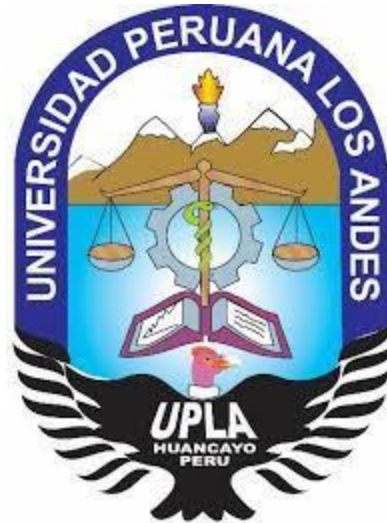


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TITULO : **TRATAMIENTO DE UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO CON ENDODONCIA**

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Yanet Escarleth Nuñez Loli

Asesor : MG. Hospinal P Escajadillo Jane

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución de Investigación: Clínica Privada

HUANCAYO – PERÚ 2022

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía y a mi pequeña hija Zoe por ser mi motivo de todos los días.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes y a la Escuela Profesional de Odontología, por cobijarme en sus aulas, a mis docentes por su entrega en compartir sus experiencias.

A mis padres, hermano e hija por alentarme y decirme que nunca es tarde para culminar con este hermoso proceso.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el tratamiento correcto de un Absceso Alveolar Agudo realizando una endodoncia en la pieza afectada.

Usualmente el Absceso Alveolar Agudo se produce por el deterioro que provoca la caries, que conlleva a la exposición de la pulpa dental, otra de las causas es la higiene dental descuidada, y complicaciones asociadas a enfermedades periodontales o por traumatismo. En esta situación, se debe realizar un diagnóstico correcto de forma rápida e iniciar ya el tratamiento de endodoncia junto con la parte radiográfica en cada avance donde se observará la evaluación junto con la medicación de manera interconducto y medicación de parte oral; logrando así un tratamiento exitoso.

PALABRAS CLAVE: Absceso Alveolar Agudo, Endodoncia, Absceso Agudo, Caries profunda.

CONTENIDO

	Pág
I. PRESENTACIÓN	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Resumen	4
Contenido	5
Contenido de figuras	7
II.-INTRODUCCIÓN	8
2.1. Planteamiento del Problema	8
2.2. Diagnóstico de la salud general	9
2.3. Objetivos	9
III.-MARCO TEORICO	10
3.1. Antecedentes	10
3.2. Bases teóricas	13
IV.- CONTENIDO	19
4. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	19
4.1. Historia clínica	19
4.2. Examen clínico general	22
4.3. Evaluación integral	23
4.4. Diagnóstico y pronóstico	24
V.- PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	26
5.1. Formulación del Plan de tratamiento general	26
5.2. Plan de control y mantenimiento	31

VI.- DISCUSION	33
VII.- CONCLUSIONES	35
VIII.- APORTE	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39
- Consentimiento informado	39
- Anexos auxiliares	41

CONTENIDO DE FIGURAS

Foto 1. Anestesia

Foto 2. Apertura cameral del diente 2,1

Fotografía 3. Odontometría y Drenaje

Fotografía 4 Limpieza y remoción producto séptico

Fotografía 5. Apósito antimicrobiano

Fotografía 5. Apósito antimicrobiano

Fotografía 7. Endodoncia propiamente dicha con Instrumentación química mecánica

Fotografía 8. Secado

Fotografía 9. Medicación

Fotografía 10. Desinfección del conducto

Fotografía 11. Conometria

Fotografía 12. Obturación del conducto

Fotografía13. Proceso de sellado

Fotografía 14. Radiografía de control

II.-INTRODUCCIÓN

“Los Abscesos Alveolares Agudos constituyen una de las infecciones de etiología bacteriana más frecuentes que se observan en el servicio de prácticas, es una de las razones más comunes por la que los pacientes acuden a consulta, este originalmente se da por caries profundas y penetrantes, muchas veces acompañado de una fistula enrojecida a nivel de la pieza dentaria afectada”^{1,2}.

El absceso apical alveolar es una urgencia que puede devenir en algunos casos en emergencia, el paciente entrará en contacto con el consultorio dental con dolor y varios síntomas relacionados con la enfermedad aguda, solicitando alivio, en esta situación, se debe realizar un diagnóstico correcto en forma rápida e iniciar ya el tratamiento, es de vital importancia evitar que la infección se propague en el organismo del paciente y pueda causar problemas graves.” El absceso alveolar agudo es un proceso séptico bucal donde el organismo crea una barrera defensiva circunscribiendo el área afectada dando lugar a la multiplicación de bacterias, degradación tisular, formación de pus, el absceso alveolar agudo debe ser tratado adecuadamente y sin pérdida de tiempo para evitar la extracción del diente en caso de complicaciones severas”³.

