

## INFECCIONES MAXILO-FACIALES ODONTOGENAS TRATAMIENTO QUIRURGICO

EDUARDO CURUCHAGA\*

### I.- INTRODUCCION

Está dirigido a los procesos sépticos de origen dentario, de carácter agudo y circunscriptos en sus etapas dento-óseas y de partes blandas.

El inicio séptico más frecuente es una gangrena pulpar, cuya primera manifestación clínica es una periodontitis. La infección ganará al medular óseo y en su evolución provocará la reacción del periostio (periostitis), constituyéndose la osteoperiostitis (O.T.P.).

Como todo cuadro inflamatorio, en su etapa evolutiva y en ausencia de tratamiento debe pasar por dos períodos: seroso y flemonoso.

**CLÍNICA:** No vemos ninguna diferencia fundamental entre uno y otro período, salvo la presencia de pus que tipifica el último estadio. Ambos están dominados por un dolor de mayor o menor intensidad, espontáneo sobre el diente causal (periodontitis). El mismo se presenta con cierta movilidad y elongado de manera que articula primero que los demás exacerbando aún más el dolor; el enfermo mantiene su boca entreabierta.

La mucosa del vestíbulo muéstrase congestiva y luego edematizada en el área correspondiente al diente causal. Su palpación es dolorosa (periostitis).

En la O.T.P. flemonosa se describen y debido a la fusión ósea, el absceso dento-alveolar (A.D.A.), el absceso intraóseo o ciego de la Escuela Francesa, como continentes del pus, el cual mediante una fístula ósea se verterá bajo el periostio constituyéndose el absceso subperióstico (A.S.P.). El dolor se agudiza aún más y ha sido descrito por algún autor (1) "como menor solamente al del cólico nefrítico". Recuérdese la abundante inervación del periostio, tanto que ha sido considerada como una verdadera vaina neural.

En este período el enfermo rehúye toda maniobra de palpación. El mismo (A.S.P.) se presenta pequeño, recio, tenso (2). Debido a esto y al rechazo del paciente a la palpación su ubicación precisa se hace difícil, sobre todo en zonas profundas: fosa canina, retro malar y borde antero-inferior del masetero, etc.

Una estancia más o menos breve tiene el pus bajo el periostio, necrosando al mismo, si evoluciona por dentro del buccinador ganará al fondo de surco dando el absceso submucoso (A.S.M.) cediendo toda sintomatología dolorosa. En este estadio puede haber o no una respuesta del tejido conjuntivo (celulitis serosa). Si la hay, coexisten en el tiempo ambos cuadros y cuando la infección se propa-

ga por fuera del buccinador gana los espacios celulares de cara.

Conviene detenerse brevemente en el análisis de las reacciones inflamatorias, cuya magnitud o gravedad están determinadas por los dos parámetros fundamentales: agresividad bacteriana y capacidad reaccional del organismo. A menudo se olvida que las posibilidades de cura de una infección dependen de las defensas del organismo en última instancia, de este modo se explican los diferentes grados de gravedad de una infección de uno u otro huésped.

En la reacción inflamatoria hay que distinguir dos tipos de edemas (2), uno el edema inicial que es la tumefacción provocada por líquidos serosos en torno a un foco inflamatorio agudo y que puede alcanzar dimensiones considerables en muy poco tiempo (horas). Es la celulitis serosa, que regresa rápidamente eliminada la causa.

El otro es el edema inflamatorio secundario que acompaña a toda reacción más agresiva, purulenta, de más tiempo de evolución, de localización profunda. Este edema es elemento conducente para su diagnóstico. Eliminada la causa o vencida la infección no regresa rápidamente como el primero, ya que es un verdadero infiltrado inflamatorio.

### II.- AVULSION EN AGUDO

Debe hacerse y cuanto antes mejor.

Yugula la infección en su inicio.

La antibioterapia sola como tratamiento asestado a la infección no hace más que entretener el proceso, impedirá su difusión, pero no cura, lo hará crónico.

En cambio la exodoncia permite eliminar el agente etiológico precozmente, el drenaje purulento o seroso del hueso (aquí recién se confirma o no la presencia de un A.D.A.), el drenaje del A.S.P. el cual puede ayudarse con la "expresión alveolar de Sebilleau" (3) y la evacuación del A.S.M. Si éste no se drena en las maniobras de una sindesmotomía profunda o legrado y exodoncia, se incide en su parte más declive. La misma conducta para el A.S.P. (Fig. 1 y 2).

La avulsión en el fondo, no es más que un drenaje (maniobra quirúrgica que facilita la salida de líquidos al exterior) (4).

Luego de la extracción el suministro de antibióticos está indicado durante tres o cuatro días.

\* Clínica Quirúrgica y Servicio de Urgencia. Fac. Odontología





Fig. 1

- A= A.D.A
- B= Fístula Osea - Ab. Intraoseo
- C= A.S.P.
- 3= Drenaje por Incisión
- 1= Drenaje Alveolar

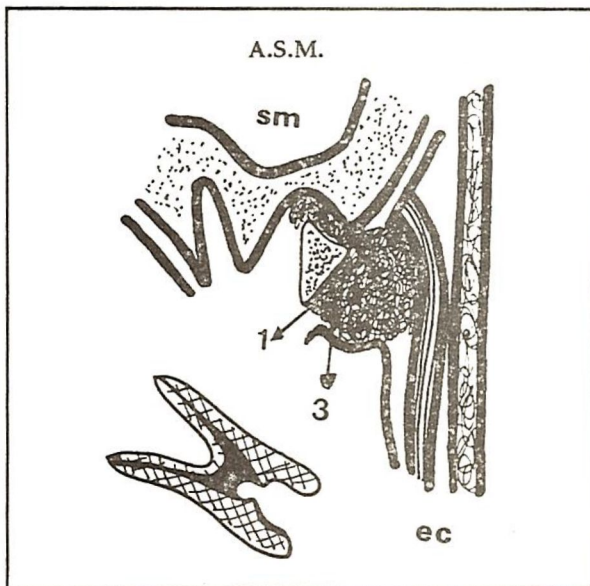


Fig. 2

- 1- Drenaje Vía Sindesmotomía.
- 3- Drenaje por Incisión.

Para las colecciones peri y para maxilares, la misma conducta avulsionista y máxime cuando la infección tiene una tendencia gangrenosa (3). Independientemente de un franco drenaje del flemón o absceso que será la primera maniobra terapéutica. Si un trismus no impide la exodoncia, las dos maniobras pueden efectuarse simultáneamente.

Conceptualmente resulta difícil establecer contraindicaciones a la avulsión en agudo, más bien son limitaciones que pueda tener el propio odontólogo. Con todo nos abstenemos en los cordales inferiores semiretenidos.

Un trismus es un impedimento sólo de orden mecánico que puede ser vencido, no siempre, mediante el procedimiento anestésico del Prof. Laguardia.

### III.- DRENAJES ENDO-BUCALES

#### A.- MAXILA SUPERIOR.

Ya dejamos establecido que muchos abscesos se drenan en el acto de la avulsión. Si se sigue una conducta conservadora practicar una incisión en su parte más declive previa anestesia infiltrativa sobre el absceso. Una pinza hemostática fina abre la herida permitiendo el escurrimiento del pus. Puede dejarse un dren.

Nos queremos detener en algunos procesos que por su importancia clínica, de tratamiento o de gravedad merecen una consideración especial.

**ABSCESO FOSA CANINA:** Proviene del diente de su mismo nombre, del primer premolar, más raramente del incisivo lateral. Autores (5-6) dan también como dientes etiológicos premolares, primer y segundo molar. Este absceso llena la fosa con tendencia a invadir el ángulo interno del ojo, por debajo del músculo canino y del cigomático mayor. El edema borra el surco nasogeniano, edematiza el párpado inferior con cierre del ojo y borra la pared lateral de la nariz. El drenaje se establece mediante la incisión en el fondo de surco y debridar a profundidad con pinza hemostática fina. Obligatorio dejar dren.

La tardanza del drenaje puede ser de complicaciones severas y aún mortales. La infección puede propagarse a través del tejido celular perivenoso de la vena angular-oftálmica al seno cavernoso (trombo-flebitis).

