitivos de vómitos, realizar enjuagues con bicarbonato de sodio (una cucharada en un vaso de agua), evitando el descenso del pH del medio bucal y proceder a la re-mineralización con flúor tópico.
- En embarazadas y en el período de lactancia requerirán aportes nutricionales específicos, proteínas, vitaminas, minerales, hierro, calcio y fibra (ver normas unidad nutrición).
- Realizar controles periódicos para evitar procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) asociadas al embarazo.

## CARIES DE LA DENTINA

### DEFINICIÓN

Proceso carioso que atraviesa el límite amelodentinario produciendo la destrucción de la matriz orgánica del esmalte e inorgánica de la dentina.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

##### Caries de dentina superficial:

- Dolor provocado por estímulos térmicos y químicos, que cesa una vez retirado el estímulo.
- Cambio de coloración a color amarillo oscuro marrón.

##### Caries de dentina profunda:

- Sintomático (de mayor intensidad provocado por cambios térmicos, dulces y sustancias ácidas).
- El dolor dura algunos minutos después de retirado el estímulo.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

##### Gabinete:

- Radiografía periapical (según criterio del profesional).
- Radiografía con aleta de mordida.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I: adultos y niños/niñas:

- Consentimiento informado.

##### Caries de dentina superficial:

- Anestesia si el caso lo requiere.
- Aislamiento relativo o absoluto.
- Remoción del tejido cariado con instrumental de rotación y/o cucharetas de dentina.

- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%.
- Secar la pieza dentaria.
- Uso de bases cavitarias, hidróxido de calcio, ionómero de vidrio de base.
- Restauración definitiva, según criterio del profesional (ionómero, resina o amalgama).
- Inactivación de caries ionómero de obturación (auto o fotopolimerizable),.

**En niños/niñas:** opcionalmente realizar la técnica TRA.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Orientación higiénica:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional (bajo prescripción del odontólogo).
- Orientación dietética:
  - Consumir de preferencia: lácteos, carne roja, carne blanca, huevos, verduras, cereales y frutas.
  - Evitar el consumo excesivo y descontrolado de alimentos que contengan azúcares.
  - Controles periódicos de acuerdo a riesgo cariogénico.
  - Fluorización.

## CARIES DEL CEMENTO

### DEFINICIÓN

Destrucción de la matriz orgánica del cemento, ocasionada por recesión gingival, mala técnica del cepillado, enfermedades sistémicas, que se presentan con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años de edad.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración (cuello del diente).
- Tomar en cuenta los siguientes criterios de diferenciación:
  - Atrición.
  - Abrasión.
  - Pulpitis irreversible.
  - Hipersensibilidad dentinaria.

#### Complicaciones:

- Si no es tratada la pieza dentaria la sintomatología aumentará, dando como resultado pulpitis irreversible.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

- Consentimiento informado.
- Anestesia.
- Aislado absoluto o relativo.
- Si el caso lo amerita se puede retraer la encía.
- Remoción de cemento careado.
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 0,2% u otros.
- Protección pulpar indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de vidrio de base cavitaria).
- Restauración definitiva (amalgama, ionómero de restauración o resina fotopolimerizable).
- Pulido.

#### OBSERVACIONES

- Seguimiento y control a criterio odontológico.
- Informar al paciente la existencia de pastas dentales especiales para casos de sensibilidad excesiva, a criterio del odontólogo.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendaciones sobre prácticas de higiene dental, técnica adecuada de cepillado.
- Racionar la cantidad de pasta dental (sólo el tamaño de una arveja por ser abrasivo).
- No utilizar cepillos de cerdas extra-duras.
  - Uso del cepillo dental, tres veces al día, por tres minutos, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Cepillado suave de lengua, encías y paredes de la cavidad bucal.
- Uso del hilo dental.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% bajo prescripción del odontólogo.
- En caso de que el paciente porte prótesis dental removible, asistir con frecuencia al odontólogo para evitar recesiones gingivales causadas por las mismas, utilizar además utensilios especiales para la limpieza de las prótesis.
- Consumir alimentos frescos y ricos en calcio, proteínas y vitamina A: huevo, leche y derivados como queso, quesillo, yogurt, requesón; carnes rojas, de pollo, pescado, verduras de color amarillo y verde intenso, leguminosas (poroto, maní, garbanzo, haba seca, soya), tubérculos (papa, camote, yuca, racacha, oca).



## OTRAS CARIES DENTALES

### DEFINICIÓN DE CARIES

La **carie** es una enfermedad infecciosa localizada, multifactorial que se caracteriza por la disolución y destrucción del tejido calcificado que se inicia en la superficie del esmalte, seguida de lisis enzimática de las estructuras orgánicas, lo que da lugar a la formación de una cavidad que, si no se trata, atraviesa el esmalte, la dentina y puede llegar a la pulpa.

### CLASIFICACIÓN

#### Caries dentaria detenida:

- Caries que como consecuencia orgánica detiene su curso patológico.

#### Caries recidivante:

- Caries que se origina alrededor de restauraciones o sellantes, por pérdida marginal de las mismas, filtración y/o iatrogenia.

#### Caries rampante o de biberón:

- Caries agresiva extensa que afecta a niños/niñas por el uso de biberón prolongado durante la noche y falta o deficiencia del hábito de higiene dental.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Caries dentaria detenida:

- Casi siempre asintomática.
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (dolor leve).
- Lesiones generalmente extensas, poco profundas.
- Cavidad con cambio de coloración y formación de dentina secundaria.

#### Complicaciones:

- Dolor agudo permanente sin presencia de estímulo.

#### Caries recidivante:

- De evolución rápida.
- Sintomático, dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cambio de coloración y olor.
- Cavitación con tejido reblandecido.

#### Caries rampante o de biberón:

- Sintomático, dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- De evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes antero superiores y posteriormente a los dientes posteriores.
- Cavidad con tejido reblandecido, cambio de coloración y destrucción coronaria.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A CRITERIO PROFESIONAL

Nivel I ó II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía con aleta de mordida.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### En caries detenida, recidivante y rampante o de biberón

##### Nivel I: adultos y niños/niñas:

- Consentimiento informado.
- En caries de esmalte: el tratamiento se realiza según norma.
- En caries de dentina según norma.
- Exodoncia indicada según grado de afección.
- Tratamiento de caries detenida y recidivante.

##### Nivel II en niños/niñas:

- Consentimiento informado.
- Procesos pulpíticos tratamiento endodóntico.
- En caso de **caries rampante o de biberón** avanzado, realizar el tratamiento ambulatorio de acuerdo a diagnóstico siempre y cuando exista la cooperación del paciente.

- En caso de **caries rampante o de biberón** avanzado en niños no cooperadores, realizar el tratamiento odontológico integral bajo anestesia general de acuerdo a diagnóstico.
- También deberán ser tratados bajo anestesia general los niños con discapacidad cognitiva y motriz moderada, severa y acorde a su grado de cooperación.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

#### Nivel I

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- En caries rampante: procesos pulpíticos referir al nivel II de acuerdo a capacidad resolutive.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Controles periódicos odontológicos.
- Implementar medidas de prevención referente a hábitos de higiene y de alimentación, esquema de aplicación de flúor en base al riesgo de caries del paciente (ver ficha técnica de aplicación de flúor).

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Orientación higiénica dietética.
  - Adecuada técnica de cepillado dental e interdental.
  - Frecuencia del cepillado: tres veces al día, por al menos tres minutos, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Cepillado suave de lengua, encías y pared de la boca.
- Uso del hilo dental.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en nutrientes como: proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas, consumo de alimentación variada (cereales, verduras, frutas, todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente, entre otros sal yodada).
- Controles periódicos según criterio odontológico.
- Orientar sobre el no consumo de alimentos por el tiempo necesario después de recibir tratamiento odontológico.
- Indicar en caso de exodoncia, cumplir con los cuidados necesarios, el tratamiento medicamentoso analgésico y/o antibiótico, según requerimiento.

## PULPITIS REVERSIBLE (HIPEREMIA PULPAR O HIPERSENSIBILIDAD DENTINARIA)

### DEFINICIÓN

Primera respuesta inflamatoria pulpar frente a diversos estímulos externos (irritantes), resultado de una congestión vascular, misma que una vez diagnosticada y tratada vuelve a su estado normal.

### ETIOLOGÍA

Procesos cariosos, traumatismos, oclusiones atípicas, preparaciones cavitarias sin refrigeración, irritación de la dentina por contacto con sustancias de obturación y otros (bruxismo, atrición, abrasión y afracción).

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Sintomático, al estímulo físico y químico, el dolor dura mientras se mantiene el estímulo, es un dolor provocado.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

##### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía (RVG).

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

##### Adultos y niños/niñas:

- Diagnóstico clínico.
- Interpretación radiográfica.
- Consentimiento informado.
- Anestesia si fuese necesario.
- Aislado absoluto y/o relativo de la pieza dentaria.
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 0,2% u otros.

En caso de **caries de dentina profunda:**

- Protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio, cemento de ionómero de base o cemento de oxifosfato de zinc.
- Obturación definitiva.

##### Tratamiento medicamentoso:

- De acuerdo a criterio profesional se medicará antiinflamatorios y/o analgésicos.

### OBSERVACIONES

En caso de caries dentinaria superficial se sellarán los túbulos dentinarios expuestos utilizando el sistema adhesivo de las resinas fotocurables.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene, uso del cepillo dental e interdental, adecuada técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado suave de la lengua, encías y pared de la boca.
- Uso del hilo dental.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en: proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados, principalmente cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

## PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMÁTICA (PULPITIS AGUDA)

### DEFINICIÓN

Es la inflamación de curso rápido de la pulpa; pertenece a las pulpitis a cavidad cerrada, no tiene capacidad de recuperación a pesar de que cesan los estímulos externos que han provocado el estado inflamatorio, suele ser también una secuela y/o consecuencia de la progresión de una pulpitis reversible no tratada.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Sintomático agudo (dolor intenso, espontáneo y de mayor duración de lo que dura el estímulo con exacerbaciones intermitentes).

#### No asociado a:

- Edema gingival alrededor de la pieza dentaria.
- Aumento de volumen extra oral.
- Exudado purulento.
- Malestar general.
- Dolor continuo, pulsátil e irradiado.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I: adultos y niños/niñas

##### Tratamiento odontológico general de urgencia, para piezas bi y multirradiculares:

- |                                       |   |                           |
|---------------------------------------|---|---------------------------|
| ■ Consentimiento informado.           | ■ Aislamiento absoluto.   | ■ Obturación provisional. |
| ■ Diagnóstico clínico.                | ■ Remoción de tejido cariado.                                   | ■ Referencia al nivel II. |
| ■ Toma e interpretación radiográfica. | ■ Medicación intermedia (analgésico pulpar pulperil o eugenol). |                           |
| ■ Aplicación de anestesia.            |   |                           |

##### Tratamiento odontológico general de urgencia, para dientes temporarios uni y multirradiculares:

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| ■ Consentimiento informado.           | ■ Aislamiento absoluto.                    | ■ Lavado con suero fisiológico.               |
| ■ Diagnóstico clínico.                | ■ Remoción de tejido cariado.              | ■ Medicación intermedia (hidróxido de calcio) |
| ■ Toma e interpretación radiográfica. | ■ Eliminación del paquete vasculo-nervioso | ■ Obturación provisional.                     |
| ■ Aplicación de anestesia.            |  |   |

#### Nivel I: piezas dentarias unirradiculares.

#### Nivel II: piezas bi y multirradiculares.

#### Tratamiento endodóntico

##### Primera sesión:

- Interpretación radiológica.
- Consentimiento informado.
- Administración de anestesia.

##### Segunda sesión:

- Aislado absoluto.
- Retiro obturación provisional.
- Preparación biomecánica del conducto radicular.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Conometría.

- Aislado absoluto.
- Retiro de obturación provisional.
- Apertura de cámara, acceso a conductos radiculares.
- Extirpación de paquete vásculo-nervioso.
- Conductometría.
- Irrigación de conductos radiculares: hipoclorito de sodio 0,2 a 2,5% o clorhexidina al 2%.
- Preparación biomecánica.
- Aspiración de los detritus post instrumentación biomecánica.
- Secado de conducto radicular (conos de papel).
- Medicación intermedia (hidróxido de calcio, formocresol, tricresol).
- Obturación provisional (eugenato).

#### Tratamiento medicamentoso:

- Medicación analgésica y antiinflamatoria (ibuprofeno 400 mg vía oral 1 comprimido cada ocho horas no mayor a cinco días).

- Obturación de conducto radicular, conos de gutapercha y sellador endodóntico (cemento endodóntico en base a hidróxido de calcio con o sin dexametasona).
- Control radiográfico.

#### Tratamiento en dientes temporarios anteriores y posteriores:

- Biopulpectomía (según ficha técnica N° 7).
- Tiempo de duración 1-2 sesiones.

- Durante todo el procedimiento se recomienda irrigación abundante con hipoclorito de sodio al 2,0-2,5% o clorhexidina al 2%.
- De acuerdo a la pieza dentaria y complejidad se pueden extender el número de sesiones.
- Controles clínico radiológicos periódicos a los tres meses durante el primer año.
- En la mujer gestante el tratamiento endodóntico se realizará al término del embarazo.

### OBSERVACIONES

- Las endodoncias de piezas dentarias unirradiculares permanentes deben ser atendidas por el nivel I.
- Las piezas dentarias bi y multirradiculares serán atendidas en establecimientos de salud de nivel II.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene y alimentación saludable.
- El cuidado de los dientes y las encías con un buen aseo de la boca, cambiando el cepillo cada tres meses.
  - Uso del cepillo dental e interdental.
  - Adecuada técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Uso del hilo dental.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en nutrientes como ser: proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, B, C, D); consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones). Aconsejar también alimentos propios de la región.
- Orientar el consumo de alimentos de consistencia blanda durante el tratamiento para evitar fracturas o reagudizaciones como periodontitis apical aguda.

### En la mujer embarazada:

- Las mujeres gestantes están más propensas a tener caries por los cambios hormonales propios del embarazo, por lo cual se recomienda a la futura mamá una alimentación rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada), disminuir el consumo de alimentos con alta concentración de azúcar.
- Se debe evitar la administración de anestesia local con vasoconstrictor en el primer trimestre.
- No realizar toma radiográfica.
- Sólo se debe eliminar el tejido reblandecido y la posterior aplicación de analgésicos pulpares, controles periódicos.



## PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA (HIPERPLÁSICA Y ULCERATIVA)

### DEFINICIÓN

Inflamación progresiva y lenta de la pulpa producida inicialmente como consecuencia de una lesión dentinaria profunda, misma que por el proceso infeccioso afecta primero a la parte más externa de la pulpa, de sintomatología dolorosa a estímulos directos, muy similar a la hiperemia pulpar pero de larga duración al retirar el estímulo. También puede ser de origen traumático debido a fractura de la corona.

### CLASIFICACIÓN

**1. Pulpitis irreversible asintomática propiamente dicha:** inflamación pulpar con ausencia de sintomatología, generalmente presente en caries dentinarias profundas; en estos casos debe realizarse el tratamiento endodóntico lo antes posible.

**2. Pulpitis ulcerosa:** es la exposición pulpar, pudiendo ser traumática o accidental (fractura coronaria complicada) y no traumática (infecciosa) que es la ulceración crónica de la pulpa expuesta debido a la progresión de la cavidad cariosa.

**3. Pulpitis hiperplásica:** la pulpitis crónica hiperplásica o pólipo pulpar se produce por una proliferación de tejido de granulación en una pulpa joven con inflamación crónica, ampliamente expuesta por unas caries extensas.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

##### Pulpitis irreversible asintomática:

- Caries profundas.

##### Complicaciones:

- Abscesos periapicales.

##### En niños/niñas: se presenta como:

- Lesiones cariosas amplias y profundas.
- Sintomatología a estímulos.
- Dolor al empaquetamiento.
- Dolor a agentes ácidos, dulces y térmicos.
- Exacerbado al frío y mitigante al calor.

##### Pulpitis ulcerosa:

- Sintomática a la exploración.
- Dolor a estímulos físicos y químicos.
- Hemorragia a la exploración.
- Dolor a la presión directa (exploración y masticación).
- Dolor moderado a estímulos químicos.

##### Pulpitis hiperplásica:

- Caries extensa.
- Sintomática y hemorrágica a la exploración.
- Dolor a estímulos físicos y químicos.
- Determinar mediante la inspección el pedículo de inserción (diagnóstico comparativo con hiperplasia gingival o pólipo gingival).

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A CRITERIO PROFESIONAL

Nivel I ó II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

## PROCEDIMIENTO

### Nivel I y II

#### Pulpitis ulcerosa:

##### Traumática:

- Diagnóstico clínico.
- Análisis radiográfico.
- Consentimiento informado.
- Administración de anestesia.
- Aislado absoluto.
- Limpieza de la cavidad con clorhexidina al 2% y/o hipoclorito al 2,0 al 2,5%.
- Protección directa con hidróxido de calcio (si el paciente acudió dentro de las 24 horas post-trauma).
- Control clínico radiográfico periódico y si amerita endodoncia terapéutica.
- Obturación temporal con ionómero de vidrio y/o definitiva.
- En dientes temporales que hayan sufrido una pulpitis ulcerosa traumática realizar la biopulpectomía (ver ficha técnica N° 7).

##### No traumática:

- Remoción de tejido cariado y pulpotomía provisional (ver ficha N° 6).
- Medicación intermedia (tricresol y formocresol).
- Obturación provisional.
- Tratamiento endodóntico según protocolo de endodoncia de pulpitis irreversible.
- En caso de que exista apicogénesis incompleta realizar la pulpotomía (en piezas permanentes jóvenes), luego de completar la apexificación, realizar el tratamiento endodóntico.
- En dientes temporales que hayan sufrido una pulpitis ulcerosa realizar la biopulpectomía (ver ficha técnica N° 7).

### Nivel I y II

#### En pulpitis crónica inicial en niños/niñas se procederá a realizar pulpotomía:

- Consentimiento informado.
- Lectura radiográfica.
- Control del dolor (anestesia imprescindible).
- Pulpotomía (técnica endodóntica parcial).
- Una sola sesión.
- Aislado absoluto imprescindible.
- Eliminación del tejido enfermo (márgenes, paredes y piso).
- Desinfección de la preparación previa apertura de la cámara.

### Nivel I

#### Pulpitis hiperplásica en piezas dentarias permanentes jóvenes:

- Diagnóstico clínico.
- Lectura radiográfica.
- Consentimiento informado.
- Administración de anestesia.
- Aislado absoluto.
- Eliminación del pólipos.
- Eliminación de tejido reblandecido.
- Pulpotomía (ver norma de pulpotomía en piezas permanentes jóvenes).
- En caso de que exista apicogénesis incompleta realizar la pulpotomía (en piezas permanentes jóvenes), luego de completar la apexificación, realizar el tratamiento endodóntico

#### Pulpitis hiperplásica en piezas dentarias temporarias:

- En esta patología antes de plantear tratamiento se deberá tomar en cuenta la edad de la pieza dentaria, grado de destrucción de la misma y sobre todo riesgo estratégico para intentar su tratamiento endodóntico o la exodoncia.
- Orientar sobre la confección de mantenedor de espacio.

- Eliminación de la pulpa cameral con cureta de dentina o fresa redonda a baja rotación hasta la entrada de los conductos.
- Lavado con solución salina en torundas.
- Secado de la preparación.
- Fijación de los remanentes pulpares vitales con: opcional (formocresol dilución al 50%, por tres minutos, torunda embebida y exprimida; alternativa, puede ser torunda de sulfato férrico por 1 minuto, glutaraldehído en torunda por dos minutos, o en casos debidamente controlados y diagnosticados, hidróxido de calcio).
- Retirar la torunda con la medicación empleada y colocar base de óxido de zinc y eugenol en pasta, cemento protector.
- Obturación final.

#### Pulpitis ulcerosa:

- **Tratamiento endodóntico** (según norma de endodoncia de pulpitis irreversible).

#### Pulpitis hiperplásica:

##### ■ Tratamiento endodóntico:

- En adultos según norma de endodoncia (pulpitis irreversible).
- En niños/niñas: en esta patología antes de plantear tratamiento se deberá tomar en cuenta la edad de la pieza dentaria, grado de destrucción de la misma y sobre todo riesgo estratégico para decidir su tratamiento endodóntico o exodoncia.

### RECOMENDACIONES

- Control clínico-radiográfico cada tres meses durante el primer año.
- Evitar alimentos por vía oral durante las dos primeras horas post tratamiento.
- En niños/niñas: la obturación final se determina de acuerdo al grado de destrucción coronaria.

### OBSERVACIONES

- En niños/niñas la referencia del paciente con este diagnóstico no es requisito para que el tratamiento integral sea bajo anestesia general, quedando esta acción a criterio del especialista.
- Las endodoncias en piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas en nivel I y las bi y multirradiculares en nivel II.
- Las endodoncias en piezas dentarias temporarias deberán ser resueltas en odontopediatría.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser saludable y rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Visitas periódicas al odontólogo sobre educación en salud oral.
- Evitar alimentos de consistencia dura mientras no se concluya el tratamiento para evitar fracturas.

# PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA EN PIEZAS CON APICOGÉNESIS INCOMPLETA

## DEFINICIÓN

Inflamación crónica de la pulpa producida por microorganismos infecciosos, lesión sin capacidad de recuperación a pesar de que cesen los estímulos externos que han provocado el estado inflamatorio en piezas dentarias que no han completado su apicogénesis.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Lesiones cariosas amplias y profundas.
- Al examen radiológico edad joven biológica de la pulpa dentaria (apicogénesis incompleta).
- Sintomático (sólo a estímulos).
- Radiográficamente presencia de comunicación pulpar.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### 1368 Nivel I y II, en niños y jóvenes:

- Diagnóstico clínico (importante el test de vitalidad).
- Diagnóstico radiográfico.
- Consentimiento informado.

#### Pulpotomía en una sola sesión:

- Control del dolor (técnica anestésica acorde a la pieza a tratar).
- Aislamiento absoluto.
- Remoción de caries con fresa redonda de carburo (alta o baja velocidad).
- Desinfección de la superficie con clorhexidina al 2% antes de realizar la exposición pulpar.
- Destechado con fresa redonda de carburo de alta o baja velocidad.
- Eliminación de la pulpa cameral con cuchareta de dentina desde las paredes hacia el centro.
- Lavado profuso con suero fisiológico.
- Secado con motas de algodón estériles.

- Verificar ausencia de sangrado profuso a nivel de los muñones remanentes en la entrada de los conductos (en caso de presentar sangrado verificar que no exista presencia de algún trozo de pulpa sin eliminar)
- Aplicación de pasta de hidróxido de calcio en la entrada de los conductos.
- Colocación de pasta de óxido de zinc – eugenol en la cámara pulpar
- Colocación de ionómero de vidrio para un sellado hermético.
- Rx post tratamiento.
- Verificar la ausencia de signos y síntomas clínicos.
- Restauración definitiva.

**Terapéutica analgésico antiinflamatoria** (ibuprofeno 400 mg cada ocho horas por cinco días).

- Control radiográfico periódico hasta que se verifique el cierre apical.

## RECOMENDACIONES

- No consumir alimentos por el lapso de 1 a 2 horas concluido el tratamiento odontológico.

## OBSERVACIONES

- En caso de que el diagnóstico sea pulpitis irreversible sintomática, gangrena pulpar o patología perirradicular en estas piezas dentarias jóvenes, debe referirse al nivel II, especialista para realizar el tratamiento endodóntico y obturar con hidróxido de calcio para inducir la apicoformación y luego realizar la obturación radicular convencional.
- Las endodoncias en piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas en nivel I y las bi y multirradiculares en nivel II.
- Las endodoncias en piezas dentarias temporarias deberán ser resueltas en odontopediatría.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Se debe cuidar la pieza dentaria, evitando cualquier tipo de trauma (golpes, caídas).

# NECROSIS DE LA PULPA (GANGRENA PULPAR O NECROSIS INFECCIOSA) DEGENERACIONES DE LA PULPA (PROCESOS PULPARES TERMINALES)

## DEFINICIÓN

Muerte pulpar con formación de materia purulenta y/o serosanguinolenta, desprende olor fétido, debido a que la patología infecciosa llega a degenerar la totalidad del paquete vásculo-nervioso.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### En adultos:

- Sintomatología aguda o reagudización del proceso:
- Dolor espontáneo pulsátil, irradiado y prolongado, exacerbado al calor y mitigante al frío, debido a la elaboración de gases producto de la descomposición pulpar; éste llega a estimular al tejido periapical donde todavía existe vitalidad.
- Acumulación de pus y exudado.

#### En niños/niñas:

- Dolor espontáneo pulsátil, irradiado y prolongado exacerbado al calor y mitigante al frío
- Dolor nocturno, con posterior aumento de movilidad dentaria sensible a la oclusión.
- A cavidad abierta el dolor disminuye, se incrementa con empaquetamiento de comida.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I y II en piezas permanentes:

#### Gangrena pulpar:

#### Tratamiento Odontológico General de urgencia:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Interpretación radiográfica.
- Apertura de la cámara pulpar para aliviar la presión.
- Dejar una torunda de algodón en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.

#### Tratamiento de endodoncia:

- Según protocolo de pulpitis irreversible

#### Primera sesión:

- Si existiese exudado purulento se aconseja irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5%, secar y dejar abierta la cavidad sin ninguna medicación con una torunda de algodón para evitar empaquetamiento de alimentos.

#### Nivel I y II

#### Tratamiento odontológico de urgencia en piezas temporarias:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Interpretación radiográfica.
- Apertura de la cámara pulpar para aliviar la presión.
- Dejar una torunda de algodón en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.
- Si existiese exudado purulento se aconseja irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5%, secar y dejar abierta la cavidad sin ninguna medicación con una torunda de algodón para evitar empaquetamiento de alimentos.



**Segunda sesión:**

- Aislado absoluto.
- Retiro de la torunda de algodón
- Preparación biomecánica del conducto radicular.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Medicación intraradicular con hidróxido de calcio por siete días.
- Obturación con cemento provisional
- Terapéutica farmacológica.
- Si el caso lo requiere: antibioticoterapia.

**Tercera sesión:**

- Aislado absoluto.
- Retiro del hidróxido de calcio.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Conometría.
- Obturación de conducto radicular, conos de gutapercha y sellador endodóntico (cemento endodóntico en base a hidróxido de calcio con o sin dexametasona).
- Control radiográfico.