2.1. Planteamiento del Problema

“Las infecciones de la cavidad bucal ,usualmente, son resultado del deterioro que provoca la caries, que conlleva a la exposición de la pulpa dental, otra de las causas es la higiene dental descuidada o inadecuada, y complicaciones asociadas a enfermedades periodontales, que pueden repercutir en la aparición de procesos infecciosos; el absceso alveolar agudo (AAA) es un proceso inflamatorio agudo, caracterizado por la formación de pus, que afecta los tejidos que envuelven la región apical y tiene una evolución rápida que causa un dolor violento, este puede ser causado por agentes físicos, químicos y microbianos que son originados por alteraciones inflamatorias irreversibles del órgano pulpar y una posterior infección; los microorganismos que causan la infección pulpar pueden pasar del interior del canal radicular para el periápice y provocar la infección, en algunos casos puede ser causado por el estomatólogo, por medio de movimientos inadecuados, en casos de penetración del desinfectante, provoca extrusión de materiales tóxicos y microorganismos para la región apical.”⁴.

2.2. Diagnóstico de la salud general

“El diagnóstico del absceso alveolar agudo, se da en forma cotidiana, en la consulta odontológica y es muy importante, conocer su manifestación común al visualizarse un exudado purulento causante de dolor, este absceso es en si el resultado del agravamiento de la periodontitis apical aguda en una pulpa infectada necrótica, en un absceso, es de señalarse que hay excesiva concentración bacteriana, presentes están los estafilococos y estreptococos, los cuales se pueden cultivar, es de señalar que en algunos casos de absceso alveolares agudos no se pudo demostrar un tipo específico de microorganismo, debido a que el material purulento está constituido en forma mayoritaria, por células leucocitarias y de bacterias muertas, entre

los signos y síntomas, se presentan, tumefacción ligera o intensa, dolor a la percusión y palpación como sensibilidad al diente que cede al presionar continuamente el diente en su alveolo, más adelante el dolor es severo, pulsátil con inflamación de tejidos blandos, el diente se siente elongado, doloroso y móvil, afectando de igual a los dientes vecinos y puede aparecer fistula que sana por granulación y presentarse lejos del diente afectado, dentro de su sintomatología general puede presentarse palidez, irritabilidad, decaimiento por dolor, pérdida del sueño y absorción de toxinas y en algunos casos más avanzados el paciente tendrá fiebre, síntoma significativo para el clínico, porque constituye un indicio de que existe una infección”⁵.

2.3. Objetivos

- Describir el manejo clínico de un diente anterior 21 con diagnóstico de absceso alveolar agudo y adecuado uso de materiales y herramientas de trabajo.
- Describir la clasificación del absceso alveolar agudo en etapas y la antibioterapia

III.-MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes

Tapia M. et al. (2017); en un artículo de categoría de casos clínicos titulado “Absceso Alveolar Agudo como Urgencia Odontológica; afirma que los Abscesos Alveolares Agudos constituyen una de las infecciones de etiología bacteriana más frecuentes que se observan en el servicio de prácticas odontológicas integrales (SEPOI) con motivo de urgencia, consideran realizar una historia clínica completa y determinar un diagnóstico certero, para lograr un tratamiento eficaz que elimine el foco infeccioso, como conclusiones, dicen que ; la asistencia urgente de pacientes que presentan como diagnóstico un Absceso Alveolar Agudo, permite mediante los conocimientos necesarios resolver, la infección, la inflamación, considerando siempre el drenaje como primera acción de tratamiento en presencia de un caso clínico como éste, el tratamiento puede ser conservador o no dependiendo del estado general del paciente y de la pieza dentaria en cuestión, resulta de suma importancia adquirir estos conocimientos para identificar la causa y decidir el tratamiento correspondiente a cada caso en particular que se presente con urgencia en el Sepoi”⁶.

Cuzco L.(2017); da conocer su trabajo de investigación al que llama “Absceso Dentoalveolar Agudo en pieza dentaria #11 en paciente de 40 años sexo femenino; presenta el caso de una paciente con dolor pulsátil, con fistula en el diente 1,1,este presenta, restauración simple por la cara palatina, a la radiografía periapical, IRL a nivel apical y el ligamento periodontal engrosado y caries recidivante, ante los signos y síntomas, diagnostica que se trata de un absceso dentoalveolar agudo el que se define como una colección localizada de pus en el hueso alveolar que envuelve el ápice de un diente que presenta muerte pulpar con extensión de la infección por medio del foramen apical a los tejidos perirradiculares, como conclusión afirma que la causa más común de los abscesos dentoalveolares agudos son los desajustes cavitarios y las caries recidivantes, las cuales sumados a otros factores ,producen esta patología a los

pacientes; depende de la fase clínica en que se encuentre el Absceso Dentoalveolar Agudo, para que su evolución sea satisfactoria, la cual será directamente proporcional a ella, considera que, la fase I de esta patología constituye la más importante para diagnosticar, tratar y así disminuir considerablemente la gravedad del mismo ofreciendo menos complicaciones del cuadro clínico”⁷.