**PROCESOS DE LA FOSA PTERIGO-MAXILAR:** A punto de partida del tercer o segundo molar superior, ganan la región por encima del buccinador y por detrás de la base del malar. Región profunda, rica en vasos y en tejido celular, se comunica directamente a base de cráneo a través del trasfondo de la fosa pterigo-maxilar. De ahí la gravedad de estos procesos que imponen un drenaje rápido (2-6).

Aunque un trismus en general presente (ptorigoideo horizontal) permite igualmente incidir la mucosa y el buccinador en el fondo del surco, inmediatamente por detrás de la cresta cigómato-malar. Introducir una pinza hemostática roma (Pean) rozando la tuberosidad, divulgar hasta lograr el drenaje. Mantener un dren.



**ABSCESO DE LA BOVEDA PALATINA:** No reviste la gravedad potencial de los anteriores, pero es llamativo la capacidad de recidiva que poseen aún eliminada la causa etiológica. Dos conductas hemos seguido. Una ampliar la incisión del drenaje anterior, (que fue ubicada en su parte más declive, es decir contra el cuello dentario), lo cual determina un verdadero colgajo que permita curetear el hueso y cauterizar con ácido fénico las granulaciones de la fibromucosa palatina. En otras, y por que hemos tenido recidiva post procedimiento anterior, es la excéresis completa de la "tapa" del absceso, dejar expuesto al hueso y guiar la cicatrización.

Estos abscesos suelen adquirir grandes volúmenes, ocupando casi totalmente la bóveda palatina, y hacia atrás el edema invade al paladar blando.

**ABSCEOS LABIAL Y PISO FOSA NASAL:** A partir de los incisivos centrales, menos de los laterales que evolucionan más frecuentemente a la bóveda palatina, la infección forma un absceso que guiado por el mirtiforme colecta en el fondo del surco y en el nacimiento del labio. Provoca un grosero edema del labio, borrando el surco naso-geniano. El drenaje se efectúa mediante una incisión en el fondo del vestíbulo.

Es frecuente que la infección vía del medular óseo o del conducto naso-palatino (2) constituya un absceso en el piso de las fosas nasales con tendencia a la fistulización rápida. Se evacúan de manera espontánea en la exodoncia, o de lo contrario a través de la narina previa anestesia tópica con pantocaína.

#### B.- MAXILAR INFERIOR.

**EVOLUCIONES ANTERO-EXTERNAS:** Una localizada por encima del buccinador originada seguramente por una pericoronaritis del 3º molar que determina un absceso en huso desde su origen hasta aproximadamente el 2º premolar. Drenaje por incisión de la mucosa sobre el domo del mismo, previa anestesia infiltrativa.

Otra localizada por debajo del buccinador, en el cuadrado de Chompret-L'Hirondel (Fig.3), cuyo origen puede ser el mismo que el anterior o provenir de procesos apicales del 2º o 1º molar. Es un típico "flemón paramaxilar". Puede evolucionar hacia piel edematizando toda el área y borrando la basilar. Cuando así lo hace, se drena por piel, según lineamientos que más adelante expondremos. Con frecuencia y a través del hiatus buccinatriangular se colecta en el fondo del surco a nivel del 2º premolar. Su drenaje se establece mediante incisión en igual forma que el anterior evitando toda profundización innecesaria, puesto que el paquete mentoniano puede ser lesionado. Por otra parte, en las maniobras de exodoncia, del diente causal con frecuencia se evacúan sin necesidad de otra maniobra.

De los dientes frontales evolucionan, hacia el fondo de surco, su drenaje se efectúa según lo anteriormente expuesto. Con todo, de los incisivos y fundamentalmente centrales pueden evolucionar hacia la piel del mentón.

**EVOLUCIONES ANTERO-INTERNAS:** Estos abscesos que hemos descrito tienen una condición de franca benignidad, pero no ocurre lo mismo con los que evolucionan hacia la vertiente interna. Alojados en zonas ricas en tejido conjuntivo laxo como son la celda sublingual y la submaxilar, que se comunican con facilidad con los espacios parafaríngeos y ptérigo-maxilar a través de los hiatus ptérigo-milohioideo (7) y lo mismo hacen por detrás del borde posterior del milohioideo (7) invadiendo la celda submaxilar infecciones iniciadas en la región sublingual. La dinámica de la lengua y piso de boca le imprimen también un elemento que agrava estos cuadros. Las infecciones submaxilares pueden tener propagaciones vitales.

Dice Trauner: "Estas infecciones pueden propagarse en sentido superior hacia la base de cráneo o en sentido inferior al cuello. El punto clave de ambas posibilidades de propagación es la mayoría de sus veces el espacio parafaríngeo. En el borde posterior del milohioideo se unen las celdas sublingual y submaxilar en un espacio limitado por la parótida, la rama ascendente del maxilar inferior (externamente) y la pared externa de la faringe (internamente) (Fig.4).

Espacio que se abre hacia arriba a lo largo del músculo pterigoideo (oblicuo) en la fosa cigomática y hacia abajo en la vaina de los grandes vasos, respectivamente a lo largo de la pared faríngea para llegar al cuello. Es, por consiguiente de gran importancia precisar si resulta atacado este espacio parafaríngeo".

Por lo tanto el espacio o los espacios como algunos autores los clasifican, parafaríngeos pueden ser invadidos desde la submaxilar. Pero también lo pueden ser, como veremos más adelante, por una infección directa desde una pericoronaritis del 3º molar inferior.

Así como la apófisis cigmato-malar divide la cara vestibular del maxilar superior en dos zonas: una anterior de menor gravedad; y otra posterior, más grave, relacionada con la fosa ptérigo-maxilar. De igual manera el milohioideo divide al maxilar inferior en dos zonas: una superior menos grave, la celda sublingual; y otra inferior, la celda submaxilar.

Como el milohioideo se inserta en la línea homónima, y esta corre en sentido pósterio-anterior, los ápices de los molares están más relacionados con la región submaxilar, de manera que las infecciones provenientes de estos dientes atacan con mayor frecuencia la celda submaxilar. Mientras que los dientes frontales, atacan la sublingual. Si la infección persiste, resultan ambas tomadas.

La clínica de las infecciones de la celda sublingual muestra: elevación del piso de boca con la glándula sublingual empujada por el pus localizado debajo de ella, del lado afectado. La lengua elevada y desviada hacia el lado sano. Disfagia, dolor localizado. No hay trismus.

Tumefacción externa casi nula, salvo que la infección invade la zona submentoniana.

**Tratamiento:** El drenaje es intrabucal localizando la incisión, 2 cms. aproximadamente de largo, rasante a la cara interna del maxilar inferior, con lo cual se evita