**Tratamiento endodóntico según protocolo de necropulpectomía en dientes temporarios (ficha técnica N° 8):**

- Se tratarán **endodónticamente** “sólo tomando en cuenta” las siguientes consideraciones:
  1. Grado de reabsorción radicular.
  2. Grado de destrucción coronaria.
  3. Edad del paciente.
  4. Edad de la pieza dentaria.
  5. Grado de cooperación del paciente.
  6. Riesgo estratégico de la pieza a tratar.
- Tratamiento radical **exodoncia**: que deberá ser seguido de un manejo adecuado del espacio, explicar al paciente la importancia de la interconsulta con ortodoncia.

**RECOMENDACIONES**

- Control radiográfico trimestral por un año, según criterio profesional.
- En caso de exodoncia: el paciente deberá cumplir con los cuidados y recomendaciones que indica el odontólogo.
- En caso de exodoncia a temprana edad interconsulta con el ortodoncista para mantener el espacio.

**OBSERVACIONES**

- Las endodoncias de piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas por el nivel I.
- Las piezas dentarias bi y multirradiculares serán atendidas en nivel II.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Educación y orientación en salud oral:
    - Técnica de cepillado.
    - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
    - Tiempo de cepillado: tres minutos.
    - Cepillado de lengua e interdental.
  - Uso del hilo dental.
  - Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- En caso de exodoncia:
- Morder el algodón por el tiempo que le indique el odontólogo.
  - No ingerir alimentos durante tres horas o más.
  - Dieta blanca y blanda.
  - Cumplir con la terapia farmacológica.
  - Otras indicaciones a criterio del odontólogo.

# PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA (PERIODONTITIS PERIRRADICULAR AGUDA) – PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA (PERIODONTITIS PERIRRADICULAR CRÓNICA)

## DEFINICIÓN

**Periodontitis apical aguda originada en la pulpa o periodontitis perirradicular aguda:** es la inflamación del ligamento periodontal apical producida por los irritantes locales provenientes de la pulpa inflamada irreversiblemente.

**Periodontitis apical crónica o periodontitis perirradicular crónica:** es una lesión de larga duración, “latente” asintomática o levemente sintomática, que suele acompañarse de reabsorción ósea apical.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Periodontitis apical aguda:

La sintomatología varía de moderada a intensa en la masticación y la percusión:

- El paciente refiere que su “diente ha crecido”.
- Radiográficamente muchas veces no se observan cambios o se puede observar un engrosamiento de ligamento periodontal en el tercio apical.

#### No asociado a:

- Malestar general.
- Formación de edema en tejidos blandos circundantes a la pieza dentaria.
- Persistencia de los síntomas, dolor pulsátil.

#### Periodontitis apical crónica:

- El paciente no manifiesta dolor significativo.
- A la percusión vertical el paciente refiere una “sensación extraña”, se percibe un sonido mate u opaco.
- Las pruebas de vitalidad son negativas.
- Radiográficamente las imágenes que varían desde el engrosamiento del ligamento periodontal y reabsorción de la lámina dura, hasta la destrucción del hueso periapical con francas lesiones perirradiculares radiolúcidas.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II: según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I y II

#### Periodontitis apical aguda y crónica en piezas permanentes:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Toma de Rx inicial.
- Aplicación de anestesia local si hay sintomatología.

### Nivel II

#### Periodontitis apical aguda y crónica en piezas temporarias:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Toma de Rx inicial.
- Valorar el grado de risolizis de la pieza temporaria.

- Aislamiento absoluto.
- Remoción de tejido cariado, trepanación de la cámara pulpar y eliminación de paquete vasculo nervioso o de restos pulpares necróticos.
- Irrigación abundante de conductos radiculares con hipoclorito de sodio al 2,0 ó 2,5% (sin ejercer presión apical durante la irrigación).
- Aspiración y secado de conducto radicular (conos de papel).
- Medicación intermedia: formocresol o tricresol (en caso de pulpas vitales) y obturación provisional de cemento de eugenato de zinc.
- En caso de pulpas necróticas dejar abierto el conducto de la pieza dentaria sólo con torunda de algodón seca.
- Terapéutica: analgésico antiinflamatoria (ibuprofeno 400 mg cada ocho horas por cinco días).

#### Tratamiento endodóntico:

- Ver norma de pulpitis aguda y crónica.
- Terapéutica analgésica y/o antibioticoterapia.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Si el/la paciente post endodoncia requiere cirugía referir a la especialidad de cirugía bucal.

#### RECOMENDACIONES

- No consumir alimentos por vía oral por el lapso de 1 a 2 horas post tratamiento.
- El paciente debe regresar para controles clínico radiográficos periódicos, cada tres meses durante el primer año.
- Si los síntomas y signos no ceden pese al tratamiento endodóntico realizado durante un determinado tiempo, se realizará una interconsulta con cirugía odontológica.
- En caso de **piezas dentarias temporarias** si los síntomas y signos no ceden pese al tratamiento endodóntico realizado durante un determinado tiempo, se procederá a realizar la exodoncia de la pieza.

- Valorar la presencia de lesión de furca.
- Valorar si la pieza es restaurable
- Aplicación de anestesia local si hay sintomatología.
- Aislamiento absoluto.
- Remoción de tejido cariado, trepanación de la cámara pulpar y eliminación de paquete vasculo nervioso o de restos pulpares necróticos.
- Irrigación abundante de conductos radiculares con hipoclorito de sodio al 2,0 ó 2,5% (sin ejercer presión apical durante la irrigación).
- Aspiración y secado de conducto radicular (conos de papel).
- Medicación intermedia, hidróxido de calcio y obturación provisional
- Tratamiento endodóntico de la pieza (ver ficha N° 8: necropulpectomías en piezas dentarias temporarias).
- Terapéutica analgésica y/o antibiótica en caso de ser necesario.

#### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez concluido el tratamiento el paciente debe regresar al consultorio de origen.

#### OBSERVACIONES

- Se debe hacer notar que una vez concluido el tratamiento endodóntico, el paciente no estará con alta definitiva hasta que desaparezca la lesión radiolúcida periapical visible radiográficamente, de ahí la importancia de los controles radiográficos ambulatorios periódicos.
- Las endoncias de piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas por el nivel I.
- Las piezas dentarias bi y multirradiculares serán atendidas en nivel II.

## **MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre visitas periódicas al odontólogo.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Aprovechar los alimentos producidos en la zona geográfica donde habita, consumiendo de preferencia alimentos que contengan calcio, fósforo y flúor.
- En el caso de periodontitis aguda consumir alimentación blanda por la sintomatología.
- Evitar fumar durante el tratamiento.

# ABSCESO PERIAPICAL AGUDO SIN FÍSTULA

## ABSCESO PERIAPICAL CRÓNICO CON FÍSTULA

### DEFINICIÓN

Concentración circunscrita, localizada de pus en el ápice de una pieza dentaria, que se debe a una infección de la pulpa a través de la caries dental o una lesión que produce necrosis de la pulpa.

### CLASIFICACIÓN

**Absceso periapical agudo sin fístula:** es una lesión formada por licuefacción localizada o difusa, de origen pulpar que destruye los tejidos perirradiculares debido a la presencia de irritantes bacterianos.

**Absceso periapical crónico con fístula:** es un trastorno inflamatorio de origen pulpar que se caracteriza por la presencia de una lesión antigua que ha dado paso a un absceso que drena por un trayecto fistuloso hacia una superficie mucosa o cutánea, también puede drenar a través del surco gingival del diente afectado imitando una lesión periodontal con bolsa.

El absceso apical crónico se asocia con un trayecto fistuloso que drena en forma continua o intermitente, lesión conocida también como **periodontitis apical supurativa**.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

**Absceso periapical agudo sin fístula:**

- De evolución rápida.
- Dolor espontáneo, muchas veces pulsátil.
- Dolor que aumenta con el calor y disminuye con el frío.
- Dolor agudo al menor contacto de la pieza.
- Dolor a la palpación de tejidos blandos.
- Presencia de tumefacción fondo del vestíbulo.
- Movilidad dental aumentada no fisiológica.
- Hipertermia, malestar general.

**Absceso periapical crónico con fístula:**

- Ausencia de sintomatología dolorosa (pruebas de vitalidad son negativas).
- A la percusión vertical el paciente refiere una "sensación extraña", se percibe un sonido mate u opaco.
- Presencia de halitosis y sabor amargo en la boca.
- El examen radiográfico revelará pérdida ósea a nivel del ápice desde un simple engrosamiento hasta una zona radiolúcida de dimensiones considerables.
- Presencia de estoma o fístula a nivel de los tejidos blandos circundantes a la pieza dentaria.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

**Gabinete:**

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I y II

##### Absceso periapical agudo:

- Ver tratamiento de emergencia odontológica de periodontitis apical aguda y crónica.
- Apertura de cámara pulpar de la pieza dentaria y dejar la cavidad abierta
- Dejar una torunda de algodón seca en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.

##### Terapéutica farmacológica:

- Amoxicilina y ácido clavulánico 1 g cada 12 horas durante siete días.
- Ibuprofeno, adultos: 400 mg cada ocho horas durante dos días.

##### En piezas temporarias:

- Apertura de cámara pulpar y dejar la cavidad abierta.
- Dejar una torunda de algodón seca en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.

#### 1376 Terapéutica farmacológica:

- Amoxicilina 50 mg/Kg. peso cada ocho horas por siete días.
- Segunda opción: amoxicilina más inhibidor betalactamasa 50 mg/Kg./peso cada ocho horas por siete días.
- Ibuprofeno 30 mg/Kg./peso cada ocho horas por dos días.

#### Nivel I y II

##### Absceso periapical crónico:

##### Tratamiento endodóntico:

- Ver norma de periodontitis apical aguda y crónica.
- En caso de resolución total del edema: medicación intermedia (formocresol o tricresol), obturación provisional (eugenato, terapéutica farmacológica: amoxicilina 500 mg cada ocho horas por siete días y metronidazol 500 mg cada ocho horas por siete días).
- En caso de persistencia del edema, dejar una torunda de algodón seca en la cavidad abierta.
- Cuando el edema desaparezca medicar con una pasta de hidróxido de calcio y propilenglicol o glicerina por un período mínimo de siete días.
- Cuando la pieza dentaria se encuentra asintomática, los conductos secos y hay ausencia de olor fétido, se procede a obturar los conductos radiculares.
- Control radiográfico post operatorio.

#### Nivel II

##### Tratamiento endodóntico en piezas temporarias:

- Valorar el grado de risolizis de la pieza temporaria.
- Valorar la presencia de lesión de furca.
- Valorar si la pieza es restaurable.
- Según protocolo de manejo necropulpectomía (ficha técnica N° 8).

##### En caso de absceso periapical con fístula (en piezas permanentes):

- Realizado el diagnóstico:
  - En nivel I y II realizar en cada sesión medicación intermedia (intrarradicular) con hidróxido de calcio mínimo por siete días, obturándola provisionalmente después de cada sesión.

##### En caso de absceso periapical con fístula (en piezas temporarias):

- Realizado el diagnóstico:
  - En caso de que la pieza sea restaurable se procede a realizar el tratamiento endodóntico (ver ficha de necropulpectomía en piezas temporarias); lavar a través de la fístula con lechada de cal hasta que ésta desaparezca.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Si el/la paciente presenta un signo de alarma debe ser referido al cirujano maxilofacial.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Resolución de signos y síntomas.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez concluido el tratamiento el paciente debe regresar al consultorio de origen para control clínico-radiográfico.

**RECOMENDACIONES**

- Recomendar también visitas periódicas al odontólogo para el control radiográfico.
- Solamente en casos excepcionales se programará una solución endodóntico quirúrgica inmediata.

**OBSERVACIONES**

- Una vez concluido el tratamiento endodóntico, el paciente no estará con alta definitiva hasta que desaparezca la lesión radiolúcida periapical visible radiográficamente, de ahí la importancia de los controles radiográficos periódicos.
- En caso de que no exista respuesta favorable al tratamiento de la patología se recomienda realizar cultivo y antibiograma en establecimientos de salud de nivel II ó III según disponibilidad.
- Si los síntomas y signos no ceden pese al tratamiento endodóntico realizado durante un determinado tiempo, se realizará una interconsulta con cirugía odontológica.
- Las endodoncias de piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas en el nivel I, las bi y multirradiculares deben ser atendidas en el nivel II.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Evitar la masticación con fuerzas excesivas con la pieza dentaria durante el tratamiento.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

# GINGIVITIS ASOCIADA Y NO ASOCIADA A PLACA BACTERIANA

## DEFINICIÓN

Inflamación del tejido gingival sin pérdida de inserción del tejido conectivo, ni pérdida de soporte óseo, manifestándose con diferentes trastornos clínicos, fisiológicos y microscópicos.

## ETIOLOGÍA

### Gingivitis aguda asociada a placa bacteriana:

- Presencia de placa bacteriana, en caso de mal posición dentaria y respiradores bucales.

### Gingivitis aguda no asociada a placa bacteriana:

- Se presenta en enfermedades de tipo:
  - Bacteriano específico (treponema palidum, estreptococos).
  - Viral (herpes, gingivoestomatitis).
  - Micóticas (cándida albicans).
  - Genético (fibromatosis gingival).
  - Sistémico (lesiones mucocutáneas, alérgicas).
  - Traumático.

## CLASIFICACIÓN

### Gingivitis asociada a placa bacteriana:

- Gingivitis modificada por fármacos: por ciclosporina A, bloqueadores de canales de calcio y el nifedipino (agrandamiento gingival).
- **Agrandamiento gingival:** aumento de tejido gingival ya sea en el número o tamaño de las células.

### Gingivitis no asociada a placa bacteriana:

- Gingivoestomatitis herpética primaria: afección viral aguda (frecuente en la mucosa bucal de los niños/niñas), se da generalmente en pacientes inmunodeprimidos, inmunodependientes, estrés, traumas mecánicos, intoxicación alimentaria.

## FACTORES DE RIESGO

### Gingivitis asociada a placa bacteriana:

- Recesiones o retracciones gingivales, caries, mal posición dentaria.
- Tabaco.
- Prótesis mal adaptadas o sin ajuste cervical, etc.
- **Gingivitis modificada por fármacos:** la ingesta de fármacos.

### Gingivitis no asociada a placa bacteriana:

- Enfermedades sistémicas (hemofilia, diabetes, arteriosclerosis, poliglobulia, paciente con cirugías cardíacas, enfisema pulmonar, alteraciones gástricas o hepatobiliares, etc.).



**DIAGNÓSTICO****CRITERIOS CLÍNICOS**

- Se presenta en cualquier edad del paciente.
- Encía inflamada con aumento progresivo del volumen (edema).
- Aumento del fluido crevicular o gingival.
- Sangrado provocado o espontáneo.
- Eritema, cambio del tono de color de la encía a rojo azulado o violáceo.
- Textura lisa, blanda, brillante, depresible de contorno irregular.
- Halitosis.

**Gingivoestomatitis herpética primaria:**

- Presencia de vesículas y úlceras en mucosa bucal y labios.
- Fiebre.
- Malestar general.
- Irritabilidad.
- Sialorrea.
- Linfadenopatía regional bilateral.
- Contagioso.

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS****Nivel III****Laboratorio:**

- Histopatológico.
- Antibiograma.

**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO****PROCEDIMIENTO****Nivel I****Gingivitis asociada a placa bacteriana:**

- Consentimiento informado.
- Detartraje supra y sub gingival:
  - Manual (curetas jacketts 30/32, 31/33).
- Ultrasonido de acuerdo al paciente (contraindicado en pacientes con marcapaso, con VIH, hipersensibilidad dentinaria), previo enjuague con clorhexidina al 0,12%.
- Eliminación de irritantes locales (caries, obturaciones desbordantes, coronas sin ajuste, etc.).
- Despigmentación, con la utilización de chorro de bicarbonato.
- Pulido de coronas con gomas y pastas.
- Uso de antisépticos, colutorios (clorhexidina).

**En niños/niñas:**

- Control de la placa bacteriana (profilaxis).
- Tratamiento de obturaciones desbordantes.

**Gingivitis modificada por fármacos (agrandamiento gingival):**

- Interconsulta con el médico tratante y/o quirúrgico.

**Nivel II****Gingivitis no asociada a placa bacteriana:**

- Consentimiento informado.
- Origen bacteriano específico:
  - Antibioticoterapia: amoxicilina 500 mg cada ocho horas.
- De origen viral:
  - Aciclovir 200 mg comprimido o pomada al 3% tres veces al día.
  - Paracetamol 120 ó 125 mg cada 6 a 8 horas.
  - Lidocaína tópica:
    - ▲ Por hongos: metronidazol 500 mg cada ocho horas por 7 días.
- Origen genético: tratamiento quirúrgico – gingivectomía.
- Alivio del dolor (AINES).
- Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas o paracetamol 500 mg cada 6 u 8 horas de acuerdo criterio del especialista.
- Control dos veces por semana hasta la resolución de la enfermedad.

## COMPLICACIONES

### Gingivitis asociada a placa bacteriana:

- Periodontitis.
- Gingivitis ulceronecrotizante (GUN).
- Reagudización del caso.
- Gingivitis no asociada a placa bacteriana: malestar general.

- Hipersensibilidad dentaria.
- Recidiva del problema.

### Gingivoestomatitis herpética primaria:

- Reagudización del cuadro viral con manifestaciones regionales o sistémicas.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- A periodoncia en nivel II o interconsultas con otros especialistas por enfermedades sistémicas.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez resuelta la patología el paciente podrá volver a su respectivo centro de atención odontológica.

## RECOMENDACIONES

### Gingivitis aguda asociada a placa bacteriana:

- Instrucciones de higiene oral, técnica de cepillado.
- Visitas periódicas de 6 a 12 meses.
- Evitar alimentos irritantes.
- No fumar ni consumir bebidas alcohólicas.
- En caso de mal posición dentaria y respiradores bucales, consultar con ortodoncista y otorrinolaringólogo.

### Gingivitis aguda no asociada a placa bacteriana:

- Control dos veces por semana hasta la resolución de la enfermedad.
- Cumplir con la prescripción terapéutica.
- No hacer uso de los dispositivos ultrasónicos.
- No fumar, ni consumir bebidas alcohólicas.

### Gingivoestomatitis herpética primaria:

- Ingesta de líquidos fríos en gran cantidad.
- Enjuagues de clorhexidina al 0,12% dos veces al día por 15 días.

### En niños/niñas:

- Prescribir enjuagues bucales sin alcohol.

## OBSERVACIONES

- Controlar el estado emocional y psicológico del paciente, estrés.
- Pacientes que no tienen el control psicomotor, aplicación de enjuagues bucales con hisopos.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% o triclosan, según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

## PERIODONTITIS CRÓNICA Y AGRESIVA

### DEFINICIÓN

**Periodontitis crónica y periodontitis agresiva:** enfermedad infecciosa producida por la pérdida de la inserción conectiva, ligamento periodontal, hueso y cemento radicular.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

##### Periodontitis crónica:

- Comprendida en sus tres estadios:
  - Leve.
  - Moderada.
  - Avanzada.
- **Pudiendo ser localizada o generalizada:**
  - Inflamación gingival (edema, eritema, aumento del fluido crevicular, hemorragia).
  - Recesión gingival.
  - Pérdida de inserción con formación de bolsas periodontales.
  - Pérdida ósea (horizontal principalmente).
  - Movilidad dentaria (en sus tres grados).
  - Compromiso de furcación (I, II y III).
  - Halitosis.
  - Supuración.
  - Complicaciones:
    - ▲ Mayor movilidad dentaria.
    - ▲ Pérdida dentaria.

##### Periodontitis agresiva:

- Comprendida en sus tres estadios:
  - Leve.
  - Moderada.
  - Avanzada.
- **Pudiendo ser localizada o generalizada:**
  - Predominancia de lactobacilos actinomycetemcomitans.
  - Poca inflamación gingival.
  - Pérdida ósea vertical.
  - Bolsas profundas.
  - Generalmente sin presencia de cálculo.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiográfico seriada.
- Exámenes microbiológicos (antibiograma, cultivos microbiológicos).
- Tomografía computarizada.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

##### Periodontitis crónica:

- Consentimiento informado.
- Sondaje.

##### Tratamiento no quirúrgico:

- Según norma de gingivitis asociada a placa bacteriana.

##### Nivel II

##### Periodontitis agresiva:

- Tratamiento no quirúrgico (raspaje y alisado radicular).
- Antibioticoterapia: doxiciclina cápsulas de 100 mg cada ocho horas por siete días, o eritromicina 500 mg cada ocho horas de 7 a 10 días.

## Nivel II

Reevaluación del paciente para realizar:

**1. Tratamiento no quirúrgico:** raspado y alisado radicular.

### 2. Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Colgajos periodontales.
- Cirugías óseas.
- Gingivectomías.
- Drenajes, raspado y alisado (también en abscesos periodontales).
- Extracción del diente.

El profesional podrá aconsejar al paciente sobre:

#### ■ Medidas regenerativas:

- Regeneración ósea guiada.
- Regeneración tisular guiada.

#### ■ Medidas restaurativas:

- Implante dentario.
- Prótesis fija y/o removible.

### Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Colgajos periodontales.
- Cirugías óseas.
- Gingivectomías.
- Drenajes, raspado y alisado (también en abscesos periodontales).
- Extracción del diente.

### Medidas restaurativas:

- Prótesis fija y/o removible.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Referir a la especialidad de Periodoncia.
- Interconsulta con otras especialidades por enfermedades sistémicas.

## RECOMENDACIONES

- Cumplir con la terapia de soporte periodontal según indicación del especialista.
- No bebidas alcohólicas ni tabaco.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Estabilidad clínica periodontal para la terapia de soporte periodontal con su odontólogo general.

## OBSERVACIONES

- Paciente deberá estar informado de posibles alternativas restauradoras (implantes-prótesis).

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales o pastas dentales con clorhexidina al 0,12% o triclosan, bajo prescripción del especialista.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

# ENFERMEDAD PERIODONTAL NECROTIZANTE (GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE Y PERIODONTITIS ULCERONECROTIZANTE)

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa destructiva de la encía y hueso.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Gingivitis ulceronecrotizante (GUN)

- Dolor.
- Halitosis.
- Áreas sangrantes.
- Adenopatías.
- Malestar.
- Fiebre.
- Gusto metálico.
- Zonas eritematosas.
- Anorexia.
- Necrosis en la encía marginal e insertada.
- Pseudomembrana blanca grisácea.

#### Complicaciones (de GUN a PUN):

- Recidivas.
- Periodontitis.

#### Periodontitis ulceronecrotizante:

- Dolor.
- Halitosis.
- Áreas sangrantes.
- Adenopatías.
- Malestar.
- Fiebre.
- Gusto metálico.
- Zonas eritematosas.
- Anorexia.
- Necrosis en la encía marginal e insertada.
- Pseudomembrana blanca grisácea.
- Pérdida ósea.
- Bolsas periodontales.
- Presencia de candidiasis.
- Asociada a VIH.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Nivel II y III

#### Gabinete:

- Radiográfico seriado.

#### Laboratorio:

- Exámenes histopatológicos.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

- Controlar el estado emocional y psicológico del paciente, estrés.

#### Tratamiento no quirúrgico:

- Realizar sólo el tratamiento de la norma de gingivitis asociada a placa bacteriana.

#### Nivel II

#### Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Hospitalización, de acuerdo a la gravedad.
- Gingivectomías.
- Gingivoplastias.
- Colgajos periodontales.
- Antibioticoterapia:
  - En GUN, uso de antimicrobianos sistémicos acorde a la gravedad: amoxicilina VO 500 mg + metronidazol 250 mg cada ocho horas por siete días.
  - Enjuagues con clorhexidina al 0.12%.
  - Controles día por medio hasta su remisión.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Diagnóstico clínico de GUN o PUN, se referirá a la especialidad de periodoncia.

## CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Infección y hemorragias gingivales.
- Compromiso sistémico deteriorado.

## CRITERIOS DE ALTA

- Control dos veces por semana, después cada cinco días y trimestral.
- Terapia de soporte periodontal: 3 a 6 meses según el diagnóstico periodontal.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez resuelta la patología el paciente podrá volver a su respectivo centro de atención odontológica.

## RECOMENDACIONES

### GUN y PUN:

- Evitar en lo posible el uso del ultrasonido.
- No fumar ni consumir bebidas alcohólicas.
- Dieta blanca y tibia.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales o pastas dentales con clorhexidina al 0,12% o triclosan, bajo prescripción del especialista.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

# ABSCEOS PERIODONTALES (GINGIVAL, PERIODONTAL Y PERICORONAL)

## DEFINICIÓN

**Absceso periodontal:** colecciones purulentas localizadas en tejido periodontal.

## DIAGNÓSTICO

## CRITERIOS CLÍNICOS

### Absceso gingival:

- Sintomático.
- Edematización y cambio de coloración de la encía.
- Hemorragia gingival.
- Supuración.
- Fistulización.
- Infartación ganglionar.

### Absceso periodontal:

- Sintomático.
- Edematización y cambio de coloración de la encía.
- Dolor a la percusión e irradiado.
- Hemorragia gingival.
- Pérdida de inserción con formación de bolsas o sacos profundos o infraóseos.
- Supuración.
- Infartación ganglionar.
- Pérdida ósea provocando movilidad dentaria.
- Decaimiento.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

### Nivel II

### Absceso periodontal

#### Gabinete:

- Radiográfico.
- Exámenes microbiológicos (antibiograma, cultivos microbiológicos).

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

## PROCEDIMIENTO

### Nivel I

#### Tratamiento no quirúrgico:

- Según norma de gingivitis asociada a placa bacteriana.
- En **PUN** el detartraje supra y sub gingival se lo realizara sólo manualmente (en ningún caso ultrasonido).
- Recetar antibióticos sistémicos o locales acorde al diagnóstico periodontal (amoxicilina 500 mg – metronidazol 250 mg cada ocho horas por siete días).

### Nivel II

- Reevaluación del paciente para realizar:

#### Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Colgajos periodontales.
- Cirugías óseas.
- Gingivectomías.
- Drenajes, raspado y alisado (también en abscesos periodontales).
- Extracción del diente.

El profesional podrá aconsejar al paciente sobre:

#### ■ Medidas regenerativas:

- Regeneración ósea guiada.
- Regeneración tisular guiada.

#### ■ Medidas restaurativas:

- Implante dentario.
- Prótesis fija y/o removible.

#### Control y seguimiento:

- A criterio del profesional que puede ser: control dos veces por semana, después cada cinco días y trimestral, durante la cicatrización.
- Terapia de soporte periodontal: cada 3 ó 6 meses, sujeto a diagnóstico periodontal.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- A la especialidad de Periodoncia.
- Interconsultas con otros especialistas por enfermedades sistémicas.

## RECOMENDACIONES

- Evitar en lo posible el uso del ultrasonido.
- No fumar ni consumir bebidas alcohólicas.
- Dieta blanca y tibia.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Estabilidad clínica periodontal para la terapia de soporte periodontal con su odontólogo general.