Ruiz L.(2018); presenta una investigación denominada “Tratamiento de absceso periapical agudo: Reporte de caso clínico; considera que las bacterias presentes en un conducto radicular pueden migrar a los tejidos periradiculares, llegando a provocar un absceso apical agudo (AAA), que podría evolucionar a una celulitis, el diente de por si es un foco de infección, se presenta como un cuadro clínico con dolor leve o intenso e inflamación, que se puede extender a los espacios faciales, como síntomas hay, fiebre, escalofríos, cefalea y náuseas, da a conocer el caso de Paciente masculino de 50 años de edad, quien manifestaba, dolor en la región posterosuperior derecha, al explorar presenta, inflamación y asimetría facial, intraoralmente, observó inflamación de la encía por vestibular a nivel de los dientes 1.4 y 1.5 y radiológicamente, observó caries interproximal que se extendió en sentido apical de la unión cemento-esmalte del diente 1.4 y 1.5; como plan de tratamiento realizo el drenaje del absceso, extracción del diente 1.4 y endodoncia, para el diente 1.5; como conclusión sustenta que : El tratamiento de endodoncia y extracción redujeron los síntomas del paciente, por tanto el tratamiento se considera exitoso”⁸.

Tomer A.et al (2018) presenta una investigación a la que llaman “Treatment of Acute Apical Abscess by Endodontic Management (Tratamiento del absceso apical agudo mediante manejo endodóntico; El absceso apical agudo es la enfermedad dental más común. Se forma cuando la infección del conducto radicular viaja a los tejidos periapicales seguidos de la formación de

pus. Un médico debe tener una idea completa sobre el manejo y regímenes que se administran mejor para tratar la enfermedad, el propósito de este artículo fue describir la endodoncia tratamiento de un absceso apical agudo en una joven mujer de 21 años, quien presentó inflamación extraoral de tejidos; como conclusión; Para una endodoncia exitosa, se debe reducir la hinchazón periapical, el cual se obtiene por una combinación entre un antibiótico sistémico y el tratamiento de endodoncia”⁹.

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Absceso alveolar agudo

“El absceso alveolar agudo es un proceso séptico bucal donde el organismo crea una barrera defensiva circunscribiendo el área afectada dando lugar a la multiplicación de bacterias, degradación tisular, formación de pus”¹⁰.

“El Absceso Alveolar Agudo puede ser resultado de un trauma o irritación química o mecánica. La causa generalmente es la invasión bacteriana del tejido pulpar necrótico, en la mayoría de los casos el absceso se presenta en un saco periodontal preexistente; siendo éste un factor importante en la etiología, los tejidos epiteliales pueden volver a adherirse a la raíz del diente mientras que permanecen bacterias y desechos en la porción apical del saco, el absceso contiene bacterias, subproductos bacterianos, células inflamatorias, productos de la degradación tisular y suero, la destrucción tisular es causada principalmente por las células inflamatorias y sus enzimas extracelulares”¹⁰.

El absceso alveolar agudo según, Pacheco¹¹ “Es una colección de pus localizada en el hueso alveolar a nivel del ápice radicular de un diente, resultante de la muerte de la pulpa, con expansión de la infección a los tejidos periapicales a través del foramen apical, se acompaña de

reacción local intensa y a veces reacción general, en consecuencia, el absceso agudo puede considerarse un estadio evolutivo ulterior de una pulpa necrótica o putrescente, en el que los tejidos periapicales reaccionan intensamente ante la infección”¹¹.

Sinónimos:

“absceso alveolar agudo (Grossman, Castellucci), absceso agudo, absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo (Lima Machado, Leonardo), absceso periapical agudo, absceso radicular agudo, absceso apical sintomático (Ingle), periodontitis apical irreversible sintomática purulenta (Canalda)”¹².

Causas

“A pesar de que un absceso agudo puede ser resultado de trauma o de irritación química o mecánica, la causa inmediata es generalmente la invasión bacteriana del tejido pulpar necrótico, a veces, ni cavidad ni restauración están presentes en el diente, pero el paciente refiere historia de trauma, debido a que el tejido pulpar está encerrado sólidamente, el drenaje es imposible y la infección continúa extendiéndose en la dirección de menor resistencia, esto es, a través del foramen apical y consecutivamente el ligamento periodontal y el hueso perirradicular”¹².

3.2.2. Clasificación del absceso alveolar agudo

Clasificación del absceso alveolar agudo en etapas:

Fase inicial o Absceso periapical sin fistula: “En esta etapa podemos observar Dolor intenso, espontaneo, pulsátil, localizado, dolor a la percusión apical y a la percusión, sensación de tener un diente agrandado, el material purulento se localiza en la membrana periodontal, en las alternativas terapéuticas ante esta fase tenemos el alivio oclusal del diente que refiere dolor, abertura coronaria, penetración desinfectante, ampliación del foramen apical, medicación intraconducto, prescripción de antibiótico y analgésico, se debe llevar un estudio continuo de la evolución de la patología al tratamiento”¹³.