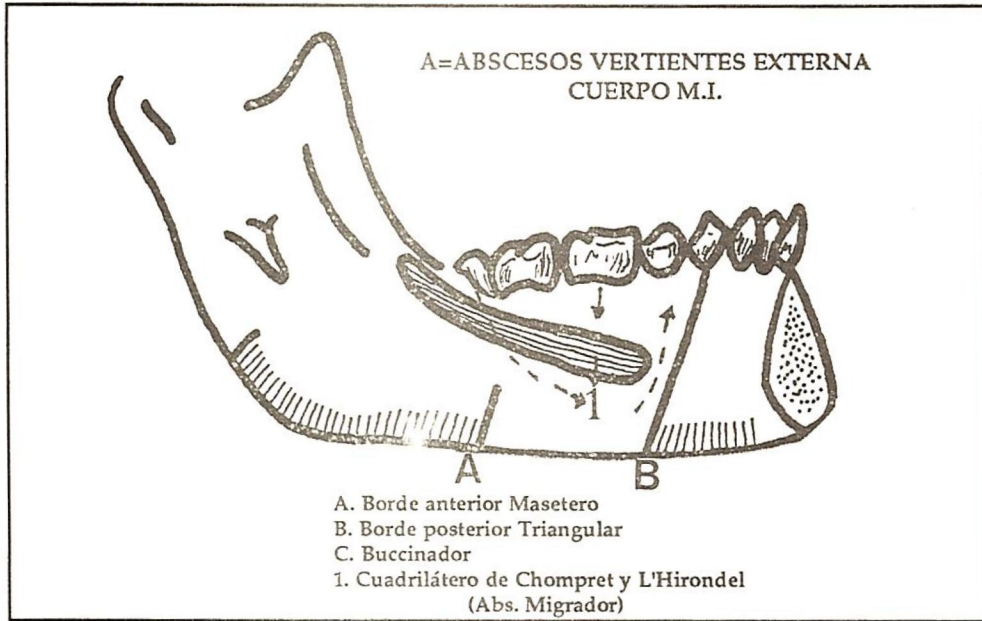


Fig. 3

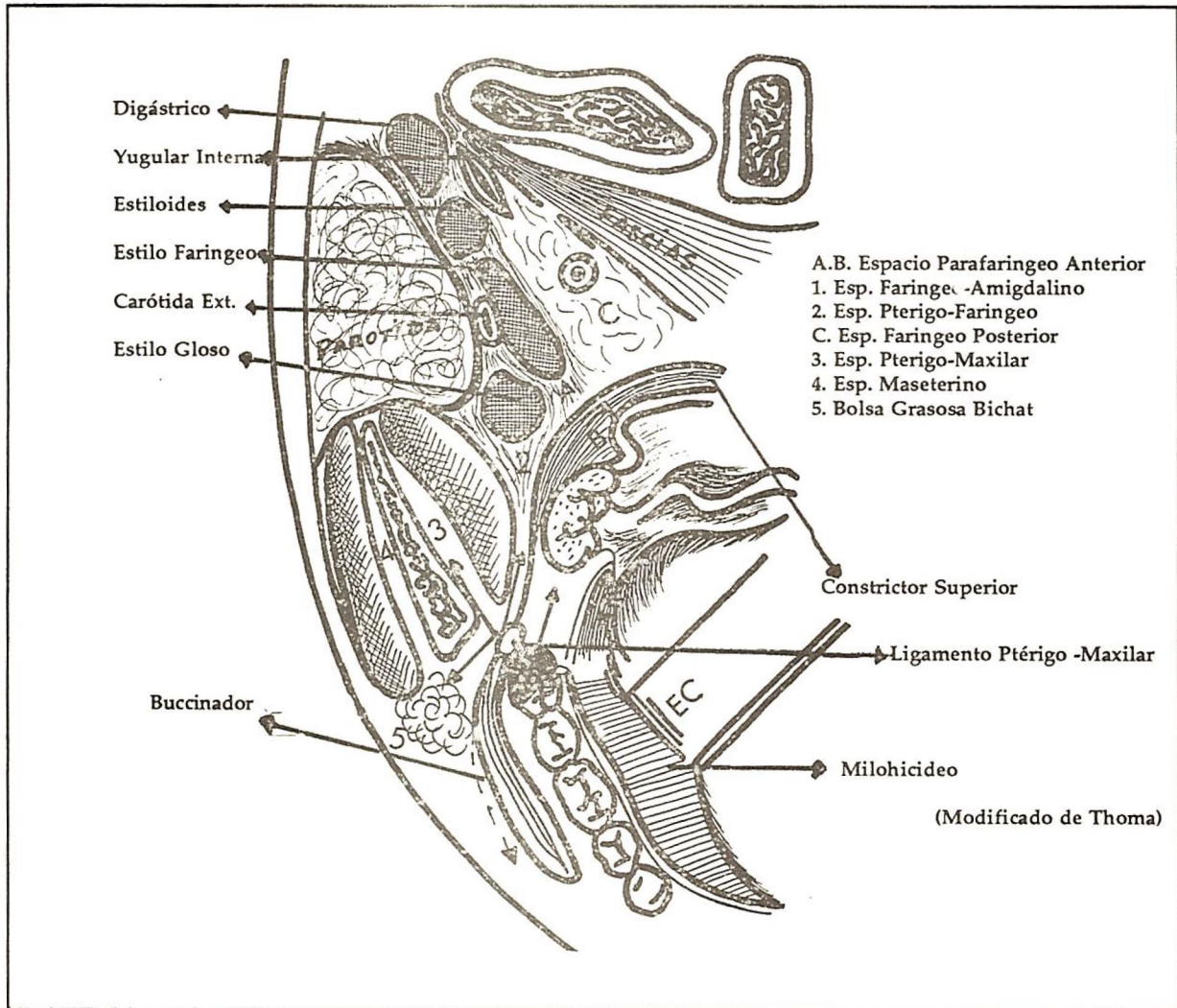


Fig. 4



lesionar la glándula, el nervio lingual y el conducto de Wharton (Fig.5). Debridar con una pinza hasta localizar y evacuar el absceso. Dejar dren.

**Infecciones submaxilares:** La celda submaxilar se encuentra vecina a la piel del cuello, al ser atacada por la infección, ésta reacciona con una voluminosa tumefacción por debajo del ángulo y el borde del maxilar inferior, de consistencia dura (edema secundario), muy doloroso a la presión; la piel presenta un rosado intenso. No hay fluctuación porque la flegmacia es profunda, rodea al maxilar por su cara interna y su borde (absceso perimaxilar (Fig. 6).

La disfagia siempre está presente, el piso de boca por lo general no se presenta elevado. Dolor espontáneo linguo-maxilar. El trismus no siempre se establece.

**Tratamiento:** Incisión horizontal localizada a 1 1/2 a 2 cms. por debajo del borde del maxilar y por detrás de la arteria y vena facial, de una extensión de 2 cms. Se seccionan piel, músculo cutáneo y aponeurosis cervical superficial, de manera que la incisión también es profunda. Introducir una pinza hemostática a profundidad y debridar cuidadosamente la región evacuando su contenido. Tiene razón Thoma (6) al decir, "cuando el absceso está profundamente situado es algunas veces necesario abrir el periostio del maxilar inferior, recordando al proceder de esta manera que los abscesos subperiósticos se hallan con frecuencia en la cara lingual del maxilar inferior por debajo de la línea milohioidea". Dejar dren.

Si ambas celdas fueron tomadas, se combina el drenaje externo con el intrabucal.

Los flemones submaxilares (Flemón basilar de Sebileau (3), se presentan con bastante frecuencia y por su ubicación y profundidad potencialmente son graves. Por lo tanto no hay que esperar los signos de fluctuación para evacuarlos; debe procederse rápidamente; por lo demás siempre debe pensarse en la posibilidad de viraje de la flora y transformarse en una a marcha gangrenosa lo que avala aún más la actitud anterior.

#### EVOLUCIONES A PARTIR DEL 3º MOLAR INFERIOR

Las infecciones originadas a partir de este diente, devienen en su patología más frecuente, la pericoronaritis. (Fig.4)

En contraposición a la patología apical (que también puede dar las mismas complicaciones infecciosas), la pericoronaritis es superficial y de partes blandas. Su tratamiento y luego la exodoncia precoz del cordal evitaría muchos cuadros de infecciones severas. Basta recordar que la zona del 3º molar se relaciona a través de espacios osteo-musculares y celulares a base de cráneo, celdas sublingual y submaxilar, y región geniana.

Las evoluciones ántero-externa y ántero-internas condicionan localizaciones que ya fueron descritas, así como su tratamiento.

#### EVOLUCION

**POSTERO-EXTERNA:** Es la supuración de la logia mase-

terina. La colección se colecta entre el músculo y el hueso, luego de atravesar el músculo buccinador en su inserción en la fosa retromolar.

La celda maseeterina es férrea, de manera que al inicio la deformación es poco marcada, luego puede formarse una intensa tumefacción por encima del ángulo mandibular. El trismus intenso, impide una palpación prolija de la zona y ésta es sumamente dolorosa. La palpación externa muestra una zona dura y despierta gran dolor.

La inflamación puede extenderse de preferencia (2) hacia el carrillo (zona geniana media). Algunos autores llaman al espacio maseetero-maxilar, espacio submaseeterico.

**Tratamiento:** Para el abordaje de esta colección (Flemón de Cavina y Maccaferri) pueden seguirse dos vías. Una intrabucal (Fig. 7) practicando una incisión vertical por fuera del borde anterior de la rama montante, incidiendo la mucosa y el buccinador, luego divulsionar a pinza hemostática larga. Pero esto es posible sólo venciendo el trismus. De lo contrario recurrimos al drenaje por vía externa practicando una incisión que interesa la piel y músculo cutáneo a 1 ó 2 cms. por debajo del ángulo, decolar hasta la inserción del músculo, seccionar algunos haces del maseetero que permitan la entrada de la pinza que busca el absceso. Establecida la evacuación, dejar dren.