## OBSERVACIONES

- El paciente deberá estar informado de posibles alternativas restauradoras (implantes-prótesis).

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales o pastas dentales con clorhexidina al 0,12% o triclosan, bajo prescripción del especialista.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).



## LESIONES TRAUMÁTICAS EN TEJIDOS DE SOPORTE Y ESTRUCTURAS DENTARIAS EN NIÑOS/NIÑAS

### DEFINICIÓN

Lesión provocada por un impacto directo en la pieza dentaria que causa ruptura de vasos sanguíneos, fibras del ligamento periodontal, hemorragia del surco gingival, pudiendo alcanzar la corona dental, el ápice y la tabla ósea vestibular.

### 16.1. DENTICIÓN TEMPORAL

El tratamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños/niñas tiene un enfoque diferente al tratamiento de los adultos y esto es debido fundamentalmente a que presentan dos tipos de dentición, inestabilidad oclusal, una dentición en evolución y un constante proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial.

Debe ser examinado por un odontopediatra de urgencia o un cirujano bucal o maxilofacial para diagnosticar y pronosticar lesiones de los dientes primarios y permanentes.

Es importante explicar a los padres que la dentición permanente puede sufrir consecuencias de largo plazo que se pueden manifestar muchos años más tarde, en el momento de la erupción de los incisivos permanentes.

#### Preguntar y descartar:

- ¿Dónde ocurrió el traumatismo? – Pérdida de conciencia - Dolor cervical.
- ¿Cuándo ocurrió el traumatismo? – Vómitos – Dolor articular (ATM).
- ¿Cómo sucedió el traumatismo? – Otorragia.
- Epistaxis.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Nivel II y III

#### Gabinete:

- Radiografías periapicales (en tres angulaciones a consideración del profesional):
  - Angulo horizontal de 90 grados.
  - Vista oclusal.
- Vista perfil.
- Tomografía computarizada dental.
- A criterio del profesional y alcance presupuestario del paciente.
- Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar.

### PROCEDIMIENTO

#### Verificar la zona:

- Estado de tejidos blandos.
- Tipo de diente y el número de dientes afectados.
- Tipo de fractura y/o de luxación.
- Si existe o no movilidad, cuantificarla en milímetros.
- Si existe o no exposición pulpar.
- Si existe o no vitalidad pulpar.
- Si se ha producido intrusión en el alvéolo dentario.
- Análisis oclusal y del estado de la ATM.

### CRITERIOS DE FERULIZACIÓN

- Ferulizar la pieza dentaria afectada para permitir que las fibras periodontales afectadas vuelvan a reinser-tarse y la pieza dentaria logre reafirmarse.
- Existen ciertos criterios que se deben respetar para lograr una buena ferulización:
  - La férula debe estar alejada del margen gingival.
  - La férula debe extenderse un diente más allá del afectado.
  - Férula semiflexible por dos semanas: luxaciones, avulsión.
  - Férula rígida por ocho semanas: fractura radicular, fractura alveolar.

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
<b>Fractura coronaria no complicada</b>	Fractura de esmalte o fractura de esmalte-dentina (E/D). La pulpa no se encuentra expuesta.	Se observa la relación entre la fractura y la cámara pulpar.	Suavizar ángulos filosos. Si es posible, restaurar el diente con ionómero de vidrio, obturación de composite.
<b>Fractura coronaria complicada</b>	La fractura involucra esmalte, dentina y la pulpa está expuesta.	La radiografía puede determinar la extensión de la fractura y muestra el grado de rizolisis.	Si la pieza no se encuentra todavía en etapa de rizolisis, y aún presenta 2/3 o más de raíz, se debe intentar mantener la pieza en boca realizando una biopulpectomía.
<b>Fractura coronorradicular</b>	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta.  Pueden existir fragmentos dentarios sueltos, pero aún adheridos por la encía.	En fracturas posicionadas lateralmente, se puede apreciar la extensión en relación al margen gingival.	La exodoncia es el tratamiento recomendado. Se debe tener cuidado de evitar un trauma a los gérmenes de los dientes permanentes subyacentes.
<b>Fractura radicular</b>	El fragmento coronario está móvil y puede estar desplazado.	La radiografía ayuda a ubicar la línea de fractura que puede ser en tercio medio, apical o cervical de la raíz.	Si la fractura es a nivel de tercio medio o apical, y si existe cooperación del paciente, se puede reubicar el fragmento y ferulizar.  Si la línea de fractura es a nivel cervical y el fragmento se encuentra desplazado, extraer sólo esta porción del diente.
<b>Fractura alveolar</b>	La fractura involucra el hueso alveolar. El segmento que contiene al diente está móvil y generalmente desplazado.  Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes. Se observa un cambio oclusal debido a la desalineación del segmento alveolar fracturado.  El test de sensibilidad pulpar puede o no dar positivo.	Con la radiografía se evidencia la línea horizontal en relación a los ápices de los dientes temporales y a sus sucesores permanentes.  Una radiografía lateral puede también dar información sobre la relación entre las dos denticiones y si el segmento está desplazado hacia vestibular.	Reposicionar cualquier fragmento desplazado y ferulizar.  Con frecuencia se requiere anestesia general para este tipo de procedimientos.  Monitorear los dientes ubicados en la línea de fractura.

<b>16.2. LUXACIONES EN DENTICIÓN TEMPORAL</b>			
<b>TIPO DE TRAUMATISMO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>TRATAMIENTO</b>
	<b>HALLAZGOS CLÍNICOS</b>	<b>HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS</b>	
<b>Concusión</b>	<p>Diente sensible al tacto o al golpe ligero, no ha sido desplazado y no tiene movilidad aumentada.</p> <p>Test de sensibilidad comúnmente da resultado positivo.</p>	No se observa anomalías en la radiografía.	<p>No se necesita tratamiento.</p> <p>Se debe monitorear la condición pulpar por al menos un año.</p>
<b>Subluxación</b>	<p>Al tacto o al golpe ligero tiene movilidad aumentada; no ha sido desplazado.</p> <p>Se puede observar hemorragia del surco gingival.</p> <p>El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente, indicando daño pulpar transitorio.</p> <p>Monitorear la respuesta pulpar hasta que se pueda obtener el diagnóstico definitivo de la pulpa.</p>	Por lo general, no se encuentran anomalías en la radiografía.	Una férula flexible para estabilizar el diente, por comodidad del paciente, puede usarse hasta por dos semanas.
<b>Luxación lateral</b>	<p>El diente está desplazado, generalmente en una dirección palatina/lingual o vestibular.</p> <p>Estará inmóvil, y el test de percusión frecuentemente da un sonido alto, metálico (tono de anquilosis).</p> <p>Los test de sensibilidad darán resultados negativos.</p> <p>En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar, por lo general, ocurre.</p>	El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejor en las radiografías oclusales o excéntricas.	<p>Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su traba ósea y reposicionarlo suavemente en su ubicación original.</p> <p>Estabilizar el diente con una férula flexible por cuatro semanas.</p> <p>Monitorear la condición pulpar. Si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto está indicado para prevenir la reabsorción radicular.</p> <p>En dientes inmaduros, en desarrollo, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación de formación radicular y posiblemente por test de sensibilidad positivo.</p> <p>En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad indica necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.</p>

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
<b>Luxación intrusiva</b>	<p>El diente está desplazado axialmente dentro del hueso alveolar.</p> <p>Esta inmóvil y el test de percusión puede dar un sonido alto, metálico (tono de anquilosis).</p> <p>El test de sensibilidad probablemente dará resultados negativos.</p> <p>En dientes maduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar, por lo general, ocurre.</p>	<p>Las radiografías no son siempre concluyentes.</p> <p>El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz.</p>	<p><b>1. Dientes con formación radicular incompleta:</b> permitir que ocurra la reposición espontánea. Si no se observa movimiento dentro de tres semanas, se recomienda una reposición ortodóntica rápida.</p> <p><b>2. Dientes con formación radicular completa:</b> el diente debe ser reposicionado ortodóntico o quirúrgicamente, tan pronto como sea posible. La pulpa probablemente estará necrótica, por lo que el tratamiento del conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio, es recomendado para conservar el diente.</p>
<b>Luxación extrusiva</b>	<p>El diente aparece elongado y está excesivamente móvil.</p> <p>Los test de sensibilidad probablemente darán resultado negativos.</p> <p>En dientes maduros la revascularización de la pulpa algunas veces ocurre.</p> <p>En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo la revascularización pulpar por lo general ocurre.</p>	<p>Espacio periodontal aumentado en apical.</p>	<p>Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en su alveolo.</p> <p>Estabilizar el diente con una férula flexible por dos semanas.</p> <p>Es esencial monitorear la condición pulpar para diagnosticar reabsorción radicular.</p> <p>En dientes inmaduros la revascularización puede ser confirmada radiográficamente, por la evidencia de continuación del desarrollo radicular y la obliteración del conducto. Por lo general la respuesta al test de sensibilidad retorna a positivo.</p> <p>En dientes completamente desarrollados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad debe ser tomada como evidencia de necrosis pulpar junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.</p>
<b>Avulsión</b>	<p>El diente está fuera del alveolo.</p>	<p>El examen radiográfico es esencial para comprobar que el diente perdido no esté intruido.</p>	<p>Los dientes temporales no deben ser reimplantados.</p>

**RECOMENDACIONES**

- Cepillado diario, después de cada comida principal, con cepillo suave.
- Aplicar clorhexidina tópica (0,1%) en la zona afectada con un cotonete de algodón dos veces al día, durante una semana.
- En luxaciones severas, se indica la exodoncia.
- No se reimplantan los dientes temporales avulsionados.
- Se recalca la importancia de realizar un seguimiento clínico y radiográfico de los dientes afectados hasta la erupción del sucesor permanente, especialmente en luxaciones intrusivas y avulsión en niños de edades tempranas (0 a 3 años).

**16.3. FRACTURAS DENTARIAS EN DENTICIÓN PERMANENTE**

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
<b>Fractura coronaria no complicada</b>	<p>Fractura de esmalte, esmalte dentina. La pulpa no se encuentra expuesta.</p> <p>El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente indicando daño pulpar transitorio.</p> <p>Se debe monitorear la respuesta pulpar hasta que pueda realizarse un diagnóstico pulpar definitivo.</p>	<p>Tomar radiografías periapicales para confirmar diagnóstico y buscar lesiones concomitantes en raíz y tejido periodontal.</p> <p>Tomar radiografía de laceraciones de tejidos blandos en busca de fragmentos dentarios u otros cuerpos extraños.</p>	<p>Si el fragmento dentario está disponible, éste puede reposicionarse con un sistema de adhesión (composite).</p> <p>La opción de urgencia es cubrir la dentina expuesta con ionómero de vidrio en forma temporal o con una restauración permanente usando agente adhesivo y resina compuesta.</p> <p>El tratamiento definitivo para una corona fracturada es la restauración con materiales de restauración aceptados.</p>
<b>Fractura coronaria complicada</b>	<p>Fractura involucra esmalte, dentina y la pulpa expuesta, usualmente no se indican pruebas de sensibilidad pulpar dado que la vitalidad de la pulpa se puede visualizar.</p> <p>Los controles de seguimiento después del tratamiento inicial, incluyen pruebas de sensibilidad para monitorear el estado de la pulpa.</p>	<p>Tomar radiografías con las tres angulaciones descritas previamente para descartar desplazamiento o fractura de la raíz.</p> <p>Se recomienda tomar radiografías de laceraciones de labio o mejilla en busca de fragmentos dentarios u otros cuerpos extraños.</p>	<p>En pacientes jóvenes con raíces inmaduras, en proceso de formación, es conveniente preservar la vitalidad pulpar con un recubrimiento pulpar directo o pulpotomía parcial.</p> <p>En pacientes adultos, la endodoncia puede ser el tratamiento de elección, aunque el recubrimiento pulpar o la pulpotomía parcial también son opciones válidas.</p> <p>Si ha transcurrido mucho tiempo desde el accidente y el tratamiento, y la pulpa se encuentra necrótica, el tratamiento del conducto radicular está indicado para mantener el diente.</p> <p>En fracturas coronarias extensas se debe tomar una decisión si es factible otro tratamiento que no sea la extracción.</p>

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
<b>Fractura coronorradicular</b>	<p>La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta.</p> <p>Hallazgos adicionales pueden incluir: segmentos móviles, pero aún adheridos.</p> <p>El test de sensibilidad generalmente es positivo.</p>	<p>Como en las fracturas radiculares, mas de una angulación radiográfica pueden ser necesarias para detectar las líneas de fractura en la raíz.</p> <p>Se recomiendan cuatro radiografías: oclusal, periapical en posición orto radial, periapical mesioradial y periapical distoradial.</p>	<p>Las recomendaciones de tratamiento son las mismas que para las fracturas complicadas de corona.</p> <p>En suma, puede ser conveniente intentar estabilizar segmentos móviles del diente uniéndolos con resina (composite), al menos como medida temporal hasta que se pueda proponer un tratamiento definitivo.</p>
<b>Fractura radicular</b>	<p>El fragmento coronario puede estar móvil y desplazado, el diente puede estar sensible a la percusión, el test de sensibilidad puede dar resultados negativos inicialmente, indicando un daño pulpar transitorio o permanente.</p> <p>Se recomienda monitorear el estado pulpar.</p> <p>Puede aparecer una decoloración transitoria de la corona (rojo o gris).</p>	<p>La fractura involucra a la raíz del diente en un plano horizontal o diagonal.</p> <p>Las fracturas que son en el plano horizontal pueden ser detectadas generalmente en la radiografía de 90° con el rayo central a través del diente. Este es el caso de las fracturas del tercio cervical de la raíz. Si el plano de la fractura es mas diagonal, lo que es común en fracturas del tercio apical, una vista oclusal es más adecuada para mostrar la fractura, incluyendo aquellas ubicadas en el tercio medio.</p>	<p>Reposicionar, si está desplazado, el segmento coronario tan pronto como sea posible.</p> <p>Verificar posición radiográficamente.</p> <p>Estabilizar el diente con una férula flexible por cuatro semanas. Si la fractura radicular esta cerca de la zona cervical, la estabilización es beneficiosa por un período más largo de tiempo (hasta cuatro meses).</p> <p>Es aconsejable controlar la cicatrización por al menos un año para determinar el estado de la pulpa.</p> <p>Si ocurre necrosis pulpar, se indica tratamiento de conducto radicular del segmento coronario, hasta la línea de fractura, para conservar el diente.</p>
<b>Fractura alveolar</b>	<p>La fractura involucra el hueso alveolar y puede extenderse al hueso adyacente.</p> <p>Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes.</p> <p>Se observa un cambio oclusal debido a la desalineación del segmento alveolar fracturado.</p> <p>El test de sensibilidad pulpar puede o no dar positivo.</p>	<p>Las líneas de fractura pueden ubicarse a cualquier nivel, desde el hueso marginal hasta el ápice radicular.</p> <p>La radiografía panorámica es de gran ayuda para determinar el curso y posición de las líneas de fractura.</p>	<p>Reposicionar cualquier fragmento y ferulizar.</p> <p>Estabilizar el segmento por cuatro semanas.</p>



<b>16.4. LUXACIONES EN DENTICIÓN PERMANENTE</b>			
<b>TIPO DE TRAUMATISMO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>TRATAMIENTO</b>
	<b>HALLAZGOS CLÍNICOS</b>	<b>HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS</b>	
<b>Concusión</b>	<p>Diente sensible al tacto o al golpe ligero, no ha sido desplazado y no tiene movilidad aumentada.</p> <p>Test de sensibilidad comúnmente da resultado positivo.</p>	No se observa anomalías en la radiografía.	<p>No se necesita tratamiento.</p> <p>Se debe controlar la condición pulpar por al menos un año.</p>
<b>Subluxación</b>	<p>Diente sensible al tacto, o al golpe ligero, tiene movilidad aumentada; no ha sido desplazado.</p> <p>Se puede observar hemorragia del surco gingival.</p> <p>El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente indicando daño pulpar transitorio; controlar la respuesta pulpar hasta que se pueda obtener el diagnóstico definitivo de la pulpa.</p>	Por lo general, no se encuentran anomalías en la radiografía.	Una férula flexible para estabilizar el diente, por comodidad del paciente, puede usarse hasta por dos semanas.
<b>Luxación lateral</b>	<p>El diente está desplazado generalmente en una dirección palatina/lingual o vestibular.</p> <p>Estará inmóvil, y el test de percusión frecuentemente da un sonido alto metálico (tono de anquilosis).</p> <p>Los test de sensibilidad darán resultados negativos.</p> <p>En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar, por lo general, ocurre.</p>	El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejor en las radiografías oclusales o excéntricas.	<p>Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su traba ósea y reposicionarlo suavemente en su ubicación original.</p> <p>Estabilizar el diente con una férula flexible por cuatro semanas, controlar la condición pulpar, si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto está indicado para prevenir la reabsorción radicular.</p> <p>En dientes inmaduros en desarrollo, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación de formación radicular y posiblemente, por test de sensibilidad positivo.</p> <p>En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad indica necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.</p>

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
<b>Luxación intrusiva</b>	<p>El diente está desplazado axialmente dentro del hueso alveolar.</p> <p>Está inmóvil y el test de percusión puede dar un sonido alto, metálico (tono de anquilosis).</p> <p>El test de sensibilidad probablemente dará resultados negativos.</p>	<p>Las radiografías no son siempre concluyentes.</p> <p>El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz.</p>	<p><b>1. Dientes con formación radicular incompleta:</b> permitir que ocurra la reposición espontánea, si no se observa movimiento dentro de tres semanas, se recomienda al paciente una reposición ortodóntica rápida.</p> <p><b>2. Dientes con formación radicular completa:</b> orientar al paciente que el diente debe ser reposicionado ortodónticamente o quirúrgicamente tan pronto como sea posible. La pulpa probablemente estará necrótica, por lo que el tratamiento del conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio, es recomendado para conservar el diente.</p>
<b>Luxación extrusiva</b>	<p>El diente aparece elongado y está excesivamente móvil.</p> <p>Los test de sensibilidad probablemente darán resultados negativos.</p> <p>En dientes maduros la revascularización de la pulpa algunas veces ocurre.</p> <p>En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar, por lo general, ocurre.</p>	<p>Espacio periodontal aumentado en apical.</p>	<p>Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en su alveolo. Estabilizar el diente con una férula flexible por dos semanas.</p> <p>Es esencial controlar la condición pulpar para diagnosticar reabsorción radicular.</p> <p>En dientes inmaduros la revascularización puede ser confirmada radiográficamente por la evidencia de continuación del desarrollo radicular y la obliteración del conducto.</p> <p>Por lo general, la respuesta al test de sensibilidad retorna a positivo.</p> <p>En dientes completamente desarrollados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad debe ser tomada como evidencia de necrosis pulpar junto con rarefacción periapical y, algunas veces, decoloración de la corona.</p>



16.5. AVULSIÓN CON ÁPICE ABIERTO	
SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p><b>Ápice abierto</b></p> <p>El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta.</p>	<p>Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina.</p> <p>No extraer el diente. Suturar laceraciones gingivales si existen, verificar clínica y radiográficamente la posición normal del diente reimplantado; indicar al paciente que se debe colocar una férula flexible hasta por dos semanas.</p> <p>Administrar antibioticoterapia sistémica. Para niños de 12 años y menores: indicar al paciente tomar fenoximetilpenicilina (penicilina V) en dosis apropiadas para la edad y el peso del paciente. Para los niños mayores de 12 años, donde el riesgo de decoloración por tetraciclina es bajo: tetraciclina (doxiciclina 2 por día por siete días en dosis apropiadas para la edad y peso del paciente). Interconsulta con el médico para evaluar la necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección del tétanos es incierta.</p> <p>El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros), es permitir la posible revascularización de la pulpa dental. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular (ver: Procedimientos de seguimiento para dientes permanentes avulsionados, más abajo).</p> <p><b>Instrucciones al paciente:</b> dieta semisólida por hasta dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida, usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.</p>
<p><b>Ápice abierto</b></p> <p>El diente ha sido mantenido en un medio de conservación especial, leche, suero o saliva. El tiempo extra oral seco es menor de 60 minutos.</p>	<p>Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero y luego reimplantar el diente, si está disponible, indicar al paciente la compra de clorhidrato de minociclina cubriendo la superficie radicular antes de reimplantar.</p> <p>Examinar el alveolo, si hay fractura en la pared del alveolo, reposicionarla con un instrumento adecuado, reimplantar el diente lentamente con suave presión digital, suturar laceraciones gingivales, especialmente en la zona cervical, verificar clínica y radiográficamente la posición normal del diente reimplantado.</p> <p>Indicar al paciente la importancia de la instalación de una férula flexible hasta por dos semanas, para su compra.</p> <p>Administrar antibioterapia sistémica al igual que el anterior caso.</p> <p>Interconsulta con medicina para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección del tétanos es incierta.</p> <p>El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo, es permitir la posible revascularización de la pulpa dental, si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular.</p> <p><b>Instrucciones al paciente:</b> dieta semisólida por hasta dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.</p>

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p><b>Ápice abierto</b></p> <p>Tiempo extra oral seco mayor de 60 minutos.</p>	<p>El reimplante tardío tiene un <b>pobre pronóstico</b> a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar reimplante tardío de dientes inmaduros en niños, es mantener el nivel de contorno del reborde alveolar. El consiguiente resultado se espera que sea anquilosis y reabsorción de la raíz. Es importante reconocer que, si se ha realizado reimplante tardío en un niño, la futura planificación de tratamiento deberá considerar la ocurrencia de anquilosis, y el efecto de ésta en el desarrollo de la cresta alveolar. Si ocurre anquilosis y cuando la infra posición de la corona del diente es mas de 1 mm, se recomienda realizar una decoronación para mantener el contorno del reborde alveolar.</p> <p>La técnica de reimplante tardío es: 1. Remover tejido necrótico adherido con una gasa; 2. El tratamiento de conducto radicular puede realizarse previo al reimplante a través del ápice abierto; 3. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero, examinar si hay fractura de la pared del alveolo, reposicionarla con un instrumento adecuado; 4. Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2%, por 20 minutos; 5. Reimplantar el diente lentamente, con suave presión digital, suturar laceraciones gingivales, verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente; 6. Estabilizar el diente por cuatro semanas usando férula flexible; 7. Administrar antibioticoterapia sistémica, como ya fue descrito, referir al médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección del tétanos es incierta.</p> <p><b>Instrucciones al paciente:</b> Dieta semisólida por hasta dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.</p>

### 16.6. AVULSIÓN DE DIENTE PERMANENTE CON ÁPICE CERRADO

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p><b>Ápice cerrado</b></p> <p>El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta.</p>	<p>Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina, no extraer el diente, suturar laceraciones gingivales si existen, verificar clínica y radiográficamente la posición normal del diente reimplantado. Colocar una férula flexible por dos semanas. Administrar antibioticoterapia sistémica; referir al médico como se indicó anteriormente.</p> <p>Iniciar tratamiento pulpar 7 a 10 días post implantación y antes de la remoción de la férula. Colocar hidróxido de calcio como medicación en el conducto hasta el sellado definitivo.</p> <p><b>Instrucciones al paciente:</b> dieta blanda hasta por dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.</p>
<p><b>Ápice cerrado</b></p> <p>El diente ha sido mantenido en un medio de conservación especial, leche, suero o saliva.</p>	<p>Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero, examinar el alveolo; si hay fractura en la pared del alveolo, reposicionarla con un instrumento adecuado. Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. Suturar laceraciones gingivales, especialmente en la zona cervical.</p> <p>Verificar la posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. Colocar una férula flexible por dos semanas. Administrar antibioticoterapia sistémica; referir al médico como se indicó anteriormente.</p>

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
El tiempo extra oral seco es menor de 60 minutos.	<p>Iniciar tratamiento pulpar 7 a 10 días post implantación y antes de la remoción de la férula. Colocar hidróxido de calcio como medicación en el conducto hasta el sellado definitivo.</p> <p><b>Instrucciones al paciente:</b> dieta blanda por dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.</p>
<p><b>Ápice cerrado</b></p> <p>Tiempo extra oral seco mayor de 60 minutos.</p>	<p>Reimplante tardío tiene un pobre pronóstico a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar reimplante tardío es promover el crecimiento del hueso alveolar para encapsular el diente reimplantado. El consiguiente resultado se espera que sea anquilosis y reabsorción de la raíz. En niños/niñas menores de 15 años, si la anquilosis ocurre y cuando la infra posición de la corona es mas de 1 mm, se recomienda realizar una decoronación para preservar el contorno del reborde alveolar.</p> <p><b>La técnica de reimplante tardío es:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remover tejido necrótico adherido con una gasa;</li> <li>2. El tratamiento de conducto radicular puede realizarse previo al reimplante o puede realizarse 7-10 días después, como en otras reimplantaciones;</li> <li>3. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero. Examinar el alveolo, si hay fractura de la pared, reposicionarla, con un instrumento adecuado;</li> <li>4. Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2%, por 20 minutos;</li> <li>5. Reimplantar el diente lentamente, con suave presión digital. Suturar laceraciones gingivales. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente;</li> <li>6. Estabilizar el diente por cuatro semanas usando férula flexible;</li> <li>7. Administrar antibioticoterapia sistémica, como ya fue descrito y a consulta médica.</li> </ol> <p><b>Instrucciones al paciente:</b> dieta blanda hasta por dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.</p>
<p>Una buena cicatrización después de una lesión depende en gran parte de una buena higiene oral. Los padres deben ser aconsejados en como brindar los mejores cuidados a los dientes temporales de sus hijos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida.</li> <li>■ Aplicar clorhexidina tópica (0,1%) en la zona afectada con un cotonete de algodón dos veces al día, durante una semana.</li> <li>■ Dieta blanda por 10 a 14 días.</li> <li>■ Uso de bálsamo labial durante el período de cicatrización, en caso de lesiones labiales.</li> <li>■ Indicar y aclarar al paciente la compra de férulas y algunos medicamentos que no cubre el seguro, mismos que no se encuentran en las prestaciones.</li> </ul>	
CRITERIOS DE REFERENCIA	CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso de formulario de referencia debidamente llenado.</li> <li>■ En el caso de que el odontólogo no conozca el procedimiento adecuado de urgencia, o no cuente con el material adecuado, referir a especialista en trauma dental, odontopediatría, cirugía maxilofacial. Nivel II-III.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.</li> <li>■ Seguimiento con estudios radiológicos según norma.</li> </ul>

## RECOMENDACIONES

- Controles radiográficos regulares cada tres meses, según norma.
- Dieta blanda por dos semanas.
- Controles regulares a criterio del odontólogo

## OBSERVACIONES

- Derivar a un especialista en trauma dental infantil en caso de sospecha de complicación o duda.
- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene y alimentación saludable.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales como la clorhexidina al 0,12% bajo prescripción del profesional.
- La dieta deberá ser blanda por lo menos por dos semanas.
- Disminuir la ingesta de alimentos ricos en azúcares.