Fase en evolución: “encontramos que el paciente refiere dolor espontáneo, de menor intensidad que en la fase inicial, edema evidente sin punto de fluctuación, el edema y material purulento invadió espacio medular y alcanzó la región del subperiosteos, se procederá igual que la fase anterior adicionalmente se indicara aplicar bolsa de agua tibia sobre la zona inflamada y enjuagues de agua tibia y sal, más el uso de analgésicos y antibióticos”¹³.

Fase evolucionada: “Presenta dolor espontaneo, edema evidente con punto de fluctuación, aumento volumétrico del área agredida, el material purulento alcanzó la región del subperiosteos y submucosa, para su tratamiento además del protocolo mencionado en las fases anteriores se analiza la presencia o no de drenaje intraconducto; drenaje intrabucal o extrabucal cerca del punto de fluctuación; atención especial y asistencia completa al paciente hasta el término del tratamiento, además del uso de antiinflamatorio y antibiótico”¹³.

3.2.3. Vías microbianas de acceso

“Para que la colonización de las bacterias llegue al conducto radicular y al peri ápice es necesario conocer las vías de acceso que estas tienen para producir enfermedades, las vías de acceso son: Túbulo dentinarios, por medio de la lesión cariosa o durante intervenciones odontológicas y así los microorganismos pueden llegar a la pulpa, estudios experimentales sugieren que la invasión se da cuando el grosor de la dentina alcanza como máximo 0.2mm entre los límites cariosos y pulpar y que es garantizado por el proceso de división celular favorecido a veces por los efectos de la masticación”¹⁴.

Cavidad abierta: “La exposición pulpar directa, sea de origen traumático u origen operatorio que rompe la barrera física impuesta por las estructuras dentarias poniendo a la pulpa en contacto con el ambiente séptico de la cavidad oral”¹⁴.

Membrana Periodontal: “Por medio de la membrana periodontal, los microorganismos del surco gingival pueden alcanzar la cámara pulpar utilizando un conducto lateral o el foramen apical, vía que puede ser facilitada a los microorganismos por ejemplo durante una profilaxis dentaria, y a consecuencia de una luxación, y más significativamente a partir de la migración de la inserción epitelial durante el establecimiento de una bolsa periodontal”¹⁴.

Corriente sanguínea: “La invasión microbiana a través de esta vía depende de una bacteremia y septicemia, según investigaciones la colonización de la pulpa por este medio es favorecida por el fenómeno de la anacoresis, que consiste en la localización de microorganismos en las áreas del hospedero que presenta previamente resistencia disminuida favoreciendo los mecanismos del agresor, mecanismo aún discutido en la actualidad”¹⁴.

3.2.4. Tratamiento endodóntico en absceso alveolar agudo

“Un absceso alveolar puede clasificarse en agudo y crónico, dependiendo la cronicidad de la enfermedad, el absceso alveolar agudo se caracteriza por su comienzo súbito, y rápida evolución, el paciente afectado presenta dolor espontáneo e intenso, además de sensibilidad del diente a la presión”¹⁴.

Se realiza el diagnóstico

Exploración clínica, percusión y palpación, en búsqueda de dolor, luego respuesta ante estímulos térmicos. “La infección siempre tenderá a expandirse hacia las zonas de menor resistencia, hasta encontrar una salida donde pueda drenar, formando una fístula. Cuando esto ocurre, identificaremos al absceso como crónico”¹⁴.

Diagnóstico Diferencial: Se realiza en referencia a un “Absceso Periapical.- en un Absceso periapical el dolor es agudo, intermitente, grave y difuso, el paciente será incapaz de localizar el diente afectado, por otra parte, en un Absceso Alveolar el dolor es sordo, constante y menos grave pero localizado, el dolor a la percusión es muy fuerte en el Absceso Periapical; mientras que en el Absceso Alveolar el dolor a la percusión es menos enérgica, esta reacción grave a la percusión se considera por muchos clínicos expertos como patognomónico, de infección pulpar”¹⁴.

Tomar radiografías, examen auxiliar para observar la presencia de lesión radiolúcida apical, y el ligamento periodontal si esta ensanchado.

Diagnóstico radiográfico

“Las radiografías dentales son obligatorias para el diagnóstico final, en presencia de un absceso apical agudo radiográficamente, se puede ver una radio lucidez, alrededor de la parte apical del diente afectado, esta lesión puede variar considerablemente de tamaño y puede ser muy

pequeña o incluso ausente por completo, si se puede detectar una radio lucidez, el absceso apical, agudo se deriva de la exacerbación de una situación asintomática crónica previa, lo que también se puede observar radiográficamente es que el diente, afectado suele presentar una lesión cariosa profunda, un tratamiento restaurador o endodóntico previo o una fractura”¹⁵.