#### EVOLUCION

**POSTERO-INTERNA:** Son tres sus localizaciones. En el espacio ptérgico-mandibular (Flemón de Escat). Los flemones parafaríngeos localizados entre el pterigoideo oblicuo y el constrictor superior de la faringe. Entre la amígdala y el constrictor (flemones periamigdalinos). La etiología odontógena de estos últimos es negada por casi todos los autores.

El espacio ptérgico-maxilar alberga abundante tejido conjuntivo laxo y célula-adiposo, y un plano neurovascular dados por los nervios bucal, lingual y dentario inferior con la arteria y vena homónima. Este contenido neural hace que la respuesta dolorosa sea muy intensa de tipo pulsátil, y junto con el trismus marcadísimo sean los síntomas primarios de la infección, porque la tumefacción bucal o submaxilar van a aparecer gradualmente. La (2) palpación del ángulo del maxilar es dolorosa, pero no es patognómica puesto que se le encuentra en las infecciones parafaríngeas. La palpación bucal se encuentra imposibilitada por falta de apertura bucal. Salvo en sus comienzos y ésta es sumamente dolorosa; a la inspección se ve edematizado y rojo el pilar anterior, pudiendo encontrarse la úvula en iguales condiciones.

Exprofeso hemos dejado para el final, una posibilidad etiológica, yatrogénica. El uso de agujas mal esterilizadas en la conducción de anestésicos regionales en la zona. Incluso Schuchardt la cita como etiología más frecuente que la de origen dentario.

**Tratamiento:** El drenaje de los abscesos ptérgico-maxilares puede efectuarse, bajo anestesia general para vencer el trismus, desde la boca, practicando una incisión algo por dentro del borde anterior de la rama montante



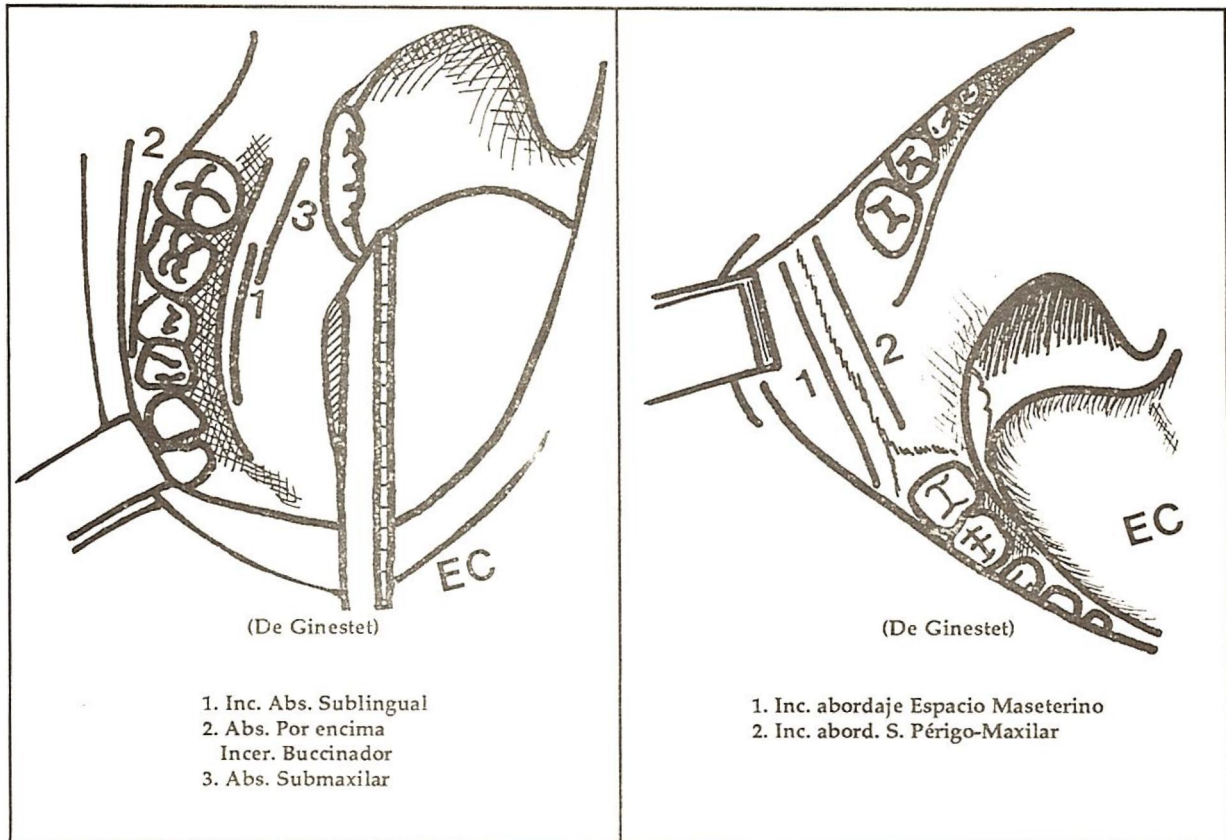


Fig. 5

Fig. 7

(Fig. 7). Introducir una pinza larga hacia atrás y abajo buscando el punto más declive del absceso. Divulsionar el mismo y drenarlo, hay que tener mucho cuidado de evitar la aspiración del pus que mana. Este abordaje está muy indicado en el comienzo de la inflamación de la región, tropieza con el inconveniente que la herida tiene tendencia a cerrarse rápidamente, y si se soloca un tubo de drenaje resulta sumamente incómodo para el enfermo.

Para un mejor vaciamiento muchos cirujanos recomiendan el abordaje externo practicando una incisión a unos 2 cms. y de 3 cms. de largo por debajo del ángulo del maxilar; es el mismo abordaje que para las infecciones parafaríngeas. No nos detenemos en el detalle de este procedimiento porque escapa a la índole de este curso.

Por último quedan dos evoluciones más. Una postero-medial en relación al músculo temporal dando los abscesos temporales. No los desarrollaremos.

Y una externa que se dirige a la zona geniana media, las infecciones se localizan en la bolsa grasosa de Bichat (7) formando los abscesos genianos a abscesos del espacio buccinato-masetero (1). Más adelante volveremos sobre esta localización.

(Recomendamos para los que quieran ampliar sobre el tema, el Atlas de Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial de G. Ginetet).

#### OTRAS LOCALIZACIONES FRECUENTES

Infecciones del espacio Buccinato-Masetero: Cuando la infección de un molar superior se propaga por fuera del buccinador se localiza frecuentemente en la región geniana media, o mejor llamado espacio buccinato-masetero. Anteriormente vimos como también a partir del 3º molar inferior la infección llegaba a ese espacio.

Dicho espacio es lo que Nozar llama Hiatus buccinato-Masetero (7) y está ocupado por la bolsa grasosa de Bichat por cuyos prolongamientos la infección puede ganar la logia maseterina, la logia temporal (infecciones de marcha ascendente, los espacios parafaríngeos, retro-malar y de ahí a la fosa ptérigo-maxilar.

Tratamiento: El abordaje quirúrgico del absceso geniano medio o buccinato-masetero puede efectuarse por piel, o a través de la mucosa bucal cuando tiene tendencia a abrirse hacia la boca. El elemento anatómico más importante que hay que tener presente es el conducto de Stenon (Fig. 8) que condiciona la incisión. Si por boca, la incisión interesa mucosa y buccinador; si por piel, piel y tejido celular subcutáneo. Dejar dren.

Infecciones submentonianas: El espacio submentoniano se encuentra por debajo del milohioideo, limitado



hacia abajo por la aponeurosis cervical y el cutáneo y lateralmente por ambos digástricos. Algunos autores la llaman zona predigástrica. Zona abundante en tejido celular. Las infecciones que ocupan dicho espacio se originan en los dientes frontales inferiores que se propagan por debajo del milohioideo. También puede infectarse secundariamente a una infección de la región sublingual y/o submaxilar.