## DIENTES INCLUIDOS E IMPACTADOS

### DEFINICIÓN

La pieza dentaria queda alojada en el interior de los maxilares después de haber pasado la época promedio normal de su erupción.

### CLASIFICACIÓN

**Terceros molares retenidos:** se denominan impactados, retenidos o incluidos cuando por cualquier razón los terceros molares no están presentes en la cavidad bucal durante la edad cronológica de su erupción.

**Caninos retenidos:** se denominan impactados y/o incluidos de acuerdo a la causa, teniendo en cuenta que la erupción cronológica es a los 12 años de edad, por lo tanto quedan dentro del hueso maxilar o mandibular, siendo los más frecuentes los superiores.

**Piezas dentarias supernumerarias retenidas:** germen dentario dismórfico o eumórfico que excede el número normal de piezas dentarias en los maxilares.

Nota: excepcionalmente cualquier pieza dentaria es susceptible a quedar retenida.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomáticos.
- Pueden provocar cefaleas.
- Caída del cabello, aunque no está comprobado científicamente.
- En erupciones parciales de los terceros molares pueden producir severos cuadros inflamatorios agudos (pericoronaritis) e infecciosos (abscesos y flemones).
- Desplazamiento de piezas dentarias contiguas, provocando mal posición dentaria.
- En el caso de caninos y piezas dentarias retenidas, ocasiona odontalgia por compresión a la pieza dentaria vecina, provocando rizolisis con la consiguiente pérdida del soporte dentario.
- Abombamiento de la tabla interna (palatina) o externa (vestibular) del maxilar.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal (orto-oclusal, para caninos y retenidos).
- Radiografía lateral de cráneo.
- Scanner dental.
- Tomografía axial computarizada, si el caso lo amerita.

##### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Tiempos de coagulación, sangría y protrombina.

##### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá realizar, valoración cardiorrespiratoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

- Análisis e interpretación radiográfica, referir al nivel III.

#### Nivel III

- Consentimiento informado.

#### Tratamiento pre quirúrgico:

- Se inicia tratamiento con antibióticos, especialmente si ha existido un cuadro infeccioso como complicación de la erupción.

#### Tratamiento quirúrgico:

- Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria:
  - Ambiente aséptico, quirófano especializado.
  - Administración de anestesia local, troncular.
  - Incisión de acuerdo a técnica adecuada para levantar amplio colgajo mucoperióstico.
  - Osteotomía u ostectomía de la zona, con irrigación permanente.
  - Odontosección si es necesario (retirando primero la corona para luego luxar y extraer la raíz en caso de terceros molares).
  - Exodoncia propiamente dicha.
  - Limpieza del área quirúrgica.
  - Lavado.
  - Sutura.
  - Morder una gasa por 30 minutos, en terceros molares y colocación de férula de compresión de acrílico (en caso de caninos).
  - Retorno para el retiro de puntos de 5 a 7 días.

#### Medicación:

##### ■ Analgésicos:

- Paracetamol jarabe 125 mg para niños y de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis, cada seis horas.
- Paracetamol comprimido: 500 mg de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis.

##### ■ Antibióticos:

- Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Eritromicina comprimido de 500 mg cada seis horas por siete días.
- Eritromicina suspensión de 250 mg/5 ml de 30 a 50 mg/Kg./peso/día, cada seis horas por siete días.

### INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS

- Retirar la gasa en una hora y luego no colocar otra.
- Reposo, no exponerse al sol ni fuentes de calor.
- No escupir ni realizar enjuagues de ningún tipo (no agua de sal, ni agua de manzanilla).
- Colocar hielo en la zona a las dos horas pasada la cirugía.
- Hablar poco para evitar una hemorragia.
- Alimentación blanca y blanda, de preferencia el primer día licuada. No comer alimentos picantes ni irritantes (cebolla).
- No tomar bebidas calientes.

- No fumar, no ingerir café ni alcohol.
- Cepillarse sólo los dientes a las 12 horas de pasada la cirugía, con cuidado en la zona de la intervención, con el cepillo, manteniendo limpios los puntos de sutura.
- Ante cualquier problema o dudas consulte con su odontólogo.
- Volver en cinco días para el control y retiro de puntos.

## COMPLICACIONES

- Edema post operatorio de la región vecina a la zona quirúrgica, en cirugías de canino edema según su ubicación: palatino o lingual y por vestibular existirá edema importante en región vestibular y geniana, muchas veces con compromiso palpebral.
- Dolor en la región.
- Hemorragias.
- Parestesia temporal lingual (en molares).
- Trismus (en molares).
- Problemas infecciosos (alveolitis y abscesos).
- Parestesia temporal o definitiva del labio inferior (en molares).
- Dehiscencias de sutura.
- Fracturas mandibulares.
- Comunicación con seno maxilar (en caninos).

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía bucal o maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

## CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de realizarse la extracción simultánea de los cuatro terceros molares retenidos, se deberá realizar la intervención quirúrgica en un centro hospitalario bajo anestesia general o cuando las complicaciones han sido muy severas. También en casos de pacientes especiales o con problemas sistémicos que requieren de mayor control pre, trans y post operatorio.

## CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

## RECOMENDACIONES

- Tercer molar retenido asintomático u otra pieza dentaria realizar controles radiográficos y clínicos periódicos.
- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Disminuir la ingesta de alimentos ricos en azúcares.
- Evitar buchadas.



## GRANULOMAS Y QUISTES PERIAPICALES

### DEFINICIÓN

**Granuloma:** masa pseudotumoral de tejido de granulación debido a un proceso inflamatorio crónico, asociada con el área apical o lateral de un diente sin vitalidad.

**El quiste apical o radicular:** cavidad o formación sacular con revestimiento interno de epitelio y de contenido líquido y/o semisólido, así como: el **quiste odontogénico** inflamatorio asociado con el área apical o lateral de un diente desvitalizado.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Es asintomático.
- Se presenta en piezas dentarias con caries profunda, desvitalizada o restauración extensa con resina, obturación de conductos deficiente o por causas traumáticas.
- Se diagnostica bajo hallazgo radiográfico, que se manifiesta como una lesión radiolúcida de tamaño variable. Se diferencia del quiste por una cortical más definida, muchas veces difícil de diferenciar.
- La reagudización inflamatoria en un granuloma previo puede causar dolor.
- Dolor en caso de infección.
- También puede ir acompañado de presencia fistulosa con secreción purulenta en el área periapical de la pieza causante, sea por vestibular o palatino.

#### Complicaciones:

- Fístula con exudado purulento.
- Aumento de volumen intraoral.
- Dolor continuo, pulsátil e irradiado.
- Reagudizaciones.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía.
- Radiografía panorámica dental.
- Radiografía oclusal.
- Tomografía axial computarizada, si el caso lo amerita.

##### Exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Tiempos de coagulación sangría y protrombina.

##### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se realizará valoración cardiorrespiratoria.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

- Diagnóstico clínico e interpretación radiológica y se refiere al nivel III.

##### Nivel III

- En algunos casos y con un adecuado manejo por el especialista en endodoncia, estos procesos pueden remitir a curar adecuadamente.



**Quirúrgico:**

- Consentimiento informado.
- Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria.
- Apicectomía y/o curetaje periapical o lateral.
- Ambiente aséptico, quirófano especializado.
- Asepsia y antisepsia.
- Administración de anestesia local/o troncular.
- Incisión.
- Colgajo mucoperióstico.
- Osteotomía u ostectomía con irrigación permanente.
- Apicectomía.
- Curetaje y limpieza.
- Lavado.
- Sutura.
- Consulta de control para el retiro de puntos de 5 a 7 días.
- Es muy importante que la pieza causante reciba el tratamiento endodóntico previo al tratamiento quirúrgico.
- En caso de imposibilidad de realizar la endodoncia convencional se deberá realizar la obturación retrograda una vez realizada la apicectomía.

**Criterios de hospitalización:**

- En casos de pacientes especiales y con problemas sistémicos se deberá hospitalizar al paciente para un mejor control aún, realizándole la intervención con anestesia local y si es necesario se procederá a realizar bajo anestesia general.

**Medicación:****■ Analgésicos:**

- Paracetamol jarabe 125 mg para niños y de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis, cada seis horas.
- Paracetamol comprimido: 500 mg de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis.

**■ Antibióticos:**

- Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Eritromicina comprimido de 500 mg cada seis horas por siete días.
- Eritromicina suspensión de 250 mg/5 ml de 30 a 50 mg/Kg./peso/día, cada seis horas por siete días.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Retirar la gasa en una hora y luego no colocar otra.
- Reposo, no exponerse al sol ni fuentes de calor.
- No escupir ni realizar enjuagues de ningún tipo (no agua de sal, ni agua de manzanilla).
- Colocar hielo en la zona a las dos horas pasada la cirugía.
- Hablar poco para evitar una hemorragia.
- Alimentación blanca y blanda, de preferencia el primer día licuada. No comer alimentos picantes ni irritantes (cebolla).
- No tomar bebidas calientes.
- No fumar, no ingerir café ni alcohol.
- Cepillarse sólo los dientes a las 12 horas de pasada la cirugía, con cuidado en la zona de la intervención con el cepillo, manteniendo limpios los puntos de sutura.
- Ante cualquier problema o dudas consulte con su odontólogo.
- Volver en cinco días para el control y retiro de puntos.

**COMPLICACIONES**

- Edema.
- Dolor.
- Hemorragia.
- Dehiscencias de puntos.
- Abscesos.
- Recidivas.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- A la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

## CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta y alimentación saludable.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Evitar buchadas.

## MUCOCELE Y RÁNULA

### DEFINICIÓN

**Mucocele:** lesión de tipo reactiva, causada por la retención o acumulación anormal de la secreción de una glándula salival menor.

**Ránula:** quiste de retención líquido salival de glándulas salivales mayores (submaxilar y sublingual). Generalmente producido por traumatismo, hábitos.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

##### Mucocele:

- Asintomático.
- Aumento de volumen circunscrito y redondeado.
- Localización submucosa.
- Más frecuente en labio inferior, zona ventral de la lengua.
- La coloración rosa, azulada o rojiza determina la profundidad.
- Contenido líquido, viscoso, pegajoso y filante.

##### Complicaciones:

- Edema de la zona intervenida, que obstruya vía aérea.
- Hemorragia.
- Infección.

##### Ránula:

- Sintomática, por su tamaño puede causar molestias en la deglución, masticación y fonación.
- Ubicada en el piso de la boca.
- Tumefacción unilateral.
- Color azulado transparente.
- Fluctuante al tacto.
- Por traumatismo accidental o provocado, puede vaciar el contenido, reapareciendo nuevamente a los días o semanas.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Gabinete:

- Radiografía oclusal.
- Ecografía.
- Sialografía.
- TAC (con contraste).

##### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Tiempo de coagulación, sangría y protrombina.

##### Otros exámenes:

- Si se realizara con anestesia general se deberá complementar con: valoración cardiorrespiratoria.
- Obtenida la muestra quirúrgica enviar a estudio histopatológico.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

- Examen clínico e interpretación radiológica y referir al nivel III.

##### Nivel III

##### Quirúrgico:

- Consentimiento informado.

### Mucocele:

Se realiza en forma ambulatoria con:

- Anestesia local infiltrativa.
- Enucleación de la lesión.
- Muestra operatoria, fijarla en formol 10% (examen histopatológico).

### Ránula:

- Enucleación.
- Marsupialización.
- Sutura.

### Control y seguimiento:

- Control periódico, observación hasta total cicatrización.

### Medicación:

#### ■ Analgésicos:

- Paracetamol jarabe 125 mg para niños y de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis, cada seis horas.
- Paracetamol comprimido: 500 mg de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis.

#### ■ Antibióticos:

- Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días
- Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días
- Eritromicina comprimido de 500 mg cada seis horas por siete días
- Eritromicina suspensión de 250 mg/5 ml de 30 a 50 mg/Kg./peso/día, cada seis horas por siete días.

## INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS

- Reposo, no exponerse al sol ni fuentes de calor.
- No escupir ni realizar enjuagues de ningún tipo (no agua de sal, ni agua de manzanilla).
- Colocar hielo en la zona a las dos horas pasada la cirugía.
- Hablar poco para evitar una hemorragia.
- Alimentación blanca y blanda, de preferencia el primer día licuada.
- No comer alimentos picantes ni irritantes (cebolla).
- No tomar bebidas calientes.
- No fumar, no ingerir café ni alcohol.
- Cepillarse sólo los dientes a las 12 horas de pasada la cirugía, con cuidado en la zona de la intervención con el cepillo, manteniendo limpios los puntos de sutura.
- Ante cualquier problema o dudas consulte con su odontólogo.
- Volver en cinco días para el control y retiro de puntos.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Cuando se presente dificultad en su manejo transferencia al nivel III, a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras especialidades, si el caso lo requiere.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio de histopatología, el paciente deberá volver a su centro de origen.

## RECOMENDACIONES

- Rehabilitación oral, control y corrección de hábitos traumáticos en mucosa oral.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Dieta blanda y blanca.
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta y alimentación saludable.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Evitar buchadas.

# FRACTURA DENTOALVEOLAR

## DEFINICIÓN

Pérdida de la continuidad del reborde óseo alveolar y dental.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Movilidad del fragmento dentoalveolar.
- Inoclusión dentaria.
- Dolor localizado.
- Laceraciones de tejido blando.
- Crepitación de la fractura.
- Hemorragia.
- Edema.
- Equimosis.

### Complicaciones:

- Movilidad del fragmento dentoalveolar, post tratamiento.
- Dolor persistente.
- Hemorragia.
- Impotencia funcional (trismus).
- Infección.
- Maloclusión.
- Cambio de color de las piezas dentarias comprometidas.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Nivel III

#### Gabinete:

- Radiografía panorámica dental.
- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía.

#### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Coagulograma.
- Glicemia.
- Creatinina.

#### Otros exámenes:

- Valoración cardiológica pre anestesia (en caso de anestesia general).

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Control del dolor y ansiedad: aplicar anestésico local y/o troncular (anestesia general, según requerimiento).
- Reducción y fijación del fragmento (alámbrica, arcos de Erich, alambre de media caña de ortodoncia, brackets, férulas acrílicas), por cuatro semanas en niños/niñas y adultos por seis semanas.
- Sutura de planos comprometidos (en caso de compromiso de tejidos blandos).
- Valoración de la pieza dentaria posterior al retiro de la fijación, para establecer si requiere tratamiento endodóntico.
- Control de la oclusión.
- Mantenimiento de una vigilancia adecuada.
- Higiene oral estricta, colutorios con gluconato de clorhexidina al 0,12%.

**Medicación:****■ Analgésicos:**

- Paracetamol jarabe 125 mg para niños y de 10 a 15 mg /Kg./peso/dosis, cada seis horas.
- Paracetamol comprimido: 500 mg de 10 a 15 mg/Kg./peso/dosis.

**■ Antibióticos:**

- Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
  - Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
  - Eritromicina comprimido de 500 mg cada seis horas por siete días.
  - Eritromicina suspensión de 250 mg/5 ml de 30 a 50 mg/Kg./peso/día, cada seis horas por siete días.
- Sutura de planos comprometidos (en caso de compromiso de tejidos blandos).

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Fracturas dentoalveolares con signos de alarma, referir a tercer nivel.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Desaparición de signos y síntomas clínicos corroborados por pruebas de gabinete.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento, acudir al centro de origen para controles periódicos clínico radiológicos.

**RECOMENDACIONES**

- Dieta licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Interconsulta con endodoncia en caso de ser necesario.
- En caso de pérdida de piezas dentarias rehabilitación protésica.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Dieta blanda o líquida.
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta y alimentación saludable.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).



# FRACTURA DEL TERCIO MEDIO DEL MACIZO FACIAL

## DEFINICIÓN

Solución de continuidad de los huesos que involucran el tercio medio facial.

## CLASIFICACIÓN

1. Le Fort I o Guerin.
2. Le Fort II o piramidal.
3. Le Fort III o disyunción craneofacial.
4. Complejo cigomático malar.
5. Naso orbito etmoidales.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Equimosis facial.
- Otorragia.
- Otolicuorrea.
- Rinolicuorrea.
- Diplopía.
- Solución de continuidad en tejidos blandos.
- Edema facial.
- Epistaxis anterior o posterior.
- Dolor al examen clínico.
- Inoclusión.
- Asimetría facial.
- Parestesia.
- Impotencia funcional.
- Crepitación en la zona.
- Movilidad de segmentos fracturados.

### Complicaciones:

- Compromiso de vía aérea.
- Aumento de volumen persistente.
- Dolor persistente.
- Infección.
- Déficit neurológico.
- Descompensación hemodinámica.
- Compromiso de otros órganos y tejidos.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Panorámica dental.
- Tomografía axial computarizada, axial y coronal con ventana ósea, reconstrucción 3D.
- Radiografías de Hirtz.
- Radiografía de Waters.
- Radiografía lateral de cráneo.

#### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Coagulograma: tiempos de protrombina, coagulación y sangría.
- Valoración cardiorrespiratoria preoperatoria.
- Creatinina.
- Glicemia.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

- El profesional deberá referir directamente al nivel III.

#### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente o ambulatoria.
- Interconsulta con otras especialidades a requerimiento.

**Manejo hospitalario:**

- Mantenimiento de vía parenteral (venoclisis) a requerimiento.
- Antibioticoterapia:
  - **Primer esquema:**
    - ▲ Bencilpenicilina G sódica IV de 100.000 a 400.000 UI día fraccionada cada seis horas.
    - ▲ Diclofenaco sódico IV 2 a 3 mg/Kg./día fraccionado cada 6 a 8 horas.
    - ▲ Metamizol 1 g IV 10 a 40 mg/Kg./peso/día, fraccionado cada seis horas.
  - **Segundo esquema:**
    - ▲ Amoxicilina suspensión de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
    - ▲ Amoxicilina comprimido 500 mg cada ocho horas por siete días.
  - **Tercer esquema:**
    - ▲ Amoxicilina 50 mg/Kg./día + ácido clavulánico VO fraccionada cada ocho horas por 7 a 10 días.
    - ▲ Ibuprofeno 400 mg VO 5-10 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas.
- Reducción y fijación cerrada o cruenta según amerite el caso.
- Anestesia local o general según el caso.
- Alternativas de materiales de fijación:
  - Vendaje temporal cráneo-mandibular tipo Barton.
  - Férulas de acrílico.
  - Alambre de osteosíntesis.
  - Arcos de Erich.
  - Placas y tornillos de titanio.
  - Tornillos IMF.
  - Fijación intermaxilar 4-6 semanas.
- Rehabilitación: derivar al especialista en fisioterapia.
- Mantenimiento de una vigilancia adecuada.

**Indicación post quirúrgica:**

- Manejo hospitalario.

CRITERIOS DE REFERENCIA	CRITERIOS DE ALTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso de formulario de referencia debidamente llenado.</li> <li>■ Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Remisión de cuadro clínico.</li> </ul>
CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.</li> <li>■ Resuelta la fractura, el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Control y seguimiento postoperatorio.</li> </ul>

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica durante el tratamiento.

# FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

## DEFINICIÓN

Solución de continuidad del tejido óseo de la mandíbula.

## CLASIFICACIÓN

Según su localización:

- |                     |                     |                         |
|---------------------|---------------------|-------------------------|
| 1. Sinfisarias.     | 4. Ángulo.          | 7. Condileas.           |
| 2. Parasinfisarias. | 5. Rama ascendente. | 8. Apófisis coronoides. |
| 3. Cuerpo.          | 6. Subcondileas.    |                         |

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Parestesia del labio inferior.
- Edema facial, por ende aumento de volumen.
- Disfunción mandibular.
- Hemorragia.
- Equimosis facial.
- Solución de continuidad en tejidos blandos.
- Dolor provocado.
- Inoclusión.
- Asimetría facial.
- Impotencia funcional.
- Crepitación en la zona.
- Movilidad de segmentos fracturados.
- Halitosis.
- Glosoptosis.
- Sialorrea.

### Complicaciones:

- Compromiso de vía aérea.
- Aumento de volumen persistente.
- Dolor persistente.
- Infección.
- Déficit neurológico.
- Descompensación hemodinámica.
- Compromiso de otros órganos y tejidos.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Panorámica dental.
- Tomografía axial computarizada, axial y coronal con ventana ósea, reconstrucción 3D.
- Radiografía de Caldwell.
- Radiografía lateral de cráneo.
- Radiografía lateral oblicua de mandíbula.
- Radiografía de Towne.
- Radiografía de Parma.
- Radiografía de Schuller, ATM.

#### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Grupo y factor sanguíneo.
- Coagulograma: tiempos de protrombina, coagulación y sangría.
- Creatinina.
- Glicemia.

#### Otros exámenes:

- Valoración cardiorrespiratoria preoperatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

- Derivar inmediatamente al nivel III.

#### Nivel III

- Consentimiento informado.

- Hospitalización del paciente o ambulatoria.
- Interconsulta con otras especialidades a requerimiento.

#### Manejo hospitalario:

- Mantenimiento de vía parenteral (venoclisis) a requerimiento.

##### ● Primer esquema:

- ▲ Bencilpenicilina G sódica IV 100.000 a 400.000 UI día.
- ▲ Diclofenaco sódico IV 2-3 mg/Kg./día, fraccionado cada ocho horas.
- ▲ Metamizol 10-50 mg/Kg./día, IV fraccionado en 3 dosis.

##### ● Segundo esquema:

- ▲ Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.
- ▲ Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./peso/día, cada ocho horas por siete días.

##### ● Tercer esquema:

- ▲ Amoxicilina 50 mg/kg/peso + ácido clavulánico VO fraccionada cada ocho horas por 7 a 10 días.
- ▲ Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6-8 horas.

- Reducción y fijación cerrada o cruenta, según amerite el caso.

- Anestesia local o general según el caso.

#### Alternativas de materiales de fijación:

- Vendaje temporal cráneo-mandibular tipo Barton.
- Férulas de acrílico.
- Alambre de osteosíntesis.
- Arcos de Erich.
- Placas y tornillos de titanio.
- Tornillos IMF.
- Fijación intermaxilar 4-6 semanas.
- Rehabilitación: derivar al especialista en fisioterapia.
- Mantenimiento de una vigilancia adecuada.

### INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS

- Manejo hospitalario.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

#### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la fractura, el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control.

#### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución del caso.

#### RECOMENDACIONES

- Seguir manejo y control post operatorio.
- Dieta licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.

# ALVEOLITIS

## DEFINICIÓN

Inflamación y/o infección alveolar post exodoncia causada por la fibrinólisis del coágulo.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Puede iniciar a las 24-72 horas después de la extracción de la pieza dentaria y se la clasifica como alveolitis seca o húmeda.
- Alveolo vacío o coágulo malformado, con secreción purulenta.
- Dolor intenso, continuo, espontáneo, pulsátil e irradiado.
- Aumento de dolor a la exploración.
- Halitosis.
- Malestar general.
- Adenopatía.

### Complicaciones:

- Compromiso del estado general del paciente.
- Celulitis cérvico-facial.
- Impotencia funcional (trismus).
- Dolor intenso y persistente.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I y II según disponibilidad.

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

- Consentimiento informado.
- Control del dolor con anestesia local, lidocaína al 2% sin epinefrina.
- Curetaje y limpieza prolija del alveolo.
- Lavado con suero fisiológico.
- Estimulación del sangrado del alveolo.
- Aplicación de yodoformo (pasta iodoformada prefabricada, según criterio del odontólogo).
- Sutura.

#### Medicación:

- Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./ peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg./ peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6-8 horas.
- Analgésicos: paracetamol VO 500 mg cada seis horas por dos días.

#### Antibioterapia para pacientes alérgicos a las penicilinas:

- Eritromicina comprimido de 500 mg cada seis horas por siete días
- De acuerdo a criterio del profesional.
- Dar recomendaciones post operatorias.

## RECOMENDACIONES

- No realizar enjuagues enérgicos.
- Dieta blanda y blanca.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

# INFECCIONES DE ORIGEN DENTARIO

## DEFINICIÓN

Proceso infeccioso de origen dental que se extiende al área maxilofacial.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen intra y/o extra oral.
- Dolor localizado y/o irradiado o referido, espontáneo.
- Compromiso del estado general y/o nutricional.
- Presencia de exudado purulento (fístulas).
- Mal estado de conservación de piezas dentarias.
- Halitosis.
- Adenopatías.
- Trismus.

### Complicaciones:

- Difusión del aumento de volumen.
- Deterioro del estado general.
- Persistencia de exudado purulento.
- Compromiso de la vía aérea.
- Disfagia.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Nivel II y III

#### Gabinete:

- Panorámica dental, lateral oblicua de mandíbula, periapicales.
- Tomografía axial computarizada contrastada en caso necesario.
- Ecografía.

#### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo de protrombina.
- Cultivo y antibiograma.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Valoración cardiorrespiratoria preoperatorio.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel II

#### Pacientes hospitalizados:

- Consentimiento informado.
- Antibioticoterapia:
  - **Esquema 1 (inicial):** penicilina G sódica IV 100.000-400.000 UI/Kg./día fraccionada cada seis horas.
  - **Esquema 2:** a consideración del especialista: cefotaxima IV 100-200 mg/Kg./día fraccionada cada 6-8 horas + amoxicilina IV 80-90 mg/Kg./día fraccionada cada ocho horas por siete días mínimo.
  - **Esquema 3 y en caso de alergia a las penicilinas:** clindamicina 30-40 mg/Kg./día fraccionada cada ocho horas.
  - **Esquema 4:** (con resultado de cultivo y antibiograma germen causal).

#### Pacientes ambulatorios:

- Consentimiento informado.
- Antibioticoterapia:
  - **Esquema 1 niños/niñas:** amoxicilina + ácido clavulánico VO 50 mg/Kg./día fraccionado cada ocho horas.
  - **Esquema 2 adultos:** amoxicilina VO 500-1.000 mg/dosis cada ocho horas + gentamicina IM 240 mg cada 24 horas (tres ampollas juntas de 80 mg) por cinco días + metronidazol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días.
  - **Esquema 3:** clindamicina VO niños/niñas 10-30 mg/Kg./día cada 6-8 horas; adultos 150-450 mg/dosis cada 6-8 horas.
- Analgésicos: paracetamol niños/niñas VO 10-15 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas; adultos VO 500 mg/dosis cada 6-8 horas.