La terapia:

1. Se retira tejido pulpar necrótico, drenaje para la evacuación del pus.
2. En presencia de hinchazón, el pus es posible eliminar realizando, una incisión para el drenaje, en determinados casos se puede colocar drenaje, también se puede drenar a través del conducto radicular, inclusive combinar ambas técnicas, se puede sobre instrumentar levemente.
3. Limpiar el conducto radicular infectado, para lograr eliminar microorganismos “La selección de una solución irrigadora no debe ser aleatoria, el parámetro debe ser regido por el caso clínico en cuestión, para que se obtenga el mejor resultado cuanto a la limpieza, saneamiento e instrumentación, es muy importante que el profesional reconozca las propiedades químicas de la solución irrigadora seleccionada”¹⁵. Se puede emplear como solución irrigadora hidróxido de calcio diluido en solución anestésica, para luego lavar con agua destilada.
4. Realizada la limpieza dejar apósito antimicrobiano como hidróxido de calcio. (“ hay, cierta controversia sobre si dejar o no el diente abierto para el drenaje, dejar el diente abierto presenta una oportunidad para que los microorganismos de la cavidad bucal reinfecten o colonicen el conducto radicular, en muy raras ocasiones, no se puede controlar el drenaje de pus o exudado del conducto radicular; en esta situación, dejar el diente abierto puede ser una opción y, de ser

así, se recomienda ver al paciente dentro de las 24 h para un tratamiento adicional y una reevaluación”¹⁵).

5. Antibióticos: “La literatura disponible apoya el uso de antibióticos cuando el paciente presenta complicaciones sistémicas, situaciones, como fiebre, celulitis, linfadenopatía, disfagia, cierre del ojo, hinchazón facial y / o trismo y para abscesos en pacientes inmunodeprimidos, la razón principal para recetar antibióticos a estos grupos es porque existe un mayor riesgo de una infección secundaria, que puede llevar a la propagación de bacterias a la circulación sanguínea, en general si hay condiciones predisponentes adversas se receta un antibiótico, aunque ,actualmente la AAE y la ESE, parecen haber llegado a un acuerdo en cuanto al uso de antibióticos como coadyuvante al tratamiento endodóntico ”¹⁵.

IV.- CONTENIDO

4. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

ECTOSCOPIA

Paciente de sexo femenino, de 40 años de edad, acude a consulta por un severo dolor en la zona de los incisivos superiores.

4.1 HISORIA CLINICA

ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDO: Rita Lloclla Silva **EDAD** 40 años.

SEXO: Femenino. **ESTADO CIVIL:** Casado.

DOMICILIO: Av., José Olaya 520-Huancayo.

OCUPACIÓN: Empleada.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Churcampa- Huancavelica 01/02/1981.

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo.

MOTIVO DE CONSULTA: “Siento mucho dolor”.

TIEMPO DE ENFERMEDAD: 2 meses.

• **INICIO:** Refiere que hace 1 año se hizo un tratamiento de operatoria en el incisivo superior.

Apareció una mancha negra en la zona palatina, que luego se formó una cavidad más amplia

CURSO: La cavidad se hizo más grande cada día, en ocasiones presentaba ligero dolor a la ingesta de líquidos fríos y calientes; presencia de dolor a la masticación que se incrementó en los dos últimos meses.

• SIGNOS Y SINTOMAS:

Actualmente es asintomático a la prueba de vitalidad pulpar.

Sintomático a la percusión vertical y horizontal pieza 2,1

ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)

Al examen clínico extraoral presenta inflamación en la zona anterior superior vestibular de los incisivos centrales, la paciente refiere que hace 2 meses sintió leve dolor a la masticación, el cual se ha ido incrementado hasta el día de la consulta, el dolor se caracteriza por ser un severo dolor pulsátil, continuo intenso, localizado en pieza dentaria 2,1 con inflamación por vestibular de los tejidos, presencia de posible colección de pus localizado, dolor a la masticación y tumefacción de tejidos blandos

FUNCIONES BIOLÓGICAS

• SUEÑO: Alterado SED: Normal APETITO: Normal

• ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 65 kg

ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mama: No refiere Papa: No refiere

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Ninguno

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Ninguno

➤ HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

➤ INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Cesaría

➤ TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

4.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG

✓ Funciones vitales

❖ PA: 120/80mmHg

❖ PULSO: 70ppm

❖ TEMPERATURA: 37.5°

❖ FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20rpm

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

A.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO EXTRA ORAL:

❖ CABEZA: Normocéfalo

❖ OJOS: S.A.E.

❖ OIDOS: S.A.E.

❖ NARIZ: S.A.E.

❖ CARA: Normo Facial

❖ ATM: S.A.E.

❖ GANGLIOS: S.A.E.

4.3.-EVALUACIÓN INTEGRAL

❖ LABIOS: S.A.E

CARRILLOS: S.A.E

❖ PALADAR DURO: S.A.E.

❖ PALADAR BLANDO: S.A.E.

❖ LENGUA: Presencia de lengua saburrada en toda la cara dorsal

❖ ISTMO DE LAS FAUCES: S.A.E

❖ PISO DE BOCA: S.A.E.