Clínicamente se encuentra un edema que llega hasta el hioides (según tiempo de evolución), la basilar del mentón no se puede palpar con facilidad involucrada por el edema. Intrabucalmente no se observan alteraciones en el piso de la boca. No hay trismus. Estos signos los dan las infecciones "puras" (no están involucradas las celdas submaxilar y/o sublingual).

**Tratamiento:** Incisión horizontal que interesa la piel, cutáneo y aponeurosis cervical, ubicada entre el maxilar inferior y el hioides en el punto más declive de la colección. Hecha la incisión mana abundante pus, con todo conviene siempre ayudar la evacuación divulsionando con una pinza hemostática. Dejar dren.

Si simultáneamente está afectada la celda sublingual, Schuchardt (2) a través de la incisión ya hecha, incide el milohioideo en su rafe medio, abre los bordes de esa herida con pinza Pean y busca el absceso sublingual. Si está invadida la región submaxilar amplía la incisión en piel hacia el lado afectado, introduce una pinza Pean para debridar y drenar. Dejar dren de goma desde la profundidad.

#### IV.- DE LOS DRENAJES

Sigue vigente el concepto latino: "Ubi pus ibi evacua". Esto no quiere decir que se desconozca la posibilidad de la terapéutica antibiótica, pero como complemento de la quirúrgica que sigue mandando. Y es así, en ese sentido que nosotros la prescribimos, máxime que es dudoso lograr concentración terapéuticas eficaces en el foco infeccioso sobre todo a nivel del tejido óseo.

Frente a la formación del absceso subperióstico o submucoso pequeñas incisiones alcanzan; cuyas localizaciones hemos indicado oportunamente. Para los abscesos subperiósticos, a través de la incisión se debrida con una pinza hemostática fina; para los submucosos solamente abrir con pinza los labios de la herida alcanza para una evacuación total. A fin de impedir un cierre prematuro de la herida que retenga las secreciones del foco inflamatorio se coloca una tira de goma (dren) por cuyo contorno se siguen evacuando las secreciones. Puede sujetarse el dren con algún punto de sutura a los labios de la herida. No más de 2 ó 3 días debe permanecer el dren colocado, su permanencia exagerada puede provocar (Schuchardt) "el despegamiento permanente del periotio que favorece la necrosis ósea".

#### V.- DRENAJES CUTANEOS.

Al trazar las incisiones cutáneas, ellas deben de ubicarse de tal forma que permitan el abordaje de la colec-

ción lo más directo posible. Las consideraciones estéticas son secundarias frente al drenaje completo del pus, por lo tanto deben ser los suficientemente largas (promedialmente 2 ó 3 cms.) que permitan una exploración en profundidad cuando sea necesario.

Cuando la infección se hace superficial, la piel se presenta tensa, brillante, y en una zona comienza a enrojecerse y adelgazarse por la fusión (Fig. 12). A la palpación el signo de la fluctuación se evidencia con mayor o menor nitidez según evolución y profundidad del mismo. Pero el absceso ya está formado. Aquí no hay dificultad ni en su diagnóstico, ni en drenaje. La incisión que en longitud no sobrepasa los 2 cms. se aplica en la zona de mayor declive. Luego se introduce una pinza hemostática larga cerrada mientras se profundiza debridando los tejidos hasta que se cae en un "vacío", es el absceso. La pinza introducida en la cavidad abscedual se continúa abriendo mientras fluya pus, hasta que la entrada del absceso sea lo más amplia posible. La pinza no deberá presionar excesivamente en los tejidos, así es difícil crear una falsa vía y al abrir seccionar algún vaso importante. En los abscesos grandes, para un mejor vaciamiento, a veces, conviene abrirlo en sus polos. Los drenes deberán colocarse desde la profundidad; con la mejoría del enfermo, los mismos se podrán ir retirando paulatinamente (cortándolos) hasta su retiro total y esto sucede cuando la herida no escurre más.

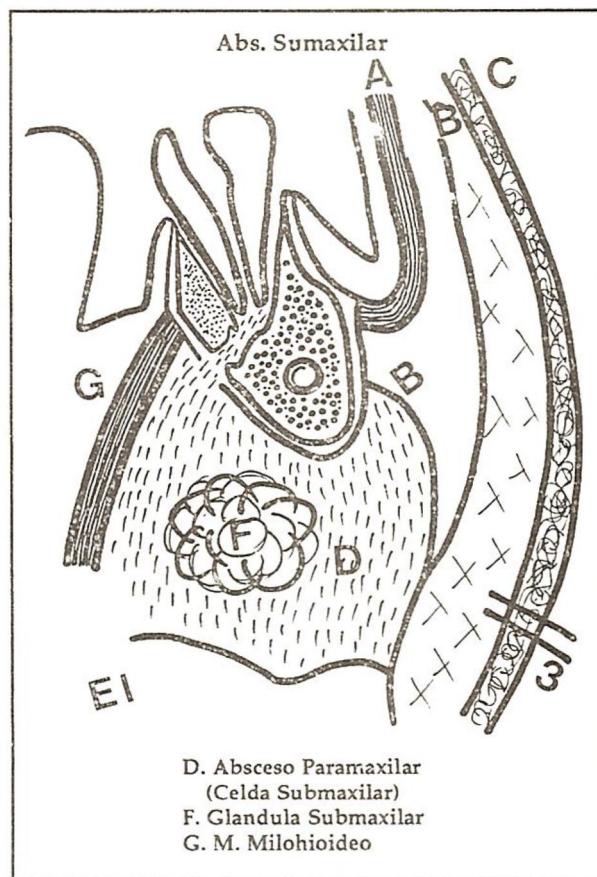


Fig. 6



Los tubos de plástico o goma en las colecciones profundas, o en donde la herida tiende a cerrarse por presiones musculares (espacio masetérico o ptérido-maxilar) son superiores a las bandas de goma, dado que su textura impide que la herida cierre prematuramente.

Por otra parte, si estos tubos son fenestrados a distintos niveles puede utilizárseles para hacer irrigaciones de los tejidos con suero fisiológico o en solución diluída con agua oxigenada, (puede ser particularmente útil en heridas abiertas), pero en heridas con drenaje limitado su uso puro puede empeorar a la herida debido a la disección subcutánea que puede provocar (10).

Las cosas cambian cuando las colecciones son profundas. La clínica que describimos anteriormente no se da; el signo de la fluctuación no aparece y no hay que esperarlo por mucho tiempo, la espera puede ser vital. Las infecciones profundas se expresan externamente por un infiltrado duro, recio (edema secundario) aunque sí limitado a un área que está denotando una flagmancia en profundidad. Pero nada más. No sabemos si está en una etapa flemonosa o abscedual, sólo la experiencia del cirujano determina la oportunidad de la intervención. En estos casos es útil hacer un test de aspiración con jeringa introducida a profundidad, eso nos dará la pauta sobre la presencia del pus y su ubicación. Si el test es positivo, se drena; si es negativo puede aguardarse algunas horas en espera de la colección que en general se produce. De lo contrario proceder. Con este proceder "a destiempo" hemos abortado algunas infecciones de la región submaxilar y submental de donde drenamos un exudado líquido color "agua sucia" sumamente fétido. Estas infecciones a marcha gangrenosa fueron cortadas en su inicio gracias a un drenaje oportuno.

Al localizar las incisiones debe tenerse muy en cuenta la ubicación de elementos anatómicos importantes: vasos y nervios (Fig. 8). El corte de algún vaso y el de algún nervio (facial) de consecuencias desastrosas. Por eso algunos autores, Friteau, Paoli, etc., han descrito zonas neutras o exentas de peligro quirúrgico en cara y en región submaxilar (Fig. 9). Zonas estas en que se puede abordar a profundidad sin mayores riesgos (remito al lector al Atlas de Ginestet - Zonas Neutras de Cara). Sin embargo no creemos necesario retener estos "triángulos y cuadrados" para la cirugía de los flemones o abscesos maxilo-faciales. Sí, es necesario topografiar las ramas

principales del facial, la arteria y vena facial y el conducto de Stenon. Por lo demás, las incisiones no abarcan más que un primer plano, seguidas de divulgaciones obtusas no acarreen consecuencias desagradables.

**FACIAL:** Nos interesan sus dos ramas terminales, tèmoro-facial, y cérvico-facial por sus ramas fundamentales temporal, palpebrales y bucal superior (Fig. 8 y 10) condiciona la mayor inervación del VII par en la cara.