**Luego, tratamiento quirúrgico:**

- Consentimiento informado.
- Anestesia troncular o general.
- Drenaje.
- Si requiere, desfocalización dentaria y curetaje alveolar.
- Rehabilitación.
- Analgésico antiinflamatorio: metamizol 10 mg/Kg. peso cada ocho horas o PRN.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo a la gravedad del caso clínico y signos de alarma referir al establecimiento de nivel III.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Remisión de cuadro clínico.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

**RECOMENDACIONES**

- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.
- Dieta blanda hiperproteica e hipercalórica.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Dieta blanca evitando condimentos, ajíes, cebollas, ajo, etc.

## INFECCIONES DE ORIGEN DENTARIO – ANGINA DE LUDWIG

### DEFINICIÓN

Proceso infeccioso de origen dental que compromete varias áreas maxilo-cérvico-faciales que pueden comprometer la vida del paciente.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen intra y/o extra oral.
- Regiones comprometidas: maseterina, submandibular, sublingual, submentoniano, espacios parafaríngeos, espacios supra hioideos, bilateral.
- Dolor localizado y/o irradiado o referido, espontáneo.
- Compromiso del estado general y/o nutricional.
- Presencia de exudado purulento (fístulas).
- Mal estado de conservación de piezas dentarias.
- Halitosis.
- Adenopatías.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Puede comprometer mediastino.
- Trismus.

#### Complicaciones:

- Difusión del aumento de volumen.
- Deterioro del estado general.
- Persistencia de exudado purulento.
- Compromiso de la vía aérea.
- Disfagia.
- Fascitis necrosante.
- Sepsis generalizada.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Nivel II y III

##### Gabinete:

- Panorámica dental, lateral oblicua de mandíbula, periapicales.
- Radiografía de tórax PA, cervical lateral.
- Tomografía axial computarizada contrastada en caso necesario.
- Ecografía.

##### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo de protrombina.
- Cultivo y antibiograma.
- Proteína C reactiva cuantitativa.

##### Otros exámenes:

- Valoración cardiorrespiratoria preoperatorio.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Pacientes hospitalizados:

- Consentimiento informado.
- Mantenimiento de vía parenteral (venoclisis) a requerimiento.

##### Antibioticoterapia:

##### Esquema 1 (inicial):

- Penicilina G sódica IV 100.000-400.000 UI/Kg./día fraccionadas cada seis horas.
- Gentamicina 80 mg inyectable 3-7,5 mg/Kg./día cada ocho horas.
- Metronidazol 500 mg 15 a 30 mg/Kg./peso/día cada seis horas de 5 a 10 días (niños y adultos).

### ■ Esquema 2 en caso de alergia a penicilina:

- Clindamicina VO 30-40 mg/kg/día fraccionada cada ocho horas.

### ■ Esquema 3: (con resultado de cultivo y antibiograma germen causal).

#### Tratamiento quirúrgico:

- Anestesia general.
- Drenajes.
- Si requiere desfocalización dentaria y curetaje alveolar.
- Traqueotomía en caso de ser necesario.
- Interconsulta con terapia intensiva.
- Interconsulta con infectología.
- Interconsulta con otras especialidades necesarias.
- Rehabilitación.
- Analgésico antiinflamatorio: metamizol 10 mg/Kg. cada ocho horas o PRN.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por nivel III, cirugía maxilofacial.

#### CRITERIOS DE ALTA

- Remisión de cuadro clínico.

#### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

#### RECOMENDACIONES

Citas periódicas al odontólogo para tratamiento bucodental.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Evitar condimentos, ajíes, cebolla, ajo.

# OSTEOMIELITIS AGUDA MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR

## DEFINICIÓN

Proceso infeccioso con presencia de exudado purulento que compromete cortical, médula y periostio de los huesos maxilares.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Alzas térmicas.
- Aumento de volumen intra y/o extra oral.
- Dolor intenso de carácter pulsátil.
- Exudado purulento, espontáneo, en zona afectada.
- Elevación y movilidad de piezas dentarias afectadas.
- Fístula única o múltiples intra y/o extra oral.
- Parestesia.
- Halitosis marcada.
- Trismus.
- Adenopatías.

### Complicaciones:

- Compromiso sistémico.
- Cronificación del cuadro clínico.
- Incremento del aumento de volumen y asimetría facial.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Panorámica dental.
- Centellografía ósea.
- Ecografía.
- Tomografía.
- Radiografías PA de cara.
- Lateral.
- Lateral oblicua.
- Waters.

#### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría y tiempo de protrombina.
- Cultivo y antibiograma.
- Proteína C reactiva cuantitativa.

#### Otros exámenes:

- Valoración cardiorrespiratoria preoperatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

- Luego de realizar la valoración del paciente, derivar de inmediato al nivel III.

#### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

#### Antibioticoterapia:

##### ■ Esquema 1:

- Penicilina G sódica IV 100.000-400.000 UI/Kg./día fraccionada cada 4-6 horas.
- Gentamicina 80 mg inyectable 3-7,5 mg/Kg./día cada ocho horas.

##### ■ Esquema 2:

- Cloxacilina IV 100-200 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas.

### ■ Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV 8 a 16 mg/Kg./peso/día (niños/niñas) y 30 a 40 mg/kg/día fraccionada cada 6-8 horas (adultos).
- Esquema 1 y 2 por 7 a 10 días intrahospitalarios posterior al alta hospitalaria, continuar antibioticoterapia por VO con esquemas A o B, por 6 a 8 semanas:
  - Esquema A: amoxicilina VO 50 mg/Kg./día + ácido clavulánico fraccionado cada ocho horas.
  - Esquema B: clindamicina VO 10-30 mg/Kg./día fraccionada cada ocho horas.
    - ▲ Analgésicos: paracetamol VO 10-15 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas.
    - ▲ Anestesia general.
    - ▲ Limpieza quirúrgica, secuestrectomía y desfocalización si el caso lo requiere.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución del cuadro infeccioso.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la infección el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control de 3 a 6 meses.

### RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

### OBSERVACIONES

- Interconsulta con nutrición.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Dieta blanca evitando condimentos, ajíes, cebollas, ajo, etc.

# OSTEOMIELITIS CRÓNICA MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR

## DEFINICIÓN

Proceso infeccioso con exudado purulento que compromete cortical, médula y periostio de los huesos maxilares, de larga evolución.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen intra y/o extra orales.
- Presencia o no de dolor.
- Fístula intra o extra oral.
- Asimetría facial.
- Secuelas de cicatriz de fístulas antiguas.
- Parestesia y/o disestesia.
- Exudado purulento.
- Secuestros óseos.
- Involucro.
- Movilidad y/o exfoliación de piezas dentarias comprometidas.
- Fractura patológica.

### Complicaciones:

- Compromiso sistémico.
- Incremento del aumento de volumen y asimetría facial.
- Septicemia.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía panorámica dental.
- Radiografías de Waters.
- Radiografía de Caldwell.
- Lateral oblicua de mandíbula.
- Centellografía ósea.
- Tomografía.

#### Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría y tiempo de protrombina.
- Cultivo y antibiograma.
- Proteína C reactiva cuantitativa.

#### Otros exámenes:

- Valoración cardiorrespiratoria preoperatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

- Después de realizar la valoración del paciente derivar al nivel III.

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

### Antibioticoterapia:

#### ■ Esquema 1:

- Penicilina G sódica IV 100.000-400.000 UI/Kg./día fraccionada cada 4-6 horas.
- Gentamicina 80 mg inyectable 3-7,5 mg/Kg./día cada ocho horas.

#### ■ Esquema 2:

- Cloxacilina IV 100-200 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas.

### ■ Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV 8 a 16 mg/Kg./peso/día (niños/niñas) y 30 a 40 mg/Kg./día fraccionada cada 6-8 horas (adultos).
- Esquema 1 y 2 por 7 a 10 días intrahospitalarios posterior al alta hospitalaria, continuar antibioticoterapia por VO con esquemas A o B, por 6 a 8 semanas:
  - Esquema A: amoxicilina VO 50 mg/Kg./día + ácido clavulánico fraccionado cada ocho horas.
  - Esquema B: clindamicina VO 10-30 mg/Kg./día fraccionada cada ocho horas.
- Analgésicos: paracetamol VO 10-15 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas.
- Anestesia general.
- Limpieza quirúrgica, desfocalización, curetaje, fistulectomía, secuestrectomía, germectomía (niños/niñas).

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución del cuadro infeccioso.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Valoración y crecimiento del hueso.
- Resuelta la infección el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control de 3 a 6 meses según evolución.

### RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.

### OBSERVACIONES

- Interconsulta con nutrición.

### MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Dieta blanca evitando condimentos, ajíes, cebollas, ajo, etc.



# SÍNDROME DE DOLOR DISFUNCIONAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (DOLOR MIOFACIAL)

## DEFINICIÓN

Toda alteración anatómica que involucre la correcta función mioarticular.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor matutino cuando hay bruxismo.
- Dolor exacerbado a la tensión y estrés.
- El dolor puede ocasionar migrañas, otalgia.
- Antecedentes traumáticos.
- Antecedentes reumatológicos, patología sistémicas.
- Dolor con o sin limitación de la apertura bucal, irradiado a la masa muscular cérvico postero-superior.
- Dolor espontáneo y a la palpación en músculos masticadores, cráneo cervicales.
- Ruidos en la articulación.
- Dolor en movimientos laterales de la mandíbula a la apertura bucal.
- Desarmonía y/o alteraciones de la oclusión.

### Complicaciones:

- Dolor que no remite o se incrementa.
- Limitación progresiva de la apertura bucal.
- Luxación reciente o alteración progresiva reciente de la oclusión.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía seriada de Schuller.
- Radiografía panorámica dental.
- Resonancia magnética.

## TRATAMIENTO

### Nivel I

- El profesional deberá transferir a la especialidad de cirugía maxilofacial en nivel III en casos de signos y síntomas descritos.
- Según la lesión y estado emocional del paciente recetar miorrelajantes y ansiolíticos

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Analgésicos antiinflamatorios.
- Analgésico: paracetamol VO 10-15 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas.
- Antiinflamatorio: diclofenaco comprimido 50 mg de 25 a 50 mg de 2 a 4 veces día.
- Tranquilizante: diazepam comprimidos de 5 ó 10 mg, 0,2 a 0,3 mg/Kg./peso/día (niños/niñas) y 5 a 40 mg/día fraccionada cada 6 a 8 horas (adultos).
- Rehabilitación oclusal.
- Placas miorrelajantes intraorales.
- Psicoterapia en caso necesario.
- Fisioterapia.
- Desgaste selectivo en puntos de contacto prematuros de acuerdo al caso.
- Tratamiento de ortodoncia.
- Indicación de dieta blanda.
- Evitar movimientos bucales forzados.
- Interconsulta con otorrinolaringología.
- Interconsulta con otras especialidades, si el caso lo requiere.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Cuando no se resuelva con tratamientos convencionales se puede requerir la realización de reposición posterior del menisco articular y/o artrocentesis.

## COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Infecciones.
- Parálisis facial.
- Recidiva.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía maxilofacial en casos de signos de alarma o necesidad de interconsulta con otras especialidades de nivel III.

### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando se requiere tratamiento quirúrgico.

### CRITERIOS DE ALTA

- Remisión de la sintomatología.
- Todo paciente requiere control programado en forma periódica para observación de la evolución y si es necesario modificación del esquema terapéutico.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen con la recomendación que debe limitar los movimientos mandibulares.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta tendrá que ser blanda o líquida.

# LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR

## DEFINICIÓN

Desplazamiento del cóndilo mandibular fuera de los límites anatómicos de la cavidad glenoidea.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Antecedentes de apertura bucal exagerada y/o imposibilidad de cerrar la boca.
- Si es unilateral, desviación de la mandíbula al lado afectado.
- Dolor.
- Sialorrea.
- Aumento de volumen de región preauricular por lateralización del cóndilo mandibular.
- Depresión en región preauricular del lado contra lateral.
- Pacientes con hiperlaxitud.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía de Schuller.
- Radiografía Parma.
- Radiografía panorámica dental.

1426

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

- Referir de inmediato a la especialidad de cirugía maxilofacial nivel III.

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Reducción (maniobra de Nelaton), bajo anestesia local.
- Casos crónicos bajo anestesia general.
- Vendaje cráneo mandibular en ambos casos anteriores.
- Dieta blanda y/o líquida.
- Autocontrol para evitar aperturas bucales exageradas de cualquier tipo.
- Analgésicos antiinflamatorios según requiera el caso.
- En caso de recidiva frecuente, tratamiento quirúrgico bajo anestesia general.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Signo-sintomatología aguda con dificultad de resolución y casos crónicos.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

**RECOMENDACIONES**

- Evitar apertura bucal forzada en tratamientos odontológicos, evitando apertura bucal prolongada en rehabilitación oral.

**OBSERVACIONES**

- Es una entidad caracterizada por ser recidivante.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS  
Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

# ANQUILOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR

## DEFINICIÓN

Imposibilidad de movimientos de la articulación temporo mandibular.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Imposibilidad o limitación extrema de apertura bucal.
- Asimetría facial (laterognatismo).
- Micrognatia.
- Perfil convexo.
- Mala oclusión dentaria.
- Policaries.
- Halitosis.

#### Complicaciones:

- Procesos infecciosos.
- Hematomas.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía panorámica.
- Radiografía de Schuller.
- Radiografía Caldwell.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Tiempos de coagulación, sangría y protrombina.
- Examen de orina.

#### Otros exámenes:

- Valoración cardiorrespiratoria.
- Valoración por anestesiología.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

- Transferir de inmediato a la especialidad de cirugía maxilofacial.

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización para tratamiento integral odontológico.
- Antibioticoterapia, si el caso requiere.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Artroplastia uni o bilateral.
- Interposición de material aloplásticos, prótesis completa de ATM, interposición de tejidos vecinos (colgajo temporal).
- Osteotomía amplia.
- Drenaje aspirativo.
- Mantener apertura bucal forzada post operatoria inmediata.
- Fisioterapia de movimientos forzados de la mandíbula.
- Rehabilitación oral.
- Cirugías complementarias.

## COMPLICACIONES

- Recidivas.
- Hematomas o hemorragias.
- Parálisis facial.
- Cicatrices hipertróficas.
- Lesión del conducto auditivo externo.
- Síndrome de Frey.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras especialidades, si el caso lo requiere.

## CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Mantener fisioterapia constante según controles eventuales.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Dieta líquida, hiperproteica e hipercalórica.

# ODONTOMAS

## DEFINICIÓN

Tumor odontogénico benigno mixto, considerados como hamartoma.

## CLASIFICACIÓN

**Compuestos:** constituidos por múltiples denticulos.

**Complejos:** masa amorfa de tejido dentario.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Hallazgo radiológico.
- Alteración en la erupción dentaria de piezas adyacentes, asociadas a piezas dentarias no erupcionadas.
- Consistencia sólida.

### Complicaciones:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con valoración cardiopulmonar.
- Estudio histopatológico de pieza operatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

Luego de la interpretación radiológica referir al nivel III.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Exéresis de la lesión bajo anestesia local y/o general.
- Envío de la pieza quirúrgica para estudio histopatológico.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Manejo con anestesia general y en paciente con problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y post operatorio.



**CRITERIOS DE ALTA**

- Resolución de la patología.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# TUMOR BENIGNO

## DEFINICIÓN

Neoformaciones en la pieza dentaria sin sospecha de signos de malignización.

## CLASIFICACIÓN

**Cementoblastoma:** tumor odontogénico benigno mixto. **Ameloblastoma:** tumor odontogénico benigno de origen epitelial.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Cementoblastoma:

- Asintomático.
- Se desarrolla en las raíces de las piezas dentarias.
- Frecuente a nivel de premolares y molares.
- Puede presentar rizólisis.

#### Ameloblastoma:

- Con o sin sintomatología.
- Asimetría facial.
- Crecimiento rápido e infiltrativo (localmente agresivo).
- Rizólisis de piezas dentarias.
- Frecuente en mandíbula.
- Asociado a pieza dentaria retenida ocasionalmente.
- Radiográficamente radiolúcida uni o multilocular, bordes redondeados.

#### Complicaciones:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia.
- Recidivas, en caso de ameloblastoma.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.
- En caso de ameloblastoma:
  - Tomografía axial computarizada con reconstrucción en 3D.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con valoración cardiopulmonar.
- Estudio histopatológico de la neoformación.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

#### Cementoblastoma o ameloblastoma:

- Realizado el diagnóstico radiológico referencia al nivel III.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### Nivel III

#### Cementoblastoma:

- Consentimiento informado.
- Controles radiográficos eventuales.
- En caso de ser necesario exéresis de la lesión y la pieza dentaria comprometida bajo anestesia local y/o general.

**Nivel III****Ameloblastoma:**

- Consentimiento informado.
- Biopsia pre quirúrgica.
- Radical: exéresis de la lesión con margen de seguridad bajo anestesia general.
- Reconstrucción.
- Injerto.
- La pieza quirúrgica debe ser incluida en formol al 10% y envío a estudio histopatológico.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

**CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

- Para manejo con anestesia general y en paciente con problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y post operatorio.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Resolución de la patología.
- Seguimiento clínico hasta la total cicatrización.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

### **MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# OSTEOMA

## DEFINICIÓN

Lesiones benignas del tejido óseo de los maxilares.

## CLASIFICACIÓN

**Osteoma:** tumor benigno de tejido óseo de los huesos maxilares.

**Torus:** exostosis **no neoplásica** de los huesos maxilares.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Osteoma:

- Asintomático.
- Lesión exofítica.
- Localización distinta de las ocupadas por el torus o exostosis.
- De consistencia sólida.
- Si es poliostótico, realizar diagnóstico diferencial con otros síndromes.
- Crecimiento lento.
- Cuando son de gran tamaño, causan:
  - Dificultad en la instalación de aparatos protésicos.
  - Alteraciones estéticas.

#### Complicaciones:

- Dolor en la región.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Recidiva ocasionalmente.
- Parestesia.

#### Torus:

- Asintomáticos.
- Consistencia dura.
- Redondeada o lobulada.
- Con o sin úlcera de la mucosa que recubre la lesión.
- Localizado en la línea media del paladar duro, tabla lingual de la mandíbula a nivel de piezas dentarias postero-inferiores.
- Pueden causar:
  - Dificultad fonética.
  - Dificultad en la alimentación.
  - Dificultad en la instalación de aparatos protésicos.

#### Complicaciones:

- Dolor.
- Comunicación oronasal, buco sinusal.
- Parestesia (torus mandibular).
- Hemorragias.
- Infecciosos.
- Dehiscencia de sutura.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal (en torus).
- Radiografía de Waters.
- Radiografía de Towne.
- Radiografía de Caldwell.
- Radiografía de cráneo (antero posterior y lateral).
- Tomografía axial computarizada, si el caso lo amerita con reconstrucción en 3D.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).
- Fosfatasa alcalina.

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con valoración cardiopulmonar.
- Estudio histopatológico de la pieza operatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I

##### Osteomas y torus:

- El odontólogo debe referir directamente al nivel III.

#### Nivel III

##### Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Resección quirúrgica de la lesión mediante anestesia local o general, dependiendo del caso.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de manejo con anestesia general y en paciente con problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y post operatorio.
- Pieza quirúrgica preservar en formol al 10% y enviar a estudio histopatológico.

### CRITERIOS DE ALTA

- Control periódico y observación hasta total cicatrización.
- Dieta blanda y blanca.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado, uso del hilo y cepillado de la lengua.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Alimentación blanda, saludable, rica en micronutrientes.

# PAPILOMAS

## DEFINICIÓN

Tumor benigno epitelial de la mucosa bucal.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Lesión exofítica, de superficie irregular.
- Sésiles o pediculados.
- De número y dimensión variable.
- Consistencia blanda.
- Del mismo color de la mucosa oral.

#### Complicaciones:

- Dolor.
- Hemorragia.
- Infección.
- Recidiva.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.

#### Laboratorio:

- Tiempo de coagulación, sangría y protrombina.

#### Otros exámenes:

- Si se realizara con anestesia general se deberá complementar con valoración cardiorrespiratoria.
- Histopatológico obligatorio de la resección realizada.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

Realizado el diagnóstico, sólo derivar al nivel III.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Anestesia local infiltrativa.
- Exéresis quirúrgica (electrobisturí a elección).
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Cuando se presente dificultad en su manejo, transferencia a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras especialidades, si el caso lo requiere.

### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de requerir anestesia general por patología sistémica u otras manifestaciones clínicas serias.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Rehabilitación oral, control y corrección de hábitos traumáticos en mucosa oral.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES

## DEFINICIÓN

Lesión exofítica en mucosas, constituida al examen histopatológico por células gigantes multinucleares.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Lesión exofítica.
- Sésil o pediculado.
- Coloración violácea, púrpura de la encía.
- Tamaño y forma variable.
- Localizado en la mucosa alveolar.
- Sangrante.
- Consistencia blanda.
- Asintomático.

### Complicaciones:

- Dolor en la región.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Recidiva.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con valoración cardiopulmonar.
- Estudio de histopatología de pieza operatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

- Sólo referirá al nivel III.

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Biopsia pre quirúrgica.

### Tratamiento quirúrgico.

- Anestesia local.
- Exéresis de la lesión.
- Preservar la pieza patológica en formol al 10%.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial en nivel III.

### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

En caso de ser necesario el manejo bajo anestesia general:

- Cuando el paciente tiene problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y post operatorio.
- Cuando no puede ser resuelto de forma ambulatoria.



**CRITERIOS DE ALTA**

- Resolución de la patología.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS  
Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES

## DEFINICIÓN

Lesión destructiva intra-ósea, constituida al examen histopatológico por células gigantes multinucleadas de los huesos maxilares.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Presencia de lesiones con mayor frecuencia en la región anterior de la mandíbula y el maxilar.
- Infiltración ósea.
- Desplazamiento de piezas dentarias.
- Sangrante.
- Radiográficamente en forma de pompas de jabón.

### Complicaciones:

- Dolor en la región.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Recidiva.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.
- Tomografía axial computarizada, si el caso amerita.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con valoración cardiopulmonar.
- Estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

- Realizado el diagnóstico clínico y/o radiológico el odontólogo referirá al paciente al nivel III.
- Biopsia pre quirúrgica.

### Nivel III

- Consentimiento informado.

### Tratamiento quirúrgico:

- Anestesia local.
- Exéresis de la lesión y curetaje.

- Preservar la pieza patológica en formol al 10%.
- Anestesia general.
- En casos donde el paciente tenga problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y post operatorio.
- En caso de no poder ser resuelto de forma ambulatoria.

### Criterio de hospitalización:

- En caso de ser necesario el manejo bajo anestesia general.

### Control y seguimiento:

- Control periódico y observación hasta total cicatrización

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Biopsia pre quirúrgica: anestesia local + exéresis de la lesión y curetaje + preservación la pieza patológica en formol al 10%.
- Hospitalización si el caso requiere anestesia general o el paciente tenga problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y post operatorio, o el caso no puede ser resuelto de forma ambulatoria.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control post operatorio periódico.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

## DISPLASIA FIBROSA (DISPLASIA OSTEOFIBROSA)

### DEFINICIÓN

Reemplazo del tejido óseo normal por tejido fibroso de los huesos maxilares.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Consistencia sólida.
- Crecimiento lento.
- Asimetría facial.
- Expansión de tabla vestibular, palatina y/o lingual.
- Frecuente en la región mandibular distal a los caninos.
- Desplazamiento de piezas dentarias adyacentes.
- Radiográficamente sin límites definidos, imagen de vidrio esmerilado.

#### Complicaciones:

- Dolor en la región.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Nuevo crecimiento.
- Parestesia.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.
- Radiografía de Waters.
- Radiografía de Towne.
- Radiografía de Caldwell.
- Radiografía de cráneo (antero posterior y lateral).
- Tomografía axial computarizada, si el caso lo amerita, con reconstrucción en 3D.

##### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

##### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con: valoración cardiopulmonar.
- Estudio histopatológico de la pieza operatoria.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### Nivel I

- Sólo referir al paciente a nivel III.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

#### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Biopsia pre quirúrgica.
- Remodelado óseo de la zona comprometida mediante anestesia general, dependiendo del caso (concluido en crecimiento y desarrollo óseo).
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Resolución de la patología.
- Control en las etapas de crecimiento y desarrollo.

**CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA**

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS  
Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# GRANULOMA PIÓGENO

## DEFINICIÓN

Lesión reactiva de crecimiento rápido en las encías, producido en las células endoteliales, generalmente en respuesta de una irritación crónica, en relación a piezas dentarias en mal estado.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Con o sin sintomatología dolorosa.
- Lesión exofítica sésil o pediculado.
- Coloración rojiza o violácea.
- Ulceración secundaria a trauma.
- Sangrante.
- Asociado a piezas dentarias en mal estado de conservación o con higiene deficiente.

### Complicaciones:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Tasa de recurrencia elevada.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glucemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con valoración cardiopulmonar.
- Estudio histopatológico de pieza operatoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### Nivel I

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Resección de la lesión bajo anestesia local.
- Tratamiento de la pieza causante.
- Control y seguimiento post operatorio.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# MIXOMA ODONTOGÉNICO

## DEFINICIÓN

Tumor benigno de origen mesenquimal.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

- Con o sin sintomatología.
- Asimetría facial.
- Crecimiento rápido e infiltrativo (localmente agresivo).
- Rizólisis de piezas dentarias.
- Frecuente en mandíbula.
- Radiográficamente radiolúcido uni o multilocular, bordes redondeados.

### Complicaciones:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia.
- Recidiva.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Laboratorio:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción en 3D.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con:
  - Valoración cardiopulmonar.
  - Estudio histopatológico de pieza operatoria.
- La pieza quirúrgica incluirla en formol al 10%.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Biopsia pre quirúrgica.

#### Tratamiento quirúrgico:

- Radical: exéresis de la lesión con margen de seguridad bajo anestesia general.
- Reconstrucción.
- Injerto.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por especialidad de cirugía maxilofacial.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.



**CRITERIOS DE ALTA**

- Resolución de la patología

**RECOMENDACIONES**

- Control periódico clínico y radiológico de la evolución, por cinco años.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

## LESIONES CANCERIFICABLES

### DEFINICIÓN

Lesiones hiperqueratósicas o atróficas que en un grado avanzado de displasia celular pueden malignizarse, como con la leucoplasia y la eritroplasia.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

##### Pautas

**Leucoplasia:** mancha blanca circunscripta, plana o elevada, que al raspado no se desprende y que histológicamente no corresponde a una entidad conocida.

**Eritroplasia:** mancha roja, plana o aterciopelada, resultado de una atrofia epitelial.

##### Complicaciones:

- Lesión sospechosa de malignidad.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Histopatológicos:

- Citología exfoliativa.
- Biopsia.

##### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Tiempos de coagulación sangría y protrombina.

##### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se requerirá valoración cardiorrespiratoria.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

- Realizado el examen clínico, el odontólogo referirá al paciente directamente al nivel III.

##### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Examen y control evolutivo de la lesión.
- En caso necesario extirpación quirúrgica.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere (oncología).

#### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Pacientes con patologías sistémicas para mejor control, realizándole la intervención con anestesia local y si es necesario se procederá a realizar bajo anestesia general.

#### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control y seguimiento de la lesión y cicatrización.

#### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Evitar factores de riesgo (cigarrillo, alcohol, irritaciones crónicas, infecciones virales).
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
  - Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# TUMORES MALIGNOS – CÁNCER DE LA CAVIDAD BUCAL

## DEFINICIÓN

Lesión maligna que se genera en el epitelio bucal, debido a la transformación atípica de las células epiteliales, inicialmente localizado dentro de la estructura epitelial (cáncer in situ), posteriormente invasión del tejido conjuntivo (cáncer invasor) y metástasis.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Pautas:

1. Presencia inicial visible en forma de mácula o pequeña mancha localizada.
2. Ulceración indurada de crecimiento continuo y persistente.
3. En la etapa inicial la ulceración debe ser diferenciada de otras lesiones ulcerosas de evolución limitada que se resuelven en menos de 15 días.
4. Detectar posibles adenopatías cervicales.

#### Complicaciones:

- Compromiso sistémico.
- Metástasis.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Histopatológico:

- Citología exfoliativa.
- Biopsia.

#### Gabinete:

- Radiografía panorámica dental.
- Tomografía axial computarizada, reconstrucción 3D.

#### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Tiempos de coagulación sangría y protrombina.

#### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general: valoración cardiorrespiratoria.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### PROCEDIMIENTO

#### Nivel I y II

- Diagnóstico.

#### Nivel III

#### Manejo y tratamiento:

- Consentimiento informado.
- Diagnóstico precoz mediante citología exfoliativa o biopsia.
- En caso confirmado, derivar a un servicio de cirugía maxilofacial y servicio de oncología.
- Manejo multidisciplinario.

#### Tratamiento:

- Quirúrgico, con márgenes de seguridad, vaciamiento ganglionar.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía buco maxilofacial y servicio de oncología.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Resuelta la patología.
- Control y seguimiento de la lesión.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Evitar factores de riesgo (cigarrillo, alcohol, irritaciones crónicas, infecciones virales).
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Uso del hilo dental.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# MALFORMACIONES DENTOMAXILARES

## TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES

### DEFINICIÓN

Alteraciones del crecimiento y desarrollo que involucran los huesos maxilares con cambios de la función masticatoria, estética y psicológica.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Asimetría facial.
- Alteraciones en la oclusión.
- Prognatismo o retrognatismo mandibular.
- Prognatia o retrognatia maxilar.
- Mordida abierta.
- Laterognatismo.
- Síndrome de cara larga.

#### Complicaciones:

- Infecciones.
- Hemorragia.
- Edema.
- Dificultad respiratoria.
- Compromiso de vía aérea.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

##### Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.
- Telerradiografía de cráneo.
- Radiografía AP de cráneo.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción en 3D.
- Cefalometría.
- Modelos de estudio.
- Estudio fotográfico.
- Mascarillas.

##### Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glicemia y creatinina).
- Coagulograma (tiempos de coagulación, sangría y protrombina).

##### Otros exámenes:

- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con:
  - Valoración cardiopulmonar.
  - Interconsulta con otras especialidades si el caso lo amerita (ortodoncia).

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

#### PROCEDIMIENTO

##### Nivel I

- Detección y referencia oportuna.

##### Nivel III

- Consentimiento informado.
- Tratamiento ortodóncico pre y post quirúrgico.
- Osteotomías correctoras de las bases óseas (mentoplastia, Lefort I, sagital de rama, segmentarias, extra-orales) de acuerdo al diagnóstico.
- Osteosíntesis.
- Interconsulta y control en terapia intensiva.
- Interconsulta con otras especialidades, según requiera el caso.
- Paciente hospitalizado.
- Tratamiento quirúrgico, bajo anestesia general.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Hallados los signos clínicos, transferencia a cirugía buco maxilofacial.

**CRITERIOS DE ALTA**

- Resuelto y rehabilitado el paciente.
- Control, seguimiento y estabilidad funcional.

**MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS  
Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
  - Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Uso del hilo dental.
  - Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% o compuestos fenólico.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

# III. FICHAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS

## FICHA TÉCNICA Nº 1

### PROFILAXIS

#### DEFINICIÓN

Eliminación de placa bacteriana y pigmentos.

**Placa bacteriana:** material blando, organizado, translucido y muy adherente, que se acumula en la superficie del diente, formada casi completamente por acumulo de bacterias oportunistas y sus productos derivados.

#### PROCEDIMIENTO

- El tratamiento se realiza en una sola sesión.

#### Material a utilizar:

- Pasta abrasiva (piedra pómez, pasta profiláctica), dappen, cepillos o copas de caucho con pieza de mano de baja velocidad e hilo dental.

#### Pasos a seguir en una técnica correcta:

- Explicación al paciente del objetivo del procedimiento.
- Adoptar una postura ergonómica correcta de acuerdo al área de trabajo.
- Aplicación de sustancias y/o pastillas reveladoras de placa bacteriana.
- El abrasivo (piedra pómez o pasta profiláctica) se deposita en el dappen y luego debe colocarse en la copa de caucho o cepillo o puede colocarse directamente sobre los dientes. En cualquier caso debe colocarse en cantidad generosa pues en caso contrario no lustra la superficie dentaria y puede generar calor, afectando la pulpa.
- Se coloca la copa de caucho para realizar el procedimiento en las superficies vestibulares y linguales y el cepillo para las superficies oclusales.
- La copa y el cepillo deben deslizarse por toda la superficie dentaria con presión moderada, intermitente, con movimientos circulares y velocidad media.
- Las superficies interproximales se limpian con hilo dental.
- Realizar una revisión exhaustiva de todas las superficies dentarias para verificar la eliminación de placa bacteriana.
- Puede aplicarse flúor al finalizar.
- Pulir las piezas dentarias con piedra pómez y pasta profiláctica.
- Refuerzo con una correcta técnica del cepillado dental.

#### Técnica del cepillado dental:

- Mostrar al paciente la técnica de cepillado de la siguiente forma:
- Tomar el cepillo con firmeza colocando el dedo pulgar en el dorso del mango.
- Colocar las cerdas del cepillo en un ángulo de 45 grados (parte en la encía y parte en el diente) y bajar como si estuviera barriendo.
- Iniciar en el cuadrante superior derecho, haciendo el barrido hacia abajo y continuar hacia el lado superior izquierdo, incluyendo las superficies palatinas con movimientos hacia abajo. Luego el cuadrante inferior izquierdo y por último el cuadrante inferior derecho, incluyendo las superficies linguales.
- Las superficies masticatorias u oclusales se cepillan en forma circular.



- Cepillar la lengua y carrillos.
- Concluida esta acción enjuagarse la boca con abundante agua.
- Se podrá proceder a realizar una tinción de placa para detectar si la técnica de cepillado ha sido aplicada correctamente.
- Indicar al paciente que el cepillado dental debe realizarse después de cada comida, por lo menos tres veces al día.
- Indicar al paciente que el cepillo deberá lavarse bien, de forma tal que no queden restos alimenticios.
- Indicar al paciente que debe cambiar el cepillo cada tres meses o cuando las cerdas hayan perdido su firmeza. Además, se recomienda cambiarlo después de un resfriado u otra infección viral.
- Recomendar pastas dentales según la edad del paciente de acuerdo a la ficha técnica N° 2.

#### Uso del hilo dental:

- Informar al paciente que el uso del hilo dental está indicado en aquellas áreas que el cepillo no puede pasar, como por ejemplo: espacios interdenciales, superficies retromolares y áreas de apiñamiento dental.
- Se utiliza tramos de 30 a 40 cm.
- Enrollar los extremos del hilo en los dedos medios, dejando un espacio sin enrollar de 10 cm aproximadamente.
- Utilizar los dedos pulgares, dándole la angulación necesaria para ejecutar la acción.
- Hacerlo pasar por los espacios interdenciales contra las superficies proximales, de tal forma que no lastime las encías, limpiando cualquier resto de alimento o de placa dental que haya quedado, moviéndolo desde el espacio libre de la encía hacia el borde incisal u oclusal de las piezas dentarias.
- Se retirará con cualquiera de los dedos medios, enrollar la parte usada dejando la porción del hilo que no se haya utilizado libre para el mismo fin.
- En caso de los niños/niñas, se orientará a un adulto para que realice la acción.

**FLUORACIÓN TÓPICA**

**DEFINICIÓN**

El uso de flúor, en sus diferentes presentaciones y concentraciones, se lo utiliza como medida preventiva para ayudar a las piezas dentarias con el continuo proceso de re-mineralización formando fluorapatita y fluoruro de calcio en boca, haciendo que el ion flúor sea asimilado en el cristal de apatita del esmalte y lo estabiliza haciendo que la estructura del diente sea más resistente a los ácidos, y por ende resistentes a caries.

**Pastas dentales:**

- **De 2 a 3 años:** dos veces al día con pasta de fluoruro de sodio de 500 ppm o el monofluorofosfato de sodio 400 mg, 500 ppm, del tamaño de un arroz (0,15 g).
- **De 3 a 6 años:** la cantidad de flúor debe ser del tamaño de una arveja (0,25 g).
- **A partir de los 6 años:** indicadas las concentraciones de flúor entre los 500 a 1.000 ppm.
- Para niños con alto riesgo de caries y adultos: con concentración de flúor de 1.450 a 1.500 ppm.

- **Gel tópico:** fluoruro de fosfato acidulado al 1,23%:
  - De uso profesional entre 5.000 a 12.300 ppm de flúor.
  - Cantidad: 2,5 ml por arcada, lo que corresponde a 62 mg.
- **Dientes temporarios:** se recomienda no usar en niños menores de seis años de edad ya que la relación riesgo-beneficio se orienta a favor del riesgo debido a la posibilidad existente de tragarse el gel.

- **Gel tópico:** fluoruro de sodio neutro de 0,9 al 2%, con 9.000 a 9.040 ppm:
  - Cantidad: 2,5 ml por arcada, lo que corresponde a 45 mg.
  - La ventaja de estos es que tienen menos acidez y alteran menos las restauraciones de composites y cerámicas que puede llevar un paciente.

**Barnices de uso profesional:**

- Entre 1.000 a 56.300 ppm de flúor.

**Presentaciones:**

- Difluorosilano al 0,7% en base a poliuretano con 7.000 ppm de flúor.
- Fluoruro de sodio al 2,3% en solución alcohólica con 22.600 ppm de flúor.
- Fluoruro de sodio al 5% (equivalente a: 22.600 ppm de flúor).
- Pueden usarse para la prevención de la caries en dentición primaria y en dentición permanente.
- Cantidad de 0,3 y 0,5 ml de barniz por paciente.
- Indicados en niños menores de seis años, ya que estos ingieren los geles.
- Paciente que no soportan las cubetas debido a náuseas.
- Indicado en niños menores de seis años y en personas con diferentes grados de minusvalía que no les permita controlar el mecanismo de deglución.
- Caries incipientes.
- Pacientes con aparatos fijos de ortodoncia.

- **Colutorios:** fluoruro de sodio al 0,05%, de uso diario (225 ppm de flúor) para niños mayores de seis años:
  - Cantidad: de 5 a 10 ml como dosis máxima.
  - Fluoruro de sodio al 0,2% de uso semanal (900 ppm de flúor).
  - Se recomienda no prescribir colutorios a niños menores de seis años.

## DIAGNÓSTICO

- Piezas dentarias sanas.
- Piezas dentarias temporarias y/o permanentes recién erupcionadas.
- Piezas dentarias con lesiones iniciales de caries (mancha blanca).
- Piezas con alteraciones en la estructura del esmalte.
- Piezas dentarias obturadas.

## MATERIAL Y PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE FLÚOR EN GEL Y BARNIZ

### FLÚOR EN GEL

#### Material necesario para aplicación de flúor en gel:

- Flúor en gel monofluoruro de fosfato acidulado al 1.23%
- Fluoruro de sodio neutro de 0,9 al 2%, con 9.000 a 9.040 ppm.
- Cubetas individuales descartables cortadas y adaptadas acorde al tamaño de la boca del paciente.
- Cánula de aspiración durante y después del tratamiento.
- Torundas de algodón.
- Piedra pómez.
- Cepillo profiláctico.

### PROCEDIMIENTO

- Profilaxis de las piezas dentarias con piedra pómez.
- Aislamiento relativo (evitando que los dientes entren en contacto con la saliva después de la profilaxis, porque se forma rápidamente una película glucoproteica que evita o disminuye la adhesión del flúor a los dientes).
- Colocación del paciente en una posición de 90 grados con la cabeza inclinada hacia adelante, para evitar la deglución accidental de gel.
- Realizar la aplicación del flúor en las piezas dentarias de ambos maxilares por separado.
- Colocar la solución de flúor utilizando las cubetas individuales, en una cantidad no mayor a 2 g (aproximadamente 40% de la capacidad de la cubeta).
- Presionar la cubeta contra las caras vestibulares de todas las piezas dentarias, y eliminar los excesos con el suctor.
- Mantener la cubeta en contacto con las superficies dentarias por el tiempo estipulado por el fabricante (aproximadamente 1-4 min).
- Retirar la cubeta y limpiar el exceso, pidiendo al paciente que escupa, para eliminar los excesos de flúor en boca.
- Para conseguir que el gel de flúor llegue a los espacios interproximales, es conveniente pasar un hilo de seda sin cera por dichos espacios.
- Repetir el mismo procedimiento para la arcada inferior.
- No enjuagar.
- Dar instrucciones al paciente de no ingerir alimentos y no beba ni se enjuague antes de las dos horas, sobre todo lácteos, plátano, almendras, lentejas, soja (inactivan o dificultan la absorción del flúor).

### FLÚOR EN BARNIZ

#### Material necesario para aplicación de flúor en barniz:

- Torundas de algodón.
- Suctor.
- Pincel descartable.
- 1 gasa.
- Separador de labios plástico.
- Piedra pómez.
- Cepillo de profilaxis.

### PROCEDIMIENTO

- Profilaxis de las piezas dentarias con piedra pómez.
- Aislamiento relativo.
- Colocar el separador de labios junto con las torundas de algodón.
- Secar las superficies dentarias con una gasa.
- Realizar la aplicación del flúor en las piezas dentarias de ambos maxilares en una sola vez.
- Aplicar la solución de flúor utilizando un pincel descartable, pincelando las superficies dentarias.
- Eliminar la saliva con el suctor.
- Dejar el flúor en contacto con las superficies dentarias por el tiempo estipulado por el fabricante (aproximadamente un minuto).
- Hacer escupir al paciente eliminando los excesos de flúor en la boca.
- Permanece adherido a la superficie del diente por un tiempo superior a la 12 horas, alargando así el período de liberación de flúor.
- Dar instrucciones de no comer, no enjuagar ni ingerir líquidos durante media hora, debiendo cepillarse al día siguiente.

#### Ventaja:

- Permanece adherido a la superficie del diente por un tiempo superior a las 12 horas, alargando así el período de liberación de flúor.

## FRECUENCIA DE APLICACIÓN

- Bajo riesgo, dos veces al año.
- Mediano riesgo, 2 a 3 veces al año.
- Alto riesgo, 3 a 4 veces al año (según considere el odontólogo).

## OBSERVACIONES

- Se ha demostrado que la cantidad de flúor tópico que se requiere para prevenir la caries dental es de 1.000 ppm.
- Se recomienda no prescribir colutorios con flúor a niños menores de seis años.
- Cualquier medio de uso de flúor implica cierta cantidad de ingesta de flúor, esta ingesta debe reducirse al máximo evitando intoxicaciones agudas o crónicas.

**Gel tópico:** fluoruro de fosfato acidulado al 1,23%.

- El uso de las diferentes presentaciones de flúor (gel y barniz) se deja a criterio del profesional; como sugerencia se recomienda uso de geles en niños mayores a tres años (con reflejo de escupir); en niños menores se recomienda el uso de fluoruro de sodio en barniz.
- Debe evitarse el exceso de gel porque la ingestión del mismo produce síntomas leves de intoxicación aguda (náuseas y vómitos).

La aplicación del flúor acidulado está **contraindicada** en pacientes:

- Inmunodeprimidos.
- Amelogénesis imperfecta.
- Pacientes con discapacidad motora o mental.
- Pacientes con aparatos fijos de ortodoncia (retención del flúor en los brackets).

**SELLADO DE FOSAS Y FISURAS**

**DEFINICIÓN**

**Selladores:** es la aplicación de resinas fluidas y de poca viscosidad, autopolimerizables o fotopolimerizables, aplicadas sobre las superficies masticatorias en esmalte sano (fosas y fisuras), para reforzar y proteger al diente de superficies vulnerables de invasión bacteriana.

**DIAGNÓSTICO**

**CRITERIOS CLÍNICOS**

- Superficies oclusales con surcos defectuosos, con fosas profundas, superficie porosa, retención con sonda exploradora en pequeñas zonas. Todo esto en molares temporarios y permanentes superiores e inferiores.
- Evaluar factores de riesgo individual: historia de caries, dieta, higiene (agregar otros medios de prevención como aplicación tópica de flúor).

**INDICACIONES**

**CRITERIOS**

**SELLAR**

**NO SELLAR**

Edad del diente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diente recién erupcionado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dientes que no han tenido caries durante más de cuatro años, suele existir tinción en fosas y fisuras.</li> </ul>
Tipo de diente. Morfología oclusal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Molares temporales sanos.</li> <li>■ Molares y premolares permanentes con surcos y fisuras profundas y sanas.</li> <li>■ Fosa y fisuras estrechas, profundas y retentivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En premolares con presencia de caries.</li> <li>■ Fosas y grietas con coalescencia, grietas amplias bien limpias.</li> </ul>
Actividad de caries reciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En pacientes con antecedentes de caries en piezas temporarias.</li> <li>■ Los dientes muestran signos de opacidad en fosa o fisura.</li> <li>■ El paciente que recibe un tratamiento adecuado tópico con flúor, pero con riesgo de caries.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dientes que no han tenido caries por más de cuatro años, suele existir tinción en fosas y fisuras.</li> <li>■ En pacientes con falta de higiene.</li> </ul>

**PROCEDIMIENTO**

- Elección de la pieza dentaria.
- Profilaxis con clorhexidina al 2% o agua oxigenada.
- Aislado relativo.
- Grabado ácido (ácido ortofosfórico) por 15 segundos al 37%, distribuyendo el gel dentro de los surcos, fosas y fisuras, utilizando la punta del explorador clínico.
- Lavar con chorro de agua y secar.
- Aplicación del sellante con la punta aplicadora o con el explorador de caries sólo en fosas y fisuras, no en caras oclusales.
- Polimerización o curado.
- Verificar la oclusión con papel de articular.
- Controles semestrales.

## VENTAJAS

- El sellado complementa a otras medidas preventivas (higiene dental, fluorización sistémica y tópica, y control de dieta).
- Es un tratamiento fácil, cómodo, no es cruento, no se destruye tejido dentario para insertar el sellador. Se puede inactivar una caries inicial con el sellador.

## OBSERVACIONES

- Debe ser controlado periódicamente.
- Sellante mal aplicado, mayor riesgo de caries.
- Evaluar factores de riesgo individual: historia de caries, dieta, higiene (agregar otros medios de prevención como aplicación tópica de flúor).

### TRATAMIENTO RESTAURATIVO ATRAUMÁTICO (TRA)

#### DEFINICIÓN

Técnica simplificada de atención odontológica que remueve los tejidos dentales enfermos, usando sólo instrumentos manuales; preserva la pieza dentaria con materiales de restauración en base a ionómero de vidrio; no requiere anestesia ni equipo eléctrico.

Tratamiento en caso de:

Caries en el esmalte:

- Fosas y fisuras de premolares y molares, cuando afecta al esmalte.

#### Caries de la dentina superficial:

- Cambio de coloración de la pieza, a color amarillo oscuro o marrón y esa cavidad sea accesible a los instrumentos manuales.

#### INDICACIONES

- Niños/niñas muy pequeños que presentan lesiones iniciales.
- Pacientes que experimentan miedo o ansiedad extrema hacia los procedimientos dentales.
- Pacientes con discapacidad mental y/o física.
- Ancianos y residentes de albergues.
- Pacientes con riesgo alto de caries.
- Poblaciones dispersas, de difícil acceso o que no acuden a los centros de salud por diferentes motivos.

#### INSTRUMENTAL Y PROCEDIMIENTO PARA LA TÉCNICA (TRA)

- |   |  |
|---|--|
| ■ Se necesita de una superficie plana para recostar al paciente, una silla o taburete para el operador. | ■ Espátula para cemento (plástico).                  |
|   | ■ Papel encerado o loseta de vidrio.                 |
|   | ■ Frontoluz (baterías, cargador de baterías).        |
|   | ■ Piedra de Arkansas.                                |
|   | ■ Torundas de algodón.                               |
|   | ■ Hidróxido de calcio.                               |
|   | ■ Ionómero de vidrio de obturación (de auto curado). |
|   | ■ Parafina solida (vaselina).                        |
- Instrumental e insumos requeridos:**
- Instrumental de diagnóstico: espejo bucal, sonda exploradora, pinza de algodón.
  - Punta de diamante.
  - Hatcher dental o hachita.
  - Cuchareta de dentina (pequeña, mediana y grande).
  - Tallador o cincel.

#### PROCEDIMIENTO

##### Procedimiento:

- Examen de la pieza dentaria.
- Aislamiento relativo.
- Ampliar la apertura de la lesión cariosa fragmentando el esmalte débil con Hatcher o punta de diamante, removiendo aéreas delgadas y desmineralizadas con movimientos mesiodistal o vestíbulo lingual.
- Quitar la dentina reblandecida infectada pero no la afectada con las cucharetas de dentina y con movimientos en círculos, teniendo cuidado en el límite amelodentinario.
- En cavidades profundas se debe emplear protección pulpar con hidróxido de calcio.

- Acondicionamiento de la dentina antes de la obturación, frotando la cavidad y las fosas y fisuras adyacentes con torundas de algodón humedecidas con un acondicionador de dentina desarrollado para este fin o ácido poliacrílico al 10% por 10 a 15 segundos.
- Inclusión del material de obturación a la cavidad con el contorneador, tallador o cincel, realizando luego ligera presión digital con el dedo índice enguantado y envaselinado sobre el material con movimientos en sentido mesiodistal y vestibulo lingual hasta que polimerice (aproximadamente 30 segundos).
- Remover los excesos.
- Realizar el ajuste oclusal.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora (por 24 horas no ingiera cítricos).

## **OBSERVACIONES**

- Se contraindica en cavidades muy profundas, con compromiso pulpar o dolor de larga data.
- Se aplicará en las entidades educativas y/o centros comunitarios, así como también a poblaciones dispersas, de difícil acceso o que no acuden a los centros de salud por diferentes motivos.



**PULPOTOMÍA EN DIENTES TEMPORARIOS**

**DEFINICIÓN**

Acción quirúrgica que consiste en la eliminación de la pulpa cameral inflamada con el fin de mantener la vitalidad pulpar radicular, facilitando así la exfoliación normal del diente temporal.

**CRITERIOS CLÍNICOS**

**INDICACIONES**

- Lesión pulpar de origen cariosa o traumático extensa con comunicación pulpar.
- Exposición pulpar por caries.
- Diente con vitalidad y sin sintomatología espontánea o dolor transitorio.
- Herida pulpar durante la remoción de dentina reblandecida por caries.
- Rx preoperatorio confirma ausencia de patología peri o interradicular.
- El diente debe ser restaurable.
- Ausencia de movilidad dentaria fisiológica o patológica.

**CONTRAINDICACIONES**

- Presencia de dolor espontáneo y de larga duración.
- Presencia de fístula adyacente a la pieza afectada.
- Tumefacción.
- Gran destrucción coronaria sin posibilidad de restauración.
- Presencia de movilidad patológica o fisiológica.
- Radiográficamente se observa presencia de patología peri o interradicular.
- Reabsorción radicular externa e interna patológica.
- Calcificaciones pulpares.
- Excesivo sangrado de color rojo oscuro durante el procedimiento de pulpotomía (indica inflamación de la pulpa cameral y radicular, se debe proceder a realizar la biopulpectomía).

**Procedimientos con distintos agentes terapéuticos para pulpotomía en dientes temporarios:**

- Formocresol (fórmula diluida de Buckley: 1 gota de formocresol, 3 gotas de glicerina, 2 gotas de agua destilada).
- Sulfato férrico al 15%.

**PROCEDIMIENTO FORMOCRESOL**

**En una sola sesión:**

- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico radiográfico.
- Consentimiento informado.
- Control del dolor (técnica anestésica acorde a la pieza a tratar).
- Aislamiento absoluto.
- Remoción de caries con fresa redonda de carburo (alta o baja velocidad).
- Desinfección de la superficie con clorhexidina al 2% antes de realizar la exposición pulpar.
- Destechado con fresa redonda de carburo de alta o baja velocidad.
- Eliminación de la pulpa cameral con cuchareta de dentina desde las paredes hacia el centro.
- Lavado profuso con suero fisiológico.
- Secado con motas de algodón estériles.
- Verificar ausencia de sangrado a nivel de los muñones remanentes en la entrada de los conductos (en caso de presentar sangrado verificar que no exista presencia de algún trozo de pulpa sin eliminar, si continúa proceder a la biopulpectomía).

- Aplicación de motas de algodón pequeñas y bien exprimidas sólo a la entrada de los conductos con formocresol (fórmula modificada de Buckley) por 30 segundos -3 min.
- Colocación de pasta de óxido de zinc – eugenol en la cámara pulpar.
- Colocación de ionómero de vidrio para un sellado hermético.
- Rx post tratamiento.
- Instrucciones post-anestesia.
- Próxima sesión restauración definitiva.

## **PROCEDIMIENTO SULFATO FÉRRICO AL 15%**

### **En una sola sesión:**

- Técnica similar al formocresol diluido.
- Excepción en el punto de aplicación el sulfato férrico por 15 segundos en vez de formocresol diluido.
- Rx post tratamiento.
- Instrucciones post anestesia.
- Próxima sesión restauración definitiva.

**PULPOTOMÍA EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES****DEFINICIÓN**

Acción quirúrgica que consiste en la extirpación de la pulpa cameral, con el fin de mantener la vitalidad pulpar radicular y así permitir la apicoformación en piezas dentarias jóvenes con apicogénesis incompleta, para posteriormente realizar el tratamiento endodóntico convencional.