❖ REBORDE GINGIVAL: Inflamada y edematosa zona anterior

❖ OCLUSIÓN: R.M.D: Clase I, R.M.I: Clase I, R.C.D: Clase I, R.C.I: Clase I

SISTEMA DENTARIO: Superior: 14; Inferior: 14

➤ REGIÓN ANATOMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA:

Región superior anterior en la pieza dental 2,1

➤ INSPECCIÓN: restauración por cervico palatino en mal estado compatible con material provisorio, extenso con caries recidivante, inflamación.

➤ PERCUSIÓN: Sintomático

➤ PALPACIÓN: Sintomático

➤ MOVILIDAD DENTARIA: No presenta

Región anatómica comprometida. - Región anterior superior vestibular Región del incisivo.



En antecedentes odontológicos refiere que se realizó obturaciones en las piezas 11; 15; 16; 21;24; 26; 36; 46.

Exodoncias de piezas 17; 24; 37; 48.

4.4. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Absceso apical agudo del diente 21

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO



Interpretación Imagenológica: sombra radiolúcida en diente 21, presenta bordes definidos a nivel apical lo hace compatible con absceso apical.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Absceso alveolar agudo diente 21

“La eliminación del tejido pulpar necrótico y el pus son factores esenciales para promover la curación, seguido de un tratamiento de Endodoncia en el diente 21”¹⁵.

PRONOSTICO

“No es posible dar un pronóstico para el tratamiento del absceso apical agudo basado en la literatura disponible actual, ya que no se encontraron datos sobre el resultado del tratamiento, hay grandes estudios disponibles que investigan el resultado del tratamiento de conducto inicial tratamiento, sin embargo, estos estudios no especifican el absceso apical agudo como factor pronóstico o por estar presente al comienzo de los estudios de resultado, los únicos datos que se pueden encontrar con respecto al resultado del absceso apical agudo son sobre el beneficio de la suplementación con antibióticos sobre los síntomas durante el proceso de curación, debido al hecho de que estos estudios solo analizan el posible efecto sobre el alivio del dolor, los datos recopilados no se pueden utilizar para determinar el pronóstico”¹⁵. sin embargo en nuestra investigación “Se observó una reducción de la lesión periapical y la hinchazón observada en el presente caso clínico, que se obtuvo mediante tratamiento endodóntico seguido de combinación con un antibiótico sistémico, para una endodoncia exitosa”⁶.

V. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

5.1.- Formulación del Plan de tratamiento Integral

Primera cita

Foto 1. Anestesia. - Se emplea anestesia tópica al 5% y al 2% Técnica infiltrativa en zona aledaña a la lesión, porque se puede diseminar proceso infeccioso.



Fuente: Propia de la investigación.

Foto 2. Apertura cameral del diente 2,1

Se aísla el campo operatorio y con una fresa diamantada, mediana redonda, se realiza la remoción de la obturación defectuosa, hasta llegar a la cámara pulpar.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 3. Odontometría y Drenaje. - a través del conducto radicular, se empleó una lima tipo k # 20 con 22mm, se procede con la radiografía la longitud real fue de 22mm llegando al CDC. para drenar se agrega 1 mm y con sumo cuidado se introduce la lima.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 4 Limpieza y remoción producto séptico. - Para neutralizarlo, empleamos solución de hidróxido de calcio disuelto en lidocaína.



Fuente: Propia de la investigación

Fotografía 5. Apósito antimicrobiano como hidróxido de calcio.



Fuente: Propia de la investigación

Fotografía 6. Antibióticos

“Actualmente la AAE y la ESE, parecen haber llegado a un acuerdo en cuanto al uso de antibióticos como coadyuvante al tratamiento endodóntico ”¹⁶.

“Amoxicilina con ácido clavulánico. 875 mg/125 mg cada doce horas durante siete días”¹⁷.

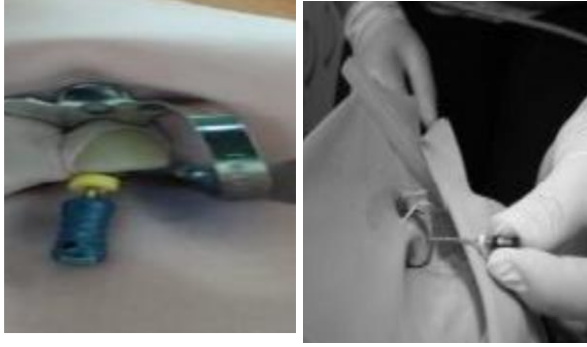


Fuente: Propia de la investigación.

Segunda cita

Fotografía 7. Endodoncia propiamente dicha con Instrumentación química mecánica

Se coloca el instrumento con la longitud real de 22 mm se empleó las limas Números 15,20 25 ,30,35,40, hasta la lima 80 con técnica retrograda, cada vez que la lima se retiraba se lavaba con son una solución de hidróxido de calcio.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 8. Secado. - Realizado con cono de papel número 80.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 9. Medicación.

Se deja hidróxido de calcio químicamente puro en asociación con suero fisiológico colocar en forma pastosa con una lima en este caso se empleó la lima 40, taponándolo con un algodón pequeño.