En término generales estos ramos tienen una dirección horizontal, por tal las incisiones deben aplicarse en sentido horizontal.

La rama cérvico-facial que desciende por detrás del borde posterior de la rama montante al llegar al ángulo maxilar de un ramo bucal inferior (9) o nervio de Jaffé (Fig. 8 y 10), que describe una curva a concavidad superior inmediatamente por debajo del ángulo para ganar la región facial por delante y rasante de los vasos faciales e ir a inervar el mentón y labio inferior.

De manera que las incisiones en la región submaxilar deben ubicarse a centímetro y medio (un travez de dedo) aproximadamente, por debajo de la basilar y paralela a la misma, para abordar las colecciones de la región submaxilar.

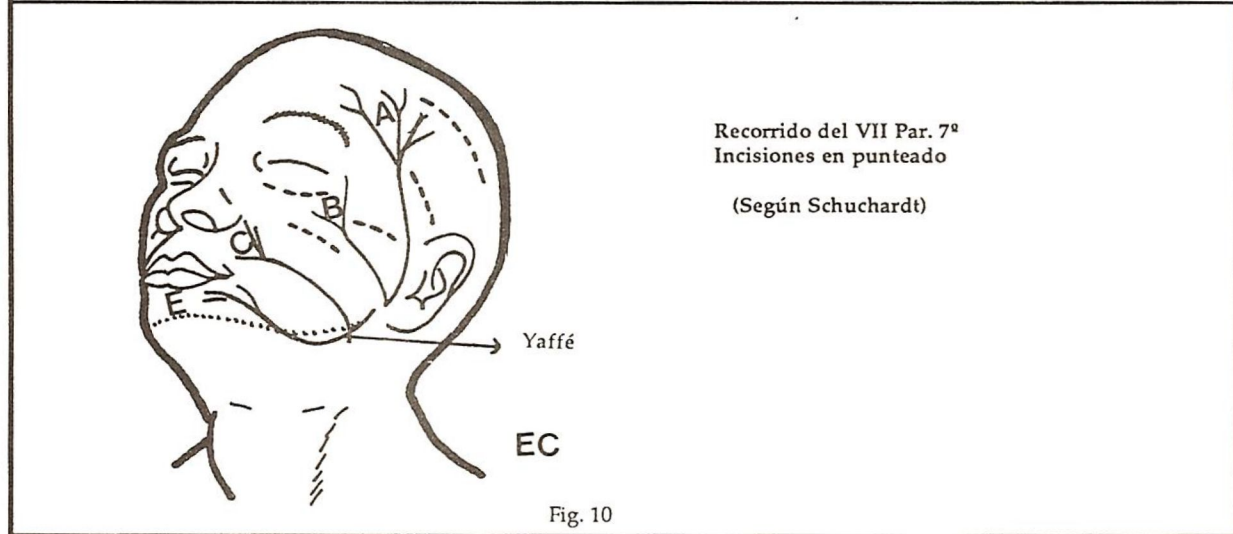
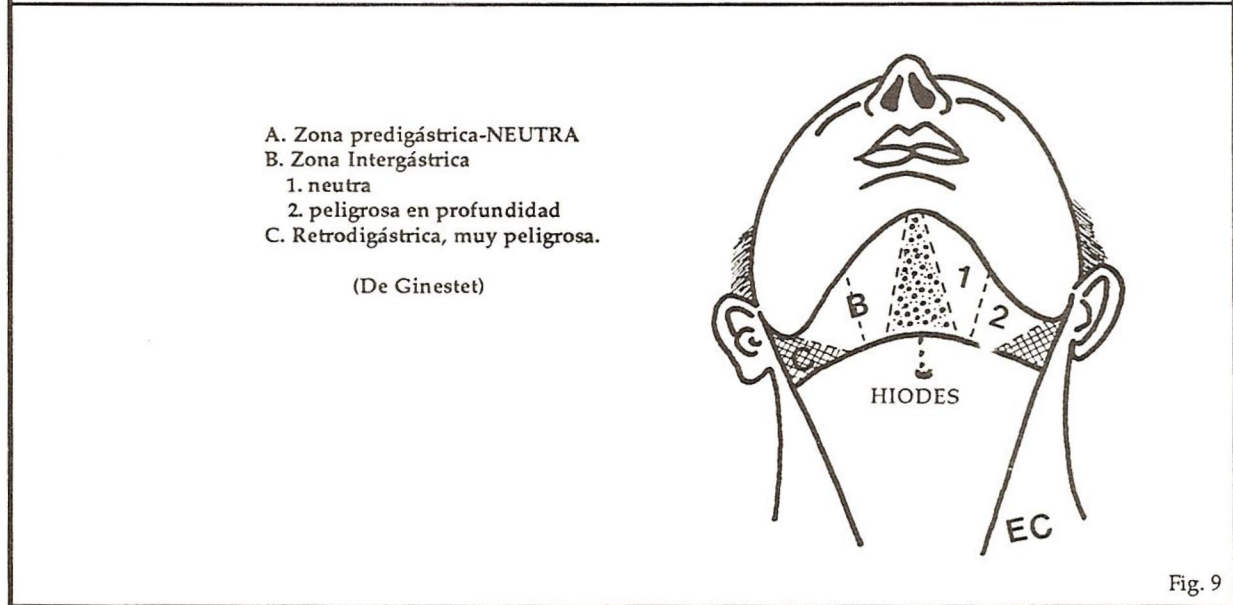
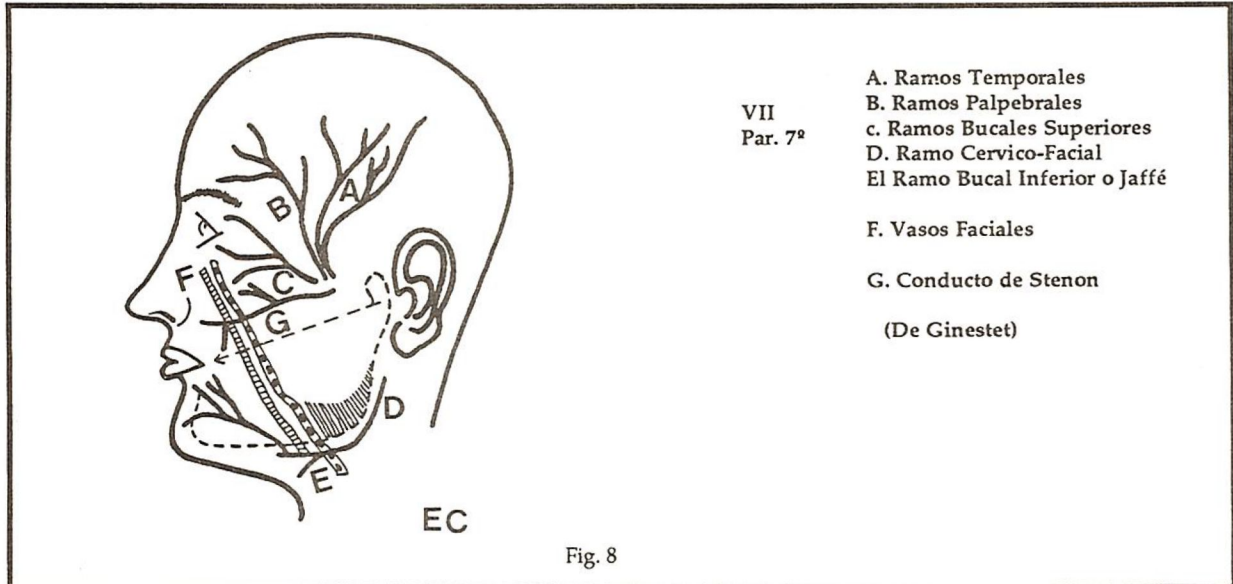
Esa incisión debe tener no más de dos centímetros de longitud puesto que su extremo medial estará muy vecino a los vasos faciales que se encuentran inmediatamente por delante del borde ántero-inferior del masetero.

Finalmente la región suprahiodea o submentoniana presenta una zona neutra (Fig. 9) (zona neutra de Paoli) localizada entre los dos vientres anteriores de ambos digástricos (zona predigástrica) por donde se evacúan los abscesos submentales, sirviendo también de vía muy útil par atacar la región sublingual y la celda submaxilar que ya vimos anteriormente.