**INDICACIONES**

- Lesiones cariosas amplias y profundas.
- Edad joven biológica de la pulpa.
- Sintomático (sólo a estímulos).
- Menor tiempo de contaminación del paquete vásculo nervioso.
- Se exagera al frío y mitigante al calor.

**CONTRAINDICACIONES**

- Movilidad significativa.
- Lesiones periapicales o de furca.
- Dolor dentario persistente.
- Falta de hemorragia pulpar.

**PROCEDIMIENTO****Una sola sesión:**

- Lectura radiográfica.
- Consentimiento informado.
- Control del dolor.
- Aislamiento absoluto.
- Eliminación del tejido contaminado.
- Desinfección de la preparación previa apertura de la cámara con clorhexidina al 2%.
- Eliminación de la pulpa cameral con cureta de dentina o fresa redonda desde las paredes hacia el centro.
- Lavado profuso con solución salina para evitar la formación de coágulo.
- Secado de la preparación con motas de algodón estériles.
- Colocación de hidróxido de calcio a la entrada de los conductos.
- Base de cemento óxido de zinc y eugenol.
- Colocación de un cemento base de ionómero de vidrio para un sellado periférico.
- Radiografía de control.

**Terapéutica:**

- Analgésicos si el caso lo requiere.
- Realizar la restauración definitiva con resina fotopolimerizable o amalgama en una sesión posterior siempre y cuando ya no exista sintomatología.
- Control radiográfico cada tres meses, a fin de constatar alguna reacción periapical durante un año.

**OBSERVACIONES**

Una vez terminado el cierre apical se realizará la biopulpectomía total o pulpectomía, evitando los procesos degenerativos pulpares que pueden terminar en necrosis.

**BIOPULPECTOMÍA EN DIENTES TEMPORARIOS**

**DEFINICIÓN**

La biopulpectomía en dientes temporarios es un procedimiento que consiste en la eliminación tanto de la pulpa cameral como los remanentes radiculares en dientes anteriores y posteriores.

**INDICACIONES**

- Presencia de pulpitis irreversible sintomática/pulpitis irreversible asintomática.
- Presencia de caries extensa y profunda.
- Radiográficamente presencia de comunicación pulpar.
- Presencia de dolor espontáneo.

**CONTRAINDICACIONES**

- Presencia de fístula.
- Movilidad fisiológica o patológica.
- Presencia de absceso submucoso.
- Pieza no restaurable.
- Caries radicular.
- Rizolisis terminal.

**PROCEDIMIENTO BIOPULPECTOMÍA EN DIENTES ANTERIORES**

**Tiempo de duración:** 1 sesión.

- Diagnóstico clínico.
- Diagnóstico radiográfico (verificar grado de rizolisis, presencia de patología perirradicular, longitud aparente de la raíz).
- Consentimiento informado.
- Control del dolor, uso de anestésico tópico (técnica infiltrativa con aguja extra-corta).
- Aislamiento absoluto o relativo.
- Remoción de tejidos reblandecidos por caries.
- Conformación del acceso acorde a la ubicación de la caries (vestibular o palatino).
- Eliminación total del paquete vásculo-nervioso con tiranervios.
- Conductometría.
- Instrumentación del conducto con limas Hedstroem o K-File, hasta la segunda serie, con movimientos de arrastre hacia oclusal (no rotar los instrumentos).
- Irrigación intra-conducto abundante con suero fisiológico o clorhexidina entre cada lima.
- Secado del conducto con conos de papel.
- Obturación del conducto con pasta de óxido de zinc – eugenol.
- Rx control.
- Sellado periférico con ionómero de vidrio.
- Instrucciones post-anestesia.

**PROCEDIMIENTO BIOPULPECTOMÍA EN DIENTES POSTERIORES**

**Tiempo de duración:** 1-2 sesiones.

**Primera sesión:**

- Diagnóstico clínico: dolor espontáneo y/o sangrado profuso posterior a la pulpotomía.
- Diagnóstico radiográfico: verificar grado de rizolisis, ausencia de patología perirradicular, longitud aparente de las raíces, verificar presencia de pieza sucesora.
- Consentimiento informado.
- Control del dolor: técnica infiltrativa con aguja corta.
- Aislamiento absoluto o relativo.

- Remoción de tejidos reblandecidos por caries.
- Pulpotomía.
- Eliminación del paquete vásculo-nervioso con limas Hedstroem.
- Lavado de los conductos.
- Secado con conos de papel.
- Medicación intra-conducto de hidróxido de calcio, en caso de no poder terminar el tratamiento en la primera sesión.
- Colocación de cemento provisional.

### Segunda sesión:

- Anestesia interpapilar para colocación del clamp.
- Aislamiento absoluto.
- Remoción del cemento temporal y de la medicación intra-conducto.
- Lavado del conducto con suero fisiológico o clorhexidina al 2%.
- Conductometría.
- Instrumentación de los conductos con limas Hedstroem o K-File primera serie.
- Irrigación intra-conducto abundante con suero fisiológico o clorhexidina entre cada lima.
- Secado de los conductos con conos de papel.
- Obturación de los conducto con pasta de óxido de zinc – eugenol.
- Rx control.
- Sellado periférico con ionómero de vidrio.
- Instrucciones post-anestesia.
- Restauración definitiva.

## OBSERVACIONES

No se repiten los tratamientos endodónticos en piezas dentarias temporarias.

## NECROPULPECTOMÍA EN DIENTES TEMPORARIOS

### DEFINICIÓN

Consiste en la eliminación tanto de la pulpa cameral como la pulpa radicular en dientes anteriores y posteriores que presentan signos y síntomas de necrosis o gangrena pulpar (pulpitis irreversible), realizando a la vez la desinfección de los conductos contaminados y así poder preservar la pieza dentaria por mayor tiempo en boca hasta lograr su exfoliación normal.

#### Indicaciones:

- Presencia de caries extensa.
- Necrosis pulpar/periodontitis apical aguda/periodontitis apical crónica.
- Dolor espontáneo.
- Presencia de movilidad patológica.
- Presencia de absceso submucoso.
- Pieza con posibilidades de restauración.
- Radiográficamente presencia de lesión perirradicular.
- Presencia de fístula.

#### Contraindicaciones:

- Pieza no restaurable con gran destrucción coronaria.
- Caries radicular.
- Rizolisis terminal.
- Lesión de furca.
- Calcificación de la cámara y/o conductos.
- Antecedentes de **presencia de infección odontogénica aguda con afectación de tejidos blandos, es indicación de exodoncia.**

### PROCEDIMIENTO NECROPULPECTOMÍA EN DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES

**Tiempo de duración:** 3-4 sesiones.

#### Primera sesión:

- Diagnóstico clínico.
- Diagnóstico radiográfico (verificar grado de rizolisis, presencia de patología perirradicular, longitud aparente de la raíz).
- Aislamiento relativo.
- Remoción de caries.
- Apertura cámara pulpar para aliviar la presión acorde a la ubicación de la caries (vestibular o palatino).
- Dejar una mota de algodón para evitar empaquetamiento de alimentos.
- Si existe exudado purulento se recomienda irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5%, secar y dejar abierta la cavidad con una mota de algodón.
- Instauración de medicación vía oral de analgésicos y antibióticos.
- Ibuprofeno suspensión, 30 mg/Kg./peso cada 8 horas por tres días.
- Amoxicilina suspensión, 50 mg/Kg./peso cada 8 horas por siete días.
- Amoxicilina + inhibidor de betalactamasa: 50 mg/Kg./peso cada 8 horas por siete días.

#### Segunda sesión:

- Aislamiento absoluto.
- Remoción de la mota de algodón.
- Conductometría.
- Preparación biomecánica del conducto radicular con limas Hedstrom o K, primera y segunda serie, dependiendo de si la pieza es anterior o posterior.

- Irrigación intra-conducto con hipoclorito de sodio entre cada lima tomando cuidado de no ejercer mucha presión, inactivando la última lavada con suero fisiológico.
- Después de terminada la instrumentación biomecánica lavar con lechada de cal el/los conductos.
- Secado del conducto con conos de papel.
- Medicación intrarradicular de hidróxido de calcio por cuatro días.
- Colocación de cemento temporal.
- En caso de presencia de fistula, al finalizar el procedimiento lavar a través de la fistula con lechada de cal con una jeringa de 3 ml previa colocación de anestésico tópico en la zona.

### Tercera sesión:

- Remoción del cemento temporal y de la medicación intra-conducto.
- Aislamiento absoluto.
- Lavado del conducto con hipoclorito de sodio.
- Instrumentación con la última lima trabajada.
- Lavado con hipoclorito y suero fisiológico o clorhexidina al 2% y suero fisiológico, finalizar con un lavado con lechada de cal.
- Si ya no existe presencia de sintomatología, y si la fistula ha desaparecido proceder a la obturación del/los conductos radiculares.
- Obturación del conducto con pasta iodoformada (óxido de zinc + eugenol + yodoformo).
- Rx control.
- Sellado periférico con ionómero de vidrio.
- Instrucciones post-anestesia.
- Restauración definitiva.
- En caso de persistir la sintomatología y la presencia de fistula repetir el procedimiento como en la sesión 2.
- Dejar medicación intra-conducto hasta que exista ausencia de sintomatología y que la fistula haya desaparecido.

## GINGIVECTOMÍA

**DEFINICIÓN**

Técnica quirúrgica por la cual se elimina la totalidad del tejido de granulación y epitelio de la bolsa periodontal supracrestal.

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

Se realizará en los siguientes diagnósticos, tomando en cuenta el requerimiento de la cirugía:

- Hiperplasia gingival.
- Gingivitis ulceronecrotizante aguda.
- Absceso periodontal.
- Periodontitis crónica.
- Periodontitis ulceronecrotizante.

**PROCEDIMIENTO**

- Consentimiento informado.
- Previa tartrectomía (raspados y alisados radiculares).
- Estudio radiográfico.

**Cirugía:**

- Antisepsia.
- Anestesia tópica.
- Anestesia infiltrativa.
- Marcado del fondo de las bolsas, mediante pinzas especiales y/o sonda convencional fina.
- Corte de la encía introduciendo el bisturí a 45°, creando un bisel externo y de 1 a 3 mm apical a ella (mantener el corte dentro de la encía adherida).
- Separación de las papilas interdentes, intentando alcanzar el col interpapilar.
- Raspado y alisado de las superficies expuestas.
- Aplicar el cemento quirúrgico, corregir la mucoabrasión gingival.

**Medicación terapéutica:**

- De acuerdo al paquetario.

**Recomendaciones:**

- Evitar enjuagues bucales y colutorios.



## EXODONCIA

**DEFINICIÓN**

Es un tratamiento quirúrgico menor que implica la extracción de una pieza dentaria temporaria o permanente.

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

Se realizará en las siguientes circunstancias, que tienen que ver con enfermedades periodontales:

- Piezas dentarias anquilosadas que no permiten la erupción de la pieza dentaria permanente.
- Piezas dentarias totalmente destruidas por lesiones cariosas.
- Piezas dentarias fracturadas por traumatismos y cuya restauración no se puede llevar a cabo.
- Piezas dentarias que no exfolian normalmente y sus raíces se encuentran reabsorbidas.
- Cuando la rizólisis es irregular y causa la erupción ectópica de la pieza dentaria permanente.
- Piezas dentarias temporarias con pólipo pulpar.
- En casos de tratamientos ortodóncicos.
- Piezas dentarias supernumerarias.
- Piezas dentarias con lesión en la furca con pólipo periodontal.

**PROCEDIMIENTO**

- Consentimiento informado.
- Pre medicación:
  - En caso de pacientes pusilánimes, ansiosos:
    - ▲ Adultos: diazepam 5 mg, una hora antes de la intervención.
    - ▲ Niños/niñas: diazepam 0,05 a 0,01 mg/Kg./peso una hora antes de la intervención.

**Cirugía:**

- Antisepsia.
- Anestesia tópica.
- Anestesia infiltrativa.
- Sindesmotomía.
- Extracción propiamente dicha con movimientos de aprensión, luxación y tracción.
- Hemostasia.
- Sutura (hilo de seda 000, si corresponde).

**Indicaciones post exodoncia:**

- Mantener la gasa y/o algodón por media a una hora en boca.
- No tomar líquidos calientes por 24 horas.
- Alimentación blanda líquida por 24 horas.
- Masticar por el lado contrario.
- No aspirar, no succionar, no hacer gárgaras ni enjuagar.
- En caso de sangrar más de lo normal, morder un algodón seco y estéril por media a una hora más.
- Dormir con almohada alta.
- Tomar 1 paracetamol antes que pase el efecto de la anestesia y luego sólo si hay dolor.
- No realizar ejercicios físicos, ni esfuerzos.
- Poner fomentos de hielo a un ritmo de 20 minutos durante seis horas.
- Higiene dental, cepillado habitual, menos en el área de exodoncia.

## ACCIONES EN EMERGENCIAS QUE SE PRODUCEN DURANTE UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

**LIPOTIMIA O SÍNCOPE**

1. Suspenda la atención y retire cualquier cuerpo extraño de la boca.
2. Controle el estado de conciencia.
3. Converse e inspire confianza para que se sienta asistido.
4. Póngalo de espaldas, con los pies un poco elevados (10 a 15 grados).
5. Permita la circulación de aire, con la cabeza hacia atrás.
6. Controle la respiración.
7. Controle el pulso carotídeo.
8. Si existe señales vitales, espere de 2 a 3 minutos para su recuperación.
9. Recuperado, haga que se retire con acompañante.
10. Si no existe recuperación pida ayuda médica urgente.

En espera del auxilio médico, administre oxígeno (3 a 4 l/min) y controle la respiración, pulso y presión.

**EPISODIO ISQUÉMICO TRANSITORIO**

1. Suspenda la atención y remueva todo material de la boca.
2. Póngalo cómodamente sentado.
3. Mantenga libre las vías aéreas y evalúe la respiración.
4. La debilidad de las extremidades, descritas por el paciente como un “hormiguelo” desaparece en 5 a 10 minutos, si esto ocurre, no hay necesidad de ayuda médica.
5. Controle las señales vitales (FC, FR y PA), la presión arterial puede estar levemente aumentada durante el episodio. La frecuencia cardiaca puede estar normal o elevada (“pulso lleno”).
6. Después de la crisis mande al paciente para evaluación médica, libérela con acompañante y recomiende no conducir vehículos.

**ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL (AVC) – PACIENTE CONSCIENTE**

En este caso las señales y los síntomas clínicos no desaparezcan dentro de un tiempo razonable (de 10 a 15 minutos), un episodio isquémico transitorio puede no ser la causa de un AVC verdadero, debe estar en evolución. En esta situación:

1. Suspenda la atención y retire todo material de la boca.
2. Póngalo cómodamente sentado.
3. Mantenga libre las vías aéreas y evalúe la respiración.
4. Pida ayuda médica urgente.
5. Mientras llegue la ayuda, controle las señales vitales (FC, FR y PA) cada cinco minutos.
6. NO ADMINISTRE OXÍGENO (puede agravarse la vasoconstricción cerebral o depresión del SNC).

**ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL – PACIENTE INCONSCIENTE**

La pérdida aguda de conciencia denota pronóstico clínico grave del AVE (mortalidad del 70 al 100%). El AVE hemorrágico es el que más comúnmente provoca pérdida de conciencia y es precedido de **INTENSO DOLOR DE CABEZA**. En estos casos:

1. Póngalo acostado de espaldas.
2. Mantenga las vías aéreas libres y evalúe la respiración.

3. Pida ayuda médica urgente.
4. Se puede administrar oxígeno, si es necesario.
5. Mientras llegue el auxilio médico, controle las señales vitales.
6. La frecuencia cardiaca puede estar normal o disminuida.
7. La presión arterial elevada (PA sistólica superior a 200 mmHg).
8. En este caso, arregle su posición, manteniéndolo acostado de espaldas y levantando la cabeza suavemente.
9. En ausencia de respiración o pulso, o ambas, inicie inmediatamente el trabajo de investigación artificial y/o compresión cardiaca externa.
10. En caso de paciente inconsciente, según los casos administre oxígeno con máscara facial o cánula con un flujo de 5 l/min, administre una ampolla de hidrocortisona 100 mg intravenoso o intramuscular, controle las señales vitales cada cinco minutos y cuando llegue la ayuda médica, explique las medidas tomadas.

## HIPERVENTILACIÓN

El primer paso de acuerdo a las señales y síntomas, es diferenciar el síndrome de hiperventilación de otros disturbios que causan dificultad respiratoria (crisis aguda de asma, bronco espasmos, etc.), dolor en el pecho (crisis de angina) o también pérdida de conciencia, como ocurre en los síncope. Una vez diagnosticado el cuadro de hiperventilación, adopte las siguientes medidas:

1. Suspenda todo el tratamiento y retire todo el material de la boca.
2. Póngalo en posición cómoda.
3. Tranquilícelo prestándole ayuda.
4. Para corregir la alcalosis respiratoria, haga respirar aire enriquecido con CO con una bolsa de papel o con las manos en forma de concha, cubriendo la boca y la nariz (10 movimientos respiratorios/minuto).
5. Repita esta operación hasta la desaparición de síntomas.
6. Si no mejora el cuadro, se puede administrar diazepam 10 mg vía oral o intravenosa lentamente.

## CRISIS AGUDA DE ASMA

Es importante diferenciar una crisis de asma moderada de una severa, los episodios graves con intensa dipnea, cianosis de la mucosa labial y base de las uñas. Transpiración, enrojecimiento de la cara y cuello, uso de la musculatura accesoria para respiración, fatiga y confusión mental, exigen una atención más compleja en ambiente hospitalario, bajo responsabilidad médica. En casos de crisis aguda de asma en consultorio odontológico, el odontólogo está limitado a proceder de la siguiente manera.

1. Suspenda la atención y remueva cualquier material de la boca.
2. Tranquilícelo, prestándole ayuda.
3. Levante el respaldo de la silla.
4. Póngalo cómodo y sentado en una silla común, con los brazos lanzados hacia adelante.
5. Haga que use el broncodilatador en spray (ej. salbutamol). Si no fuera posible, insufla cinco aplicaciones en una bolsa de papel, adáptela a la boca/nariz y pídale que respire lenta y profundamente.
6. Administre oxígeno con una máscara facial o cánula nasal con flujo de 5 a 7 litros/minuto.
7. No habiendo regresión porque el spray no llega a los alvéolos, administre vía subcutánea 0,3 ml de una solución de adrenalina: 1:1000 (ampollas con 1 ml), que posee una potente acción broncodilatadora, controlando el bronco espasmo algunos minutos después de su administración.

## **CHOQUE ANAFILÁCTICO (ANAFILAXIA GENERALIZADA)**

1. Suspenda la atención.
2. Manténgalo acostado de espaldas, con las piernas levemente elevadas.
3. Instituya las medidas de soporte básico de vida.
4. Solicite ayuda médica de urgencia.
5. Administre, vía subcutánea 0,3 ml de una solución de adrenalina 1:1000 (ampolla con 1 ml), repitiendo la dosis cada 5 a 10 minutos si es necesario.
6. Administre oxígeno.
7. Controle las señales vitales cada cinco minutos y los movimientos respiratorios.
8. Con el paciente estable, administre hidrocortisona IM 100 mg y prometazina IM/IV 50 mg STAT.

## **CONVULSIONES**

A veces los episodios convulsivos pueden ocurrir en el ámbito de la clínica odontológica, en estas situaciones se debe asumir la siguiente manera de actuar:

1. A la menor alteración interrumpa el tratamiento y retire todo material de la boca.
2. Póngalo en posición de recuperación, para evitar que aspire la secreción gástrica o salival.
3. Haga los procedimientos para manutención de las vías aéreas libres.
4. Retire los objetos cortantes que estén alrededor, así como colgantes, pendientes, etc.; saque la corbata para facilitar la respiración.
5. No intente poner ningún instrumento o mordedor de goma entre las arcadas. El riesgo de laceración de la lengua por los dientes es bajo, mientras que el riesgo de aspiración de fragmentos dentales debido a la inserción forzada de algún material es mucho mayor.
6. Durante el episodio convulsivo, intente solamente contener delicadamente los movimientos del paciente (principalmente los de la cabeza) para evitar lesiones físicas.
7. Terminada la convulsión, mantenga al paciente en reposo por 5 a 10 minutos bajo observación.
8. Administre oxígeno (3 litros/minuto) y controle las señales vitales.
9. En el período post convulsivo inmediato, el paciente puede presentar un cierto grado de constreñimiento por lo ocurrido.
10. Dedíquelo toda la atención de la recuperación, bajo cuidados de acompañante adulto, libere al paciente e investigue con el médico las causas del episodio para evitar que vuelva a ocurrir.

## **CRISIS DE ANGINA DE PECHO**

1. Suspenda la atención.
2. Póngalo en posición cómoda (sillón odontológico semi-reclinado).
3. Administre vasodilatador coronario – dinitrato de isosorbida 5 mg o propatilnitrato 10 mg, vía sublingual.
4. Administre oxígeno vía cánula o máscara facial.
5. Controle la crisis, encamínelo para evaluación médica con acompañante.
6. Si persisten los síntomas, solicite servicio médico de urgencia, mientras espera auxilio, controle las señales vitales.

## **INFARTO DE MIOCARDIO**

1. Suspenda la atención.
2. Póngalo en posición cómoda (sillón odontológico semi-reclinado).
3. Tranquilícelo y ayúdelo; evite todo esfuerzo físico a la víctima.
4. Pida auxilio médico de urgencia; no lo transporte al hospital.

5. Administre de 2 a 3 comprimidos de ácido acetilsalicílico 100 mg, para disminuir el aumento de plaquetas y la formación de nuevos coágulos en las arterias coronarias.
6. Si existe equipo, sede al paciente con mezcla de óxido nitroso y oxígeno (sedación inhalatoria). Caso contrario administre oxígeno.
7. En días más fríos, abriguelo con una manta para evitar temblores y gasto de energía.
8. Mientras espera ayuda, controle las señales vitales.
9. En caso de paro cardiorrespiratorio, efectúe acciones de RCP.

## TAQUICARDIAS

1. Si acusa sensación de palpitación u otro síntoma de taquicardia, suspenda la atención.
2. Evalúe la frecuencia cardiaca en una arteria artificial (carótida o radial).
3. Si el pulso está irregular, no haga nada, encamínelo para evaluación médica inmediata con acompañante.
4. Si la frecuencia cardiaca está alta pero regular y si es posible contarla, probablemente la taquicardia será benigna (taquicardia sinusal); en este caso, instituya acciones de estímulo del tono vagal.
5. Oriéntelo a expirar forzosamente, sin expulsar el aire, por lo tanto, con la nariz y la boca tapada (maniobra de valsalva).
6. Proporcione agua helada, orientando a ser tomada rápidamente, lo que va a proporcionar enfriamiento súbito del esófago, estómago y estructuras vecinas, estimulando las terminaciones vágales de estos órganos.
7. Si no consigue resultado con estas acciones, provoque el vómito, estimulando a la orofaringe, pues de ahí resultará una potente respuesta vagal.
8. Si se recupera, espere 15 minutos para liberarle con acompañante, solicitando evaluación médica antes de la próxima sesión odontológica.
9. Si la recuperación no es inmediata, solicite ayuda médica urgente. Mientras espera, controle la respiración, pulso y presión arterial.
10. En caso de pérdida de conciencia, instituya acciones de soporte básico de vida.

## CRISIS HIPERTENSIVA

1. Si se presentan síntomas de aumento brusco de presión arterial, suspenda la atención.
2. Póngalo en posición confortable, evitando acostarlo de espaldas, lo que puede agravar los síntomas y el propio cuadro.
3. Controle presión arterial y la frecuencia cardiaca.
4. Si la crisis es leve a moderada, tranquilícelo encaminándolo a evaluación médica inmediata con acompañante.
5. Si la presión arterial llega a niveles extremadamente altos, caracterizando una emergencia hipertensa, solicite servicio médico de urgencia.
6. En espera de auxilio, controle las señales vitales y esté preparado para proceder con acciones de soporte básico de vida.

## REACCIONES CUTÁNEAS INMEDIATAS

1. Suspenda el tratamiento en presencia de señales de reacción alérgica.
2. Retire todo el material de la boca.
3. Póngalo cómodo.
4. Evalúe la respiración y las frecuencias cardiaca y respiratoria.
5. Si es necesario instituya procedimientos de soporte básico de vida.
6. Administre prometazina IM 50 mg y betametasona IM 4 mg.
7. Mantenga en constante observación durante 20 a 30 minutos, controlando las señales vitales (frecuencia cardiaca, respiratoria y PA).

8. Si el cuadro se estabiliza, sin señales de daños respiratorios o cardiovasculares, prescriba un antihistamínico vía oral: prometazina 25 mg o loratadina VO 10 mg al día, hasta la remisión del cuadro (en general 2 a 3 días).
9. Libérela con acompañante y orden de no ingerir bebidas alcohólicas.
10. Pida evaluación médica para determinar la causa de la reacción alérgica y establezca un protocolo para prevenir recurrencias.

## **BRONCOESPASMO**

1. Suspenda la atención a las primeras señales de broncoespasmo.
2. Levante el respaldo de la silla, pues en general la posición semi-inclinada es la aconsejable.
3. Remueva cualquier instrumento o material de la boca.
4. Tranquilícelo con ayuda.
5. En presencia de cianosis, solicite ayuda médica urgente y proceda con las medidas de soporte básico de vida.
6. Haga una o dos aplicaciones de broncodilatador en forma de spray (ej. salbutamol).
7. Administre oxígeno (máscara facial), con un flujo de 5 a 7 litros/minuto.
8. Si no hay mejora significa que el broncoespasmo debe ser de tal dimensión que la medicación broncodilatadora en spray no está llegando a los alvéolos. En estos casos administre vía subcutánea 0,3 ml de una solución de adrenalina 1:1.000 (ampolla de 1 ml).
9. Observar que la acción broncodilatadora de la adrenalina controla el bronco espasmo algunos minutos después de su administración, pues revierte acción de la histamina: pero así como los antihistamínicos, la adrenalina no bloquea la acción de los leucotrienos, mucho más potentes que la histamina.
10. Cesada la crisis aguda, administre hidrocortisona IM 100 mg y prometazina IM/IV 50 mg para evitar la recurrencia del cuadro.
11. Mantener la observación durante 30 minutos, controlando las señales vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y PA).
12. Libérela con acompañante y orden de no ingerir bebidas alcohólicas.
13. Solicite evaluación médica para determinar la causa del broncoespasmo, establezca medidas de prevención de recurrencias.