Fuente: Propia de la investigación.

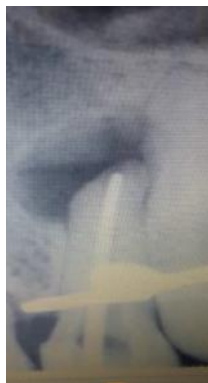
Tercera cita

Fotografía 10. desinfección del conducto, se realiza con hidróxido de calcio diluido en agua destilada, terminando de lavar.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 11 Conometria, se esperó 30 días hasta que cedieron los signos y síntomas del Absceso alveolar agudo para obturar.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 12. Obturación del conducto, colocación de gutapercha.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 13 Proceso de sellado, realizado con ionómero de vidrio.



Fuente: Propia de la investigación.

Fotografía 14 Radiografía de control 7 días después de obturado.



Fuente: Propia de la investigación.

5.2.- Plan de control y mantenimiento

El cuidado postoperatorio es sumamente importante, se realizará controles periódicos inclusive radiográficos, mantener buena higiene oral y realizar colutorios con antiséptico.

VI.- DISCUSION

Para Tapia³ “El absceso alveolar agudo (AAA) es un proceso inflamatorio agudo, caracterizado por la formación de pus, que afecta los tejidos que envuelven la región apical y tiene una evolución rápida que causa un dolor violento, este puede ser causado por agentes físicos, químicos y microbianos que son originados por alteraciones inflamatorias irreversibles del órgano pulpar y una posterior infección”³.definición que se condice con nuestro trabajo además es de señalar que hay sinónimos “absceso alveolar agudo (Grossman, Castellucci), absceso agudo, absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo (Lima Machado, Leonardo), absceso periapical agudo, absceso radicular agudo, absceso apical sintomático (Ingle), periodontitis apical irreversible sintomática purulenta (Canalda)”. En relación al tratamiento antibiótico del absceso alveolar agudo Sanchez⁵ afirma “Con respecto al tratamiento estrictamente antibiótico que puede emplearse Según Soares y Goldberg tenemos la Penicilina G benzatinica 600,000 UI por vía IM, la Amoxicilina 500mg por vía oral, para pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda el uso de Clindamicina 300mg vía oral o Azitromicina 500 mg por Vía oral La cobertura antibiótica deberá extenderse como mínimo 48 horas después de la remisión de los signos y síntomas, por lo común se usan por 7 días;en casos de infecciones q no responda al uso de penicilinas se puede recetar Metronidazol de 350 y 400 mg administrados juntos con la amoxicilina En casos de terapia profiláctica en pacientes con portadores de válvulas cardiacas protésicas, de cardiopatías congénitas, cardiopatías reumáticas una posología de 2 g de Amoxicilina tomadas 2 horas antes de la intervención reducirá los riesgos de diseminación del proceso infeccioso”⁵.Es de anotar que a este respecto Oei y Hülsmann¹³ ;afirman “En una revisión reciente, Cope et al analizaron el efecto de los antibióticos sistémicos para el tratamiento de los abscesos apicales agudo, en su revisión basada en Cochrane llegaron a la conclusión de que la literatura disponible hasta la fecha es de muy baja calidad, sin evidencia sobre la eficacia de los antibióticos para este propósito, sin embargo, la pregunta sigue

siendo por qué no se produjo ningún efecto, especialmente porque se sabe que las bacterias involucradas son susceptibles a la penicilina. Fouad et al explicaron que un antibiótico solo puede funcionar si puede infiltrarse en el tejido inflamado y llegar al área infectada., en segundo lugar, incluso si puede llegar al lugar de la inflamación, debe haber una concentración suficientemente alta del antibiótico para que sea eficaz, la literatura disponible apoya el uso de antibióticos cuando el paciente presenta complicaciones sistémicas, como fiebre, celulitis, linfadenopatía, disfagia, cierre del ojo, hinchazón facial y / o trismo y para abscesos en pacientes inmunodeprimidos”¹⁶.En referencia al pronóstico del absceso alveolar agudo “No es posible dar un pronóstico para el tratamiento del absceso apical agudo basado en la literatura disponible actual”¹⁶.sin embargo en nuestra investigación al igual que la investigación de Ruiz⁸ “Se observó una reducción de la lesión periapical y la hinchazón observada en el presente caso clínico, que se obtuvo mediante tratamiento endodóntico seguido de combinación con un antibiótico sistémico, para una endodoncia exitosa”⁸.

VII.- CONCLUSIONES

- Se concluye en que es muy importante realizar un diagnóstico adecuado y correcto en casos de absceso alveolar agudo, antes de efectuar un tratamiento endodóntico, asimismo se debe conocer la técnica precisa como es la retrograda en estos casos.
- “No es posible dar un pronóstico para el tratamiento del absceso apical agudo basado en la literatura disponible actual”¹³.
- Los abscesos dentoalveolares agudos tienen como causa las caries recidivas y desajustes cavitarios y el éxito del tratamiento está en relación directa a la fase clínica en que se encuentre siendo la fase inicial y de menor complicación para su resolución.