Restan dos elementos más a retener en cara; la arteria y vena facial que desde el borde ántero-inferior del masetero en donde son muy superficiales, cruzan en diagonal y en profundidad, hacia el ángulo interno del ojo.

El conducto de Stenon que se localiza en la región geniana media, tirando una línea desde el lóbulo de la oreja al ala de la nariz (Friteau), y otra desde el tragus a la comisura, en el cruzamiento de ambos se ubica el conducto, que tiene un recorrido horizontal. (Fig.8)









## VI. DE LA ANESTESIA

Durante el desarrollo del tema algo hemos tratado al respecto. Aquí vamos a resumir el concepto.

Los abscesos submucosos pueden abrirse con una anestesia infiltrativa o por refrigeración con cloruro de etilo.

Los subperiósticos, anestesia regional, es muy útil el procedimiento de Laguardia. La vía extraoral para neutralizar los dentarios anteriores y medios en los drenajes de la fosa canina si aún el edema no ha llegado a la zona infraorbitaria, es de suma utilidad. Los abscesos de la celda sublingual preferimos drenarlos bajo anestesia regional.

Hay que considerar qué actitud se sigue con el diente, si es radical, el procedimiento anestésico es por bloqueo regional.

Para dilatar los abscesos faciales utilizamos la anestesia infiltrativa según se esquematiza en la (Fig. 11).

Para los subcutáneos alcanza con una infiltrativa intra dérmica. (Fig. 12)

Una consideración sobre la anestesia en profundidad de los tejidos inflamados. Cada vez que la practicamos pensamos en la diseminación de gérmenes, además de ser un procedimiento doloroso, no se logra una anestesia absoluta. Es ventajosa, una corta anestesia general, pero por la razón del artillero la seguimos utilizando. Sin embargo, cuando la localización flemonosa está en territorio sumamente profundo debe utilizarse la anestesia general.

## VII TERAPEUTICA ANTIBIOTICA

Aunque motivo de otra conferencia, algunas referencias de orden absolutamente clínico tenemos que verter.

La elección de un antibiótico (A.T.B.) se rige por reglas absolutamente científicas, pero a ellas hay que sumarles condiciones socio-económicas del enfermo que está presionando sobre la elección de un antimicrobiano. Por lo demás, la característica de enfermo ambulatorio en la mayoría de los casos, determina también la elección, en función de la vía de suministro. Recordar que hay A.T.B. que sólo se suministran por la I/V. Pesa también la experiencia del cirujano en valorar el efecto de una u otra y hasta donde se puede llegar con ellos. De todo esto surge un dominio de unos pocos A.T.B. de uso cotidiano que uno les tiene "fe".

Utilizamos sistemáticamente el uso de A.T.B. en combinación en el tratamiento quirúrgico, aunque éste sea el fundamental. Lo continuamos luego de la cura clínica por una semana más promedialmente.

### Antibióticos de nuestra elección:

La penicilina sigue siendo el A.T.B. de elección en las infecciones máxilo-faciales, la mayoría de las bacterias

productoras de estos cuadros son sensibles a su acción bactericida. Difunde bien en los tejidos blandos y en el hueso. Los tipos de penicilina y dosis promedio que indicamos surgen de la experiencia clínica, esto lo validamos para todos los A.T.B. que nominamos.

**Penicilinas sintéticas o ácidas con una actividad también para los bacilos G** - En general se usa para infecciones leves y por vía bucal.

**Ampicilina:** 1 a 2 grs. diarios comprimidos 500 mg. en toma c/6 hora.

Infecciones más severas, 1 a 2 grs. diarios, vía I/M, 500 mgs. ó 1 gr. c/12 horas.

**Amoxicilina:** iguales dosis y vías que la anterior, pero es más estable frente al jugo gástrico y es por eso su mejor absorción.

### Penicilinas sensibles a la penicilinas

**Penicilina cristalina:** Vía I/M. Dosis promedio 1 a 3 millones U c/6 horas. Es la forma de penicilina que concentra más rápidamente y de eliminación más rápida, 6 horas de vida media.

**Penicilina procaína:** Vía I/M. Dosis promedio de 2 a 4 millones U c/12 horas. concentra lentamente, pero su eliminación también es lenta. Disminuye el número de inyecciones. Es útil suministrarla simultáneamente con las cristalinas, 1 millón U de cristalina y 2 ó 3 millones U de la procaína, por ejemplo.

**Penicilina benzatínica:** Se considera que no llega a niveles terapéuticos útiles para las infecciones, por ello no la usamos en el ataque, y sí cuando se ha establecido la cura clínica y se desea mantener un tiempo bajo control al enfermo.

Dosis: 1.200 millones U  
2.400 millones U

Vía: I/M. Una I/M cada 15 ó 30 días.

**Alérgicos a la penicilina:** cada vez menos frecuentes debido a la "limpieza" de las fórmulas. Hay A.T.B. que sustituyen a la penicilina, pero su costo así como su vía de suministro impide su uso sistemático, es el caso de la **Vancomicina**. Este es un A.T.B. como droga sustitutiva de gran valor, tiene gran acción contra el estafilococo aureus productor de la penicilinas y contra el estreptococo viridans, su única vía es la I/V.

**Cefalosporinas:** Hay quienes la utilizan como A.T.B. de alternativa. Pero el problema de trastornos alérgicos cruzados con la penicilina sigue siendo motivo de discusión y su uso no es aconsejable en estos casos (11).

**Eritromicina:** Puede ser un A.T.B. de alternativa. Nosotros la usamos muy poco. Por macrólido que es, llega pobremente al hueso y a los tejidos blandos inflamados. Es de elección en las vías respiratorias.

Dosis: 2 a 4 grs. diarios en tomas de c/6 horas. Comprimidos 500 mgrs.

Puede suministrarse por vía I/M en dosis de 2 a 4 grs. por día cada 6 horas; pero supone un gran número de



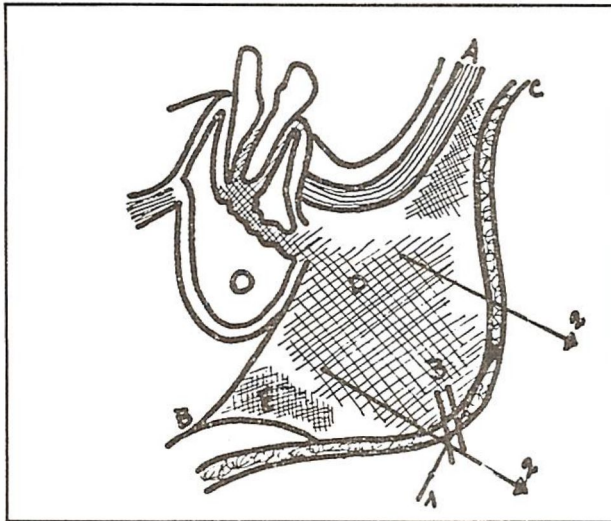


Fig. 11

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| A. Bacinador.                    | 1. Anest. Intradérmica   |
| B. Ap. Cervical Superficial      | 2. Anest. Profunda       |
| C. Piel                          | 3. Incisión              |
| D. Absceso Paramaxilar           |                          |
| E. Edema Subcutáneo (Secundario) | (Modificado de Ginestet) |

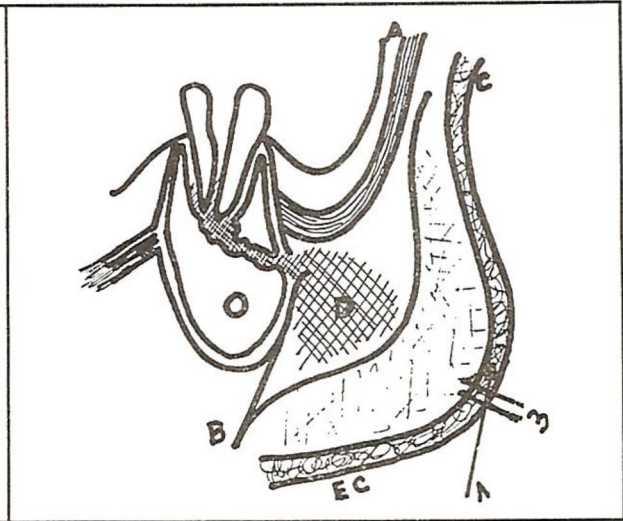


Fig. 12

- D. Abs. sólo detenido por piel  
(Modificado de Ginestet)

inyecciones. La vía realmente utilizada es la bucal.