## **EN CASOS DE DOSIS EXCESIVA DE ANESTÉSICO LOCAL**

1. Suspenda el tratamiento y retire todo material de la boca.
2. Tranquilícelo con ayuda.
3. Si está ansioso, póngale en posición cómoda y semi-inclinada, si hay disminución de la presión arterial y frecuencia cardíaca, póngale de espaldas con las piernas levemente más elevadas que la cabeza.
4. Administre oxígeno.
5. Espere que el paciente recupere. Si hay una leve alteración de la presión arterial y del pulso, libérela con acompañante.
6. En casos severos, de inicio muy rápido, solicite ayuda de urgencia e instituya el soporte básico de vida.
7. Si hay convulsión prolongada después de cesar el episodio, administre una ampolla de diazepam 10 mg IV, en inyección lenta mientras espera auxilio médico, controle las señales vitales.

## **DOSIS EXCESIVA DE LOS VASOCONSTRICTORES**

1. Retire todo material de la boca.
2. Póngalo sentado (para disminuir la presión intracraneana y la sobrecarga cardíaca).
3. Tranquilícelo con ayuda.
4. Controle las señales vitales.
5. Administre oxígeno.
6. Espere la recuperación. Esté preparado para instituir el soporte básico de vida.
7. Encamínelo para evaluación médica, si las alteraciones de presión arterial y del pulso son significativas.



## INSTRUMENTAL Y FÁRMACOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

**INSTRUMENTAL INDISPENSABLE EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO PARA EMERGENCIAS**

1. Estetoscopio y esfigmomanómetro para monitoreo de la presión arterial sanguínea.
2. Sistema portátil de liberación de oxígeno para administración de oxígeno a través de cánula nasal o máscara facial.
3. Máscara facial (desechable o reutilizable) para procedimientos de ventilación artificial.
4. Suctor de saliva/sangre de alta potencia para aspiración de secreciones u objetos en la cavidad oral.
5. Abocath de calibre espeso, para ejecución de cricotirotomía en caso de obstrucción aguda de las vías aéreas, cuando otros procedimientos no obtienen éxito.
6. Bolsa de papel para respiración cuando hay hiperventilación o para aplicación de salbutamol “spray” en pacientes agitados, incapaces de hacer la auto administración de este medicamento en los casos de crisis aguda de asma.
7. Medidor de la glicemia (glucómetro) para medir la glicemia de forma rápida.
8. Oxímetro de pulso portátil para controlar el grado de saturación de hemoglobina.

**FÁRMACOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO**

Los estudios demostraron la probabilidad que durante el ejercicio de la vida profesional de un odontólogo, ocurran situaciones de emergencia que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Para estas instancias todos los profesionales deben capacitarse para obtener conocimientos sobre el manejo de cualquier situación de emergencia que pudiera surgir.

De ser así los profesionales en salud deben cumplir estrictamente el protocolo de manejo de emergencias, tomando en cuenta: la posición, vías aéreas, respiración, circulación y tratamiento definitivo (que podría incluir la administración de fármacos) de las enfermedades actuales del paciente, realizar a la vez interconsulta con su médico tratante.

La ADA (Asociación Dental Americana) exige que se dispongan de ciertos fármacos y artículos de emergencia en los consultorios odontológicos en los que se administra sedación parenteral intravenosa e intramuscular, anestesia general y sedación consciente a pacientes pediátricos; se establecen también pautas para el uso de sedación y anestesia general que a la vez indican qué fármacos de emergencia deben estar disponibles.

Se enumeran cuatro niveles de fármacos que pueden ayudar al odontólogo a organizar un botiquín adecuado a su nivel de preparación. Ante una emergencia que pueda ocurrir en su consultorio.

El consultorio odontológico deberá contar con un botiquín exclusivamente para emergencias odontológicas, donde se debe contar con los siguientes medicamentos:

- Epinefrina.
- Clorfenamina (clorfeniramina).
- Diazepam.
- Catecolaminas endógenas-epinefrina.
- Salbutamol.
- D-glucosa (dextrosol) (lata con 400 g vía oral) para hipoglucemia (paciente inconsciente).
- Ácido acetil salicílico (comprimidos 100 mg – vía oral) para prevención de coágulos en el infarto de miocardio.
- Dinitrato de isosorbida (comprimidos 5 mg – vía sublingual) para angina de pecho, infarto de miocardio.
- Propatilnitrato (comprimidos 10 mg – vía sublingual), para angina de pecho, infarto de miocardio.
- Betametasona (ampollas 1 ml, 4 mg/ml – IM) para reacción alérgica.
- Prometazina (ampollas 2 ml, 25 mg/ml – VI) para reacción alérgica, insuficiencia adrenal.
- Solución inyectable de adrenalina 1:1.000 (ampollas 1 ml, 1 mg/ml – vía subcutánea) para choque anafiláctico.

## FÁRMACOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

**EPINEFRINA (1:1.000):** indicada en choque anafiláctico, incluye el aumento de la resistencia vascular sistémica, el aumento de la presión arterial, el aumento del flujo sanguíneo coronario y la broncodilatación, indicada también en estados asmáticos o crisis asmáticas severas, paro cardíaco **(1:10.000)** para el soporte vital cardíaco avanzado, además de acción: aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del flujo cerebral y coronario, aumento de la contracción miocárdica, mayor necesidad de oxígeno miocárdico y mayor automaticidad.

Presentación/concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Ampolla 0,5 mg/ml – 1 mg/ml	Adultos: 0,3 mg IM (puede repetirse en caso de anafilaxia severa).	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A/P<sup>(1*)</sup>: no utilizar por vía IV, contiene sulfitos.</li> <li>■ Extrema precaución en enfermedad cardíaca, puede producir dolor anginoso con la insuficiencia coronaria. Mayor riesgo de reacciones adversas con hipertiroidismo, trastornos cardiovasculares, HTA, DM, en el caso de ancianos, embarazo, pacientes pediátricos menores de 30 Kg. con epipen y menores de 15 Kg. con epipen Jr.</li> <li>■ E/L<sup>(2*)</sup>: categoría C no se comprobó sus seguridad durante la lactancia.</li> <li>■ EA<sup>(3*)</sup>: palpitaciones, taquicardia, sudoración, náuseas, vómitos, dificultad en la respiración, palidez, mareos, debilidad, temblor, cefalea, aprensión y ansiedad.</li> </ul>	Para el alivio de la dificultad respiratoria provocada por broncoespasmo, para brindar rápido alivio de las reacciones de hipersensibilidad a drogas y otros alérgenos. Anafilaxia o shock anafiláctico.

**CLORFENAMINA (clorfeniramina):** tratamiento sintomático de las alergias, bloqueador histamínico, compiten con la histamina por los sitios de recepción de las células, poseen también propiedades: sedante y anticolinérgica.

Presentación/concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Jarabe 2 mg/5 ml. Comprimidos 4 mg. LP <sup>(4*)</sup> . 8-10 mg	Adultos y niños/niñas mayores de 12 años: (comprimidos/jarabe) 4 mg cada 4-6 horas.  Comprimidos LP <sup>(4*)</sup> 8 mg cada 8-12 horas, o 12 mg cada 12 horas; máximo 24 mg/día.  Niños/niñas de 6 a 12 años (comprimidos/jarabe) 2 mg cada 4-6 horas, máximo 12 mg/24 horas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A/P<sup>(1*)</sup>: evitar en casos de enfisema, bronquitis crónica, glaucoma, dificultad para orinar debido al agrandamiento de la glándula prostática.</li> <li>■ E/L<sup>(2*)</sup>: no se comprobó su seguridad durante el embarazo y el período de lactancia.</li> <li>■ EA<sup>(3*)</sup>: somnolencia y excitabilidad.</li> </ul>	Para reacciones alérgicas, reacciones anafilácticas, angioedema, manifestaciones cutáneas leves y sin complicaciones en forma de urticaria y angioedema. En mayores de 60 años mayor probabilidad de causar mareos, sedación e hipotensión.



**DIAZEPAM (valium):** indicado para la ansiedad y sus manifestaciones psicósomáticas, relajante muscular, anticonvulsivante, síndrome de supresión alcohólica, crisis convulsivas e insomnio transitorio, depresor del SNC, actúa en el sistema límbico, tálamo e hipotálamo.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Comprimidos 2-5-10 mg.  Inyectable 5 mg/ ml	<p><b>Adultos:</b> comprimidos, ansiedad: 2-10 mg 2-4 veces al día. Inyectable 2-5 mg IM/IV puede repetirse en 3-4 horas.</p> <p>Abstinencia de alcohol: comprimidos 10 mg 3-4 veces al día por 24 horas. Inyectable, 10 mg IM/IV, luego 5-10 en 3-4 horas, si es necesario.</p> <p>Mantenimiento comprimidos 5 mg 3-4 veces al día.</p> <p>Espasmo musculo-esquelético: comprimidos 2-10 mg 3-4 veces al día. Inyectable 5-10 mg IM/IV. Luego 5 a 10 mg en 3-4 horas, si es necesario.</p> <p>Trastornos convulsivos: 2-10 mg 2-4 veces al día. Status epilepticus/convulsiones graves: dosis inicial de 5-10 mg IV. El mantenimiento puede repetirse a intervalos de 10-15 minutos, máximo 30 mg.</p> <p>Preoperatorio: 10 mg IM.</p> <p>Cardioversión: 5-15 mg IV de 10 a 15 minutos antes del procedimiento.</p> <p><b>Ancianos:</b> pacientes debilitados: dosis inicial comprimidos 2-2,5 mg 1-2 veces al día y en inyectable 2-5 mg.</p> <p><b>Pacientes pediátricos menores de 6 meses:</b> dosis inicial 1-2,5 mg 3-4 veces al día. Puede incrementarse gradualmente según necesidad y tolerancia.</p> <p>Tétanos: 30 días-5 años de 1-2 mg IM/IV. (lentamente) puede repetirse 3-4 horas.</p> <p>Mayores de cinco años 5-10 mg IM/IV puede repetirse 3-4 horas.</p> <p>Status epilepticus/convulsiones graves: 30 días-5 años: 0,2-0,5 mg IV (lentamente) cada 2-5 min hasta 5 mg.</p> <p>Mayores de cinco años: 1 mg IV (lentamente) cada 2-5 min hasta 10 mg puede repetirse de 2-4 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A/P<sup>(1*)</sup>: controlar recuentos sanguíneos y PFH en caso de uso prolongado.</li> <li>■ Se informó acerca de la neutropenia e ictericia, de aumento de las convulsiones, evitar interrupción abrupta.</li> <li>■ Precaución en caso de disfunción renal o hepática.</li> <li>■ Inyectar lentamente y evitar las venas pequeñas por VI.</li> <li>■ No mezclar ni diluir con otros productos en jeringas o frascos de infusión, extrema precaución en caso de ancianos, enfermos graves y quienes tienen una reserva pulmonar limitada.</li> <li>■ Evitar en pacientes que estén en shock, coma o intoxicación aguda por alcohol con signos vitales deprimidos. Puede dañar la capacidad mental/física.</li> <li>■ Contraindicaciones: glaucoma agudo de ángulo cerrado, glaucoma de ángulo abierto, no tratado, pacientes pediátricos menores de seis meses.</li> <li>■ E/L<sup>(2*)</sup>: no usar durante el embarazo, no se comprobó su seguridad en la lactancia.</li> <li>■ EA<sup>(3*)</sup>: Somnolencia, fatiga, ataxia, reacciones paradójicas, cambios menores en el EEG y flebitis (lugar de la inyección).</li> </ul>	<p>Es un coadyuvante útil para el tratamiento de status epilepticus y crisis convulsivas graves recurrentes.</p>

**SALBUTAMOL (sulfato de salbutamol):** indicado para el asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, teniendo un efecto mayor en el tracto respiratorio, a través de la relajación del músculo liso bronquial (profilaxis y tratamiento); produce además menos efectos secundarios cardiovasculares que la mayoría de los broncodilatadores, sin embargo en algunos pacientes, tanto el salbutamol como otros broncodilatadores pueden ocasionar efectos CV importantes como un aumento de la frecuencia del pulso, presión arterial, síntomas como palpitaciones y temblores y/o alteraciones electrocardiográficas.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
<p>Solución 1,25 mg/3 ml. 0,63 mg/3 ml.</p> <p>Aerosol: 0,09 mg/ inhalación.</p> <p>Comprimidos 2-4 mg</p>	<p><b>Pacientes pediátricos: 2-12 años,</b> dosis inicial 0,63 mg o 1,25 mg 3-4 veces al día vía nebulizador.</p> <p><b>Mayores de cuatro años:</b> aerosol 2 inhalación cada 4-6 horas o 1 inhalación cada cuatro horas. Broncoespasmo por ejercicio: 2 inhalación 15-30 min antes de la actividad.</p> <p><b>6-12 años:</b> comprimidos, dosis inicial 2 mg 3-4 veces al día, máximo 24 mg/día 2-5 años.</p> <p><b>6-12 años</b> con asma severa a mayor de 40 Kg. u <b>11-12 años:</b> dosis inicial 1,25 mg de 3-4 veces por siete días.</p> <p><b>Mayores de 12 años:</b> 2 inhalación cada 4-6 horas, o 1 inhalación cada cuatro horas. solución 2,5 mg 3-4 veces al día con nebulizador. Comprimidos dosis inicial: 2-4 mg 3-4 veces al día, máximo 8 mg 4 veces al día. Broncoespasmo provocado por ejercicio: aerosol 2 inhalación 15 minutos antes de la actividad.</p> <p><b>Adulto: broncoespasmo:</b> aerosol 2 inhalación cada 4-6 horas, o 1 inhalación cada cuatro horas. Dosis inicial 4-8 mg cada 12 horas, máximo 32 mg al día. solución 2,5 mg 3-4 veces al día por nebulizador.</p> <p>Broncoespasmo provocado por ejercicio: aerosol 2 inhalación 15 min. hasta 30 min. Antes de la actividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A/P<sup>(1)</sup>: se informó sobre reacciones de hipersensibilidad. Se informaron casos fatales a causa de uso excesivo.</li> <li>■ Precaución con trastornos cardiovasculares, especialmente insuficiencia coronaria, arritmias de HTA.</li> <li>■ Pueden ser necesarios agentes antiinflamatorios, concomitantes.</li> <li>■ Puede producir broncoespasmo paradójico.</li> <li>■ Precaución con DM, puede producir hipocaliemia (proventil/proventil HFA/ventolin HFA). Interrumpir si ocurre broncoespasmo paradójico o eventos cardiovasculares. Evitar el uso excesivo.</li> <li>■ Precaución en casos de insuficiencia coronaria, arritmias HTA, DM, hipertiroidismo, convulsiones, sensibilidad a simpaticomiméticos.</li> <li>■ Pueden ocurrir reacciones de hipersensibilidad, pueden causar hipocaliemia transitoria.</li> <li>■ E/L<sup>(2)</sup>: categoría C, no usar durante el período de lactancia.</li> <li>■ EA<sup>(3)</sup>: exacerbación de asma, otitis media, reacción alérgica, gastroenteritis, síntomas de resfrío, irritación de garganta, infecciones respiratorias virales, inflamación respiratoria superior, tos, dolor músculo-esquelético.</li> </ul>	<p>Para el alivio del broncoespasmo en pacientes mayores de cuatro años que padecen enfermedad obstructiva reversible de las vías respiratorias: para la prevención del broncoespasmo inducido por ejercicio en pacientes mayores de cuatro años.</p>

**DEXTROSA (o glucagón):** antihipoglucémicos, el glucagón causa un incremento en la concentración de glucosa en la sangre, es eficaz en pequeñas dosis y no se informó sobre ninguna evidencia de toxicidad con su uso. El glucagón actúa solamente sobre el glucógeno del hígado y lo convierte en glucosa, para controlar la hipoglucemia, también puede emplearse la administración de dextrosa al 50%.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Ampollas de vidrio: 50 ml	<p>Una velocidad de 10 ml/min; la mayoría de los pacientes recupera la conciencia rápidamente (5-10 min); en algunos pacientes pueden ser necesarios 50 ml adicionales; se les debe dar un suplemento de hidratos de carbono lo antes posible. Generalmente se tolera bien.</p> <p><b>Pacientes pediátricos:</b> 0,5-1 g/Kg./dosis: D50W (dextrosa 50% en agua) se diluye 1:1 para obtener D25W (dextrosa 25% en agua) y evitar la hipertonicidad. Debe administrarse un suplemento de hidratos de carbono lo antes posible, especialmente a niños/niñas y adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A/P<sup>(1*)</sup>: usar con precaución en pacientes con disfunción renal, diabetes mellitus o intolerancia a los carbohidratos, cuando la infusión de dextrosa es al 5% o 10% para evitar hipoglucemia reactiva.</li> <li>■ Contraindicaciones: alergia al maíz o a los productos derivados del maíz.</li> <li>■ No utilizar soluciones concentradas de dextrosa en pacientes con: anuria, coma diabético e hiperglucemia, hemorragia intracranial o intraespinal, delirium tremens en pacientes deshidratados, síndrome de mala absorción de glucosa, galactosa.</li> <li>■ E/L<sup>(2*)</sup>: categoría C, no se comprobó su seguridad en el período de lactancia.</li> <li>■ EA<sup>(3*)</sup>: reacción en el lugar de la inyección, hiperglucemia, toxicidad por aluminio en pacientes con disfunción renal, alteraciones en fluidos y electrolitos (ej. hipocaliemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia), glucosuria.</li> </ul>	Para el tratamiento de reacciones hipoglucémicas graves. Los pacientes con diabetes tipo I no responden tan bien en los niveles de glucosa en sangre como lo hacen los pacientes diabéticos del tipo II estable.

**ACIDO ACETIL SALICÍLICO (aspirina):** recomendado en la etapa previa a la internación en caso de infarto de miocardio que ocurre fuera del hospital, sus propiedades fibrinolíticas pueden ayudar en la reperfusión del miocardio isquémico.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Comprimidos 100-325-500 mg	<p>Adultos: accidente cerebrovascular isquémico/AIT: 50-325 mg 1 v/d.</p> <p>Sospecha de IM agudo: dosis inicial 160-162,5 mg 1 v/d, tan pronto se sospeche de IM. Mantenimiento 160-162,5 mg 1 vez al día durante 30 días después del infarto, considerar tratamiento adicional para prevención del infarto del miocardio o en caso de que sea recurrente.</p> <p>Prevención o IM recurrente/angina inestable/angina crónica estable: 75-325 mg 1 v/d CABG: 325 mg 1 v/d, comenzar 6 horas después de la cirugía. Continuar durante 1 año.</p> <p>Angioplastia coronaria transluminal percutánea: dosis inicial: 325 mg 2 horas antes de la cirugía. Mantenimiento 160-325 mg 1 v/d; endarterectomía de carótida: 80 mg 1 v/d hasta 650 mg 2 v/d comenzar antes de la cirugía. AR<sup>(6*)</sup>: dosis inicial: 3 g por día en dosis divididas. Para lograr eficacia antiinflamatoria aumentar a 150-300 mg/ml, el nivel plasmático del salicilato.</p> <p>Espondiloartropatías: hasta 4 g/día en dosis divididas, hasta 3 g día en dosis dividida.</p> <p>Artritis/pleuresía por LES<sup>(5*)</sup>: dosis inicial 3 g/día en dosis divididas. Para lograr eficacia antiinflamatoria aumentar a 150-300 mg/ml el nivel plasmático del salicilato.</p> <p>Dolor: 325-650 mg cada 4-6 horas, máximo 4 g al día.</p> <p><b>Pacientes pediátricos:</b> AR<sup>(6*)</sup> juvenil: dosis inicial 90-130 mg/Kg./día en dosis divididas, para lograr eficacia antiinflamatoria aumentar a 150-300 mg/ml el nivel plasmático del salicilato.</p> <p><b>Mayores de 12 años:</b> en caso de dolor: 325-650 mg cada 4-6 horas, máximo 4 g al día.</p>	<p>A/P<sup>(1*)</sup>: mayor riesgo de sangrado con el consumo excesivo de alcohol (más de tres vasos día). Puede inhibir la función plaquetaria; puede afectar negativamente trastornos sanguíneos hereditarios (hemofilia) o contraindicados (enfermedad hepática, deficiencia de vitamina K).</p> <p>Controlar posible hemorragia y ulceración.</p> <p>Evitar en caso de antecedentes de úlcera péptica activa, insuficiencia renal severa, insuficiencia hepática severa y dietas restringidas en sodio.</p> <p>Si se asocia con niveles elevados en las PFH, BUN y creatinina sérica: hipercaliemia; proteinuria; mayor tiempo de sangrado.</p> <p>Evitar una semana antes del parto y durante el trabajo de parto.</p> <p>Contraindicaciones: alergia a los AINES, infecciones virales en los niños/niñas y adolescentes síndrome de asma, rinitis y pólipos nasales.</p> <p>E/L<sup>(2*)</sup>: debe evitarse en el tercer trimestre del embarazo y durante el período de lactancia. EA<sup>(3*)</sup>: Fiebre, hipotermia, arritmias, hipotensión, agitación, edema cerebral, deshidratación, hipercaliemia (potasio alto); dispepsia, sangrado GI, hipoacusia, tinnitus, problemas en el embarazo.</p>	<p>Para fibrinólisis cuando hay sospecha de infarto de miocardio: administrado en la etapa pre hospitalaria del tratamiento.</p>

(1\*) A/P: Advertencias/Precauciones. (2\*) E/L: Clasificación de riesgo en el embarazo/consideraciones en el período de lactancia. (3\*) EA: Espondilitis anquilosante.

(4\*) LP: Liberación prolongada. (5\*) LES= Lupus eritematoso sistémico. (6\*) AR= Artritis reumatoidea.

## RADIOGRAFÍA DENTO-MAXILOFACIAL

**DEFINICIÓN**

Radiografía: es la especialidad médica que se ocupa de generar imágenes del interior del cuerpo y específicamente del macizo cráneo facial (cráneo, cara y piezas dentarias) mediante diferentes agentes físicos, campos magnéticos, etc. Y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico, en menor medida para el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades, también se le denomina genéricamente radiodiagnóstico o diagnóstico por imágenes.

**PRINCIPALES PROYECCIONES MAXILOFACIALES CRANEALES****Occipitomentoniana estándar (0° OM):**

- Senos.
- Fracturas.
- Tercio medio facial.
- Complejo zigomático.
- Complejo naso etmoidal.
- Estallido orbitario.
- Fractura de apófisis coronoides.

**Occipitomentoniana (30° OM):**

- Fracturas del tercio medio facial Le Fort I, II, III.
- Fracturas de la apófisis coronoides.

**Postero-anterior del cráneo (PA craneal):**

- Fracturas de bóveda craneal.
- Evaluación de senos frontales.
- Enfermedades que afectan el cráneo.
- Paget ósea.
- Mieloma múltiple.
- Hiperparatiroidismo.
- Calcificaciones intracraneales.

**Postero-anterior de la mandíbula (PA de la mandíbula):**

- Fracturas de la mandíbula.
- Lesiones como quistes y tumores.
- Hipoplasia o hiperplasia mandibular, deformidades maxilofaciales.

**Proyección de Towne invertida:**

- Fracturas altas de los cuellos condilares.
- Fracturas intracapsulares de la ATM.
- Hipoplasia o hiperplasia condilar.

**Postero-anterior rotada (PA rotada):**

- Litiasis.
- Cálculos de las glándulas parótidas.
- Lesiones como quistes o tumores.
- Infección submaseterino.

**Craneal lateral verdadera:**

- Fractura del cráneo y la base craneal.
- Fracturas del tercio facial medio.
- Evaluación de senos.
- Enfermedades sistémicas.
- Condiciones que afectan la silla turca.
- Tumores hipofisarios.

**Submentovertex (SMV):**

- Lesiones destructivas y expansivas que afectan el paladar.
- La región pterigoidea o la base del cráneo.
- Evaluación del seno esfenoidal.
- Evaluación del espesor (medio lateral) de la parte posterior de la mandíbula.
- Fractura de los arcos cigomáticos.

**CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PACIENTES, INCLUIDOS EL CONTROL DE LAS INFECCIONES**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hepatitis B (viral HB).</li> <li>■ Hepatitis C.</li> <li>■ VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).</li> <li>■ Tuberculosis.</li> <li>■ Herpes labial (VHS).</li> <li>■ Rubéola.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sífilis.</li> <li>■ Difteria.</li> <li>■ Parotiditis.</li> <li>■ Gripe.</li> <li>■ Encefalopatías espongiiformes transmisibles (EET).</li> </ul> |
|---|---|

“Es más seguro , por tanto, que el personal sanitario asuma que todos los pacientes suponen un posible riesgo de infección; la edad y la clase social no es una limitación y que adopte precauciones universales”.

## DIFERENTES TOMAS RADIOGRÁFICAS

### Radiografía periapical

#### Indicaciones principales:

- Detección de una inflamación/infección apical.
- Evaluación del estado periodontal.
- Tras un tratamiento dental y del hueso alveolar asociado.
- Evaluación de la presencia y la posición de dientes que aún no han erupcionado.
- Evaluación de la morfología de las raíces previa a una extracción.
- Durante una exodoncia.
- Evaluación preoperatoria y control post operatorio de una cirugía apical.
- Evaluación detallada de quistes apicales y otras lesiones dentro del hueso alveolar.
- Evaluación post operatoria de implantes.

#### Estudio completo seriado:

- Adultos 16 placas.
- Niños/niñas 8 placas.

#### Aletas de mordida:

- Detección de lesiones de caries.
- Monitorización de la caries dental.
- Evaluación de las obturaciones existentes.
- Valoración de la situación periodontal.

#### Oclusales:

- Proyecciones oclusivas del maxilar inferior y la mandíbula.

#### Indicaciones:

- Evaluación periapical de los dientes superiores anteriores.
- Detección de la presencia de caninos sin erupcionar.
- Dietes supernumerarios y odontomas.

- Como proyección de la línea media cuando se utiliza el método de paralelaje.
- Evaluación del tamaño y la extensión de las lesiones.
- Evaluación de fractura de los dientes anteriores. De acuerdo a las técnicas.

#### Radiografía cefalométrica:

- Ortodoncia, cirugía ortognática.
- Cefalométrica PA.
- Evaluación de asimetrías faciales y comparaciones.

#### Tomografía:

- Evaluación de la altura, el grosor y la textura de los maxilares antes de la colocación de implantes.
- Evaluación de senos maxilares.
- Valoración de fracturas faciales.
- Evaluación de la extensión de las fracturas.
- ATM.

#### Radiografía panorámica:

- Piezas retenidas o diente no erupcionado.
- En caso de una boca muy descuidada.
- Para evaluación del hueso periodontal.
- Para valoración de molares del juicio.
- Como parte de la evaluación ortodóntica.
- Para evaluar fracturas de todas las partes de la mandíbula excepto en la región anterior.
- Patología sinusal.
- Enfermedades de la ATM.
- Altura vertical del hueso para planificación previa de implantes.

#### Radiografía digital:

- Periapical.
- Panorámica.
- Y otras.