VIII.- APORTES

- En el tratamiento de un absceso alveolar agudo con endodoncia se deben efectuar, diagnósticos completos, acompañados de exámenes auxiliares que sean adecuados, antes de un tratamiento.
- Realizar un debido protocolo y emplear las técnicas correctas en el tratamiento de un absceso alveolar agudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia M, Colombo C, Zanelli.R. "Absceso alveolar agudo como urgencia odontológica." II Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI-PPS) (La Plata, 2017). 2017.
2. Cuzco L. Absceso Dentoalveolar Agudo en pieza dentaria# 11 en paciente de 40 años sexo femenino. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil.2017., p. 68
3. Rodríguez M; Tejeda N. Tratamiento pulpar radicular con ozono en pacientes con absceso alveolar agudo. Sancti Spíritus. 2014. Gaceta Médica Espirituana, 2017, vol. 19, no 3.
4. Rojas A, et al. Absceso alveolar agudo en pacientes mayores de 19 años. Municipio Unión de Reyes. Revista Médica Electrónica, 2017, vol. 39, no 3, p. 451-459.
5. Sánchez D. Importancia de la antibióticoterapia en abscesos alveolares agudos. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2014.
6. Tapia M, Colombo C, Zanelli.R. "Absceso alveolar agudo como urgencia odontológica." II Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI-PPS) (La Plata, 2017). 2017.
7. Cuzco L. Absceso Dentoalveolar Agudo en pieza dentaria# 11 en paciente de 40 años sexo femenino. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil.2017, p. 58
8. Ruiz L. "Tratamiento de absceso periapical agudo: Reporte de caso clínico." Revista Mexicana de Estomatología 4.1 (2017): 71-72.
9. Tomer A, et al. Treatment of Acute Apical Abscess by Endodontic Management. Asian Pacific Journal of Health Sciences. 5. 257. 10.21276/apjhs.2018.5.3.37. 2018.
10. Rodríguez M; Tejeda N. Tratamiento pulpar radicular con ozono en pacientes con absceso alveolar agudo. Sancti Spíritus. 2014. Gaceta Médica Espirituana , 2017, vol. 19, no 3.

11. Pacheco V. Manejo de emergencia en pacientes con absceso alveolar agudo en la Facultad Piloto de Odontología en el año 2015. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad de Piloto de Odontología, 2016.
12. Patología periapical de origen pulpar Mexico Iztacala [Consultado el 25 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas8Patperiapical/aguabsdefinicion.html>
13. Sharma R, et al. Vuelva a hacer una revisión de la lesión endo-perio. IP Revista Internacional de Periodoncia e Implantología, 2020, vol. 5, no 2, pág. 48-52.
14. Quito Tacury, Hamilton Kevin. Papel del agente microbiano en la etiología de la infección pulpar y periapical. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2014.
15. Ramírez et al. Tratamiento Endodóntico de un Absceso Alveolar Agudo. Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. [Consultado el 25 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>.
16. Oei A, Hülsmann M. Acute apical abscess: etiology, microbiology, treatment and prognosis, ENDO (Lond Engl) 2018; 12 (2): 75–85.
17. Lorenty L. Análisis comparativo de la Azitromicina y la Amoxicilina en el Absceso Alveolar Agudo. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad de Odontología, 2013.
18. Consentimiento informado para endodoncia; [citado el 24 de Junio del 2021]. disponible en; <https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/ENDODONCIA.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA¹⁸

Yo, Rita Lloclla Silva , con DNI No. 10879787, mayor de edad, y con domicilio en la Av. José Olaya N° 520, DECLARO Que el Bachiller en Odontología YANET NUÑEZ LOLI me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento endodóntico de mi pieza dentaria , para los que me ha informado debidamente de lo siguiente: 1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, del interior del diente para evitar secuelas dolorosas o infecciosas 2. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado también que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara que normalmente va a desaparecer en dos o tres horas. Igualmente me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, más infrecuentemente, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, excepcionalmente, la muerte. También puede provocar la administración de anestesia urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, es decir asfixia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente. 3. La intervención consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente 4. Se me ha informado, que, a pesar de realizar correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso

quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo. También me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y me ha indicado que es frecuente que el diente o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares. 5. Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. He comprendido lo que se me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia.



Huancayo Julio del 2021

Rita Lloclla Silva

DNI 1087978

Anexo 2

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Yo YANET NUÑEZ LOLI. Con DNI N°73050044 , domicilio legal en LIMA, bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad de Odontología ,me **COMPROMETO** a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar, si en la elaboración de mi investigación titulada: **“TRATAMIENTO DE UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO CON ENDODONCIA ”**, se haya consignado datos falseados, plagio, auto plagio, etc. Por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría, con datos auténticos, reales con respeto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas.



Huancayo, Julio del 2021

Nombres apellidos: YANET NUÑEZ LOLI

DNI N°73050044