**Tetraciclina:** La única de valor antibacteriano efectivo es la doxiciclina. Pero tiene las mismas reacciones adversas (diarreas, náuseas, vómitos, hipoplasia del esmalte, trastornos del crecimiento) que las otras tetraciclinas. De manera que su uso queda limitado al adulto y no embarazada.

Dosis: 200 a 400 mgs. por día. Comp. de 100 mgrs. en tomas c/12 horas.

**Cloranfenicol:** A.T.B. de excepcional acción contra los anaerobios. Buena acción contra las bacterias G+ y G-. Gran poder de concentración en tejidos blandos y en el hueso. Bajo costo y fácil manejo.

El inconveniente que tiene es que puede producir aplasia medular, y esto puede provocarse en tratamientos prolongados y en dosis altas de 7 a 8 grs. diarios que no es nuestro caso. Por otra parte las estadísticas de aplasias son bajas, y cito a Cecil-Loreb (11) en el Tratado de Medicina Interna: "El cloranfenicol provoca aplasia medular mortal en uno cada 40.000 ó más series de terapéutica, o en uno de cada 25.000 o 50.000 personas expuestas".

Nosotros no la usamos sistemáticamente, pero sí como droga de alternativa en las infecciones anaerobias severas y bacilos G-, que no han respondido a la terapia inicial con penicilina. En esto no tenemos duda.

Otros autores (12) sostienen lo mismo y utilizan dosis mucho más elevadas que las nuestras.

Dosis: Comp. de 250 mg., entre 1 gr. y 2 por día, en tomas de 2 c/4 hs. ó c/6 hs.

Inyecciones I/M, 1 frasco (1 gr.) c/12 hs.

Son las dosis que manejamos aproximadamente y en períodos no mayores de una semana.

Nos abstenemos en la embarazada y en el niño lactante, por aquello que el hígado del prematuro y recién nacido producen pocas cantidades de enzimas (transferasas de glucuronilo) necesarias para inactivar la droga, causando el mortal síndrome gris. (11)

**Estreptomicina:** Aminoglucósido bactericida, A.T.B. que fue dejado de usar por sus efectos tóxicos (ototoxicidad) en tratamientos prolongados. Tiene una acción selectiva contra las bacterias G- y B-K.

En tratamientos cortos su efecto tóxico no aparece, y en combinación con la penicilina se logra un efecto de adición. El único ejemplo claro de sumación de efectos y que justifica el uso simultáneo de dos A.T.B. Tendríamos que volver a usarlo.

Dosis: Vía I/M 0,5 grs. por c/millón de penicilina. No más de 1 a 2 grs. por día y cada 12 - 24 hs.

**Metronidazol:** No es un A.T.B., es un antiparasitario (tricomonida), pero se ha visto que tiene acción antibacteriana. Lo estamos usando como droga de alternativa de la penicilina (alergia) y en las infecciones anaerobias aparentemente con buen resultado, por que en la experiencia que tenemos es poca.

Dosis: Comprimidos 200 mgrs. ; 2 comp. c/ 6 u 8 hs.

En suma, nuestro menú de A.T.B. es:

- 1.- Penicilina
- 2.- Cloranfenicol-Metronidazol
- 3.- Doxiciclina
- 4.- Eritromicina



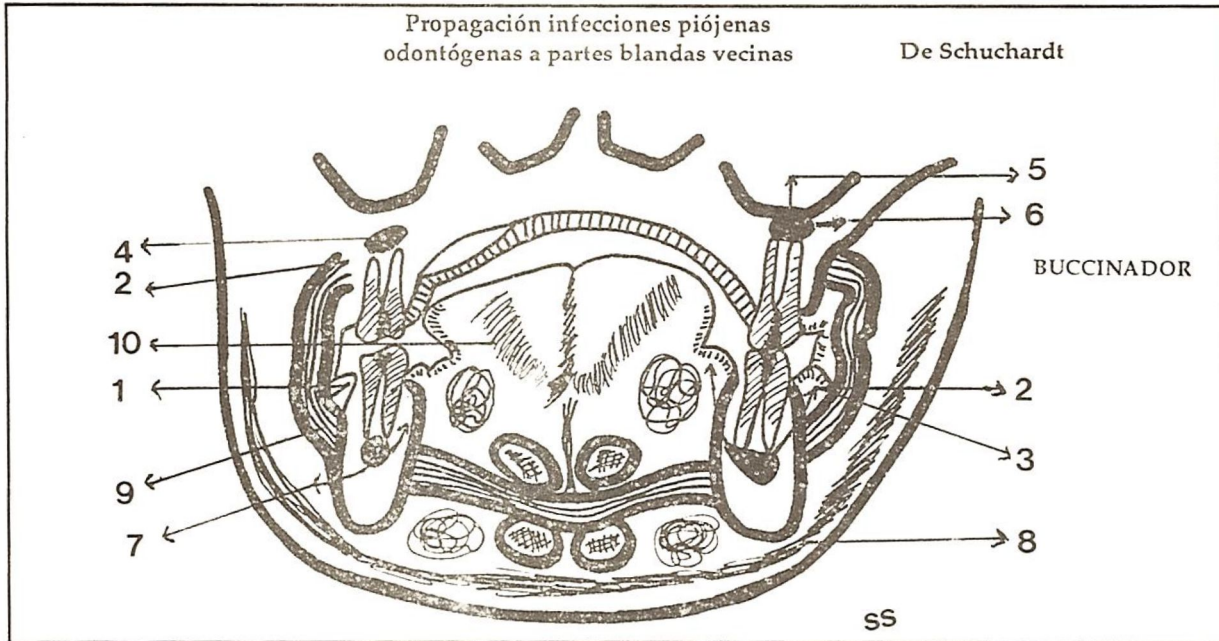


Fig. 13

1. Bajo el período
2. Bajo la mucosa del vestíbulo
3. En el piso de boca
4. En el paladar duro
5. En el seno maxilar
- 6.-7. A los espacios celulares de cera
8. A la celda submaxilar
9. A la celda sublingual
10. A base de lengua

### VIII CONCLUSIONES

Se han tratado las infecciones máxilo-faciales-odontógenas circunscriptas. Las principales vías de propagación, así como sus asentamientos anátomo-topográficos fundamentales.

Se ha evaluado la importancia del tratamiento quirúrgico desde la exodoncia en agudo hasta los drenajes bucales y faciales. Se ha expresado además el uso de los principales antibióticos y sus dosis promediales.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tiecek Richard W.: Fisiopatología Bucal. Edit. Interamericana. Año 1960.
- 2.- Shuchardt Karl: Tratado General de Odonto-estomatología. Tomo III. Vol. II. Edit. Alhambra 1963.
- 3.- Dechaume Michel: Estomatología. Edit. Toray-Mason. 1965.
- 4.- Dorland: Diccionario de Ciencias Médicas. Edit. Ateneo. 45 Edición. 1975.
- 5.- Ginestet G. y Colaboradores: Atlas de Técnica Operatoria Cirugía estomatológica y Maxilo-Facial. Edit. Mundo 1967.
- 6.- Thoma Kurt H.: Cirugía Bucal. Tomo II. Edit. U.T.E.A. 1955.
- 7.- Nozar José: Anatomía Dinámica. Librería Editorial Ciencia 1958.
- 8.- Pichler Hans y Trauner Richard: Cirugía Bucal y de los Maxilares. Edit. Labor. 1953.
- 9.- Cené Pierre y Colaboradores: Chirurgie Maxilo-Faciale. Edit. Julien Prélat. 1962.
- 10.- Chow Anotony y Colaboradores: Annals of Internal Medicine 1978. Compendio. Vol. 2 N° 4. 1979.
- 11.- Cecil-Loeb: Tratado de Medicina Interna. Tomo I. Edit. Interamericana. 1980.
- 12.- C. Silva y W. Venturino. Schock. Edit. Oficina del Libro. A.E.M. 1969.