

La atención estomatológica en los servicios de urgencia hospitalaria

Dra. Magda Lima Álvarez, Dra María Mercedes Zulueta Izquierdo, Dra. Yusimí Travieso Gutiérrez

Facultad de Estomatología. Clínica Estomatológica Docente Provincial. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó este estudio con el objetivo de dar a conocer las afecciones más comunes presentadas en el servicio de urgencias de Cirugía Maxilofacial de la Clínica perteneciente la Facultad de Estomatología de Camagüey, así como la conducta a seguir en cada caso.

Para la búsqueda de información se utilizaron los términos de indización: urgencia, servicio de urgencia en hospital, cirugía bucal, odontología Se utilizó un diseño metodológico para profundizar en el programa de la asignatura por varios revisores. La mayor incidencia de las urgencias hospitalarias se centra en lesiones traumáticas, procesos sépticos, dolores bucofaciales, trastornos de Articulación Témporo Mandibular (ATM), lesiones premalignas y cancerosas entre otras afecciones. Se concluye que los traumatismos y los procesos sépticos son los más frecuentes en el servicio y deben tenerse en cuenta para su manejo adecuado.

DecS: PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD; SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL.

ABSTRACT

The objective was to show the most common affections presented in the emergency hospital service of maxillofacial surgery, as well as the treatment to follow in each case. The index terms used were emergency, hospital emergency service, oral health, odontology . The methodological design was to deepen in the program of the subject by many reviewers. The higher incidence of hospital emergencies is focused on traumatic injuries, septic processes, bucofacial pains, temporomandibular Articulation disorders (TMA)., premalign and cancerous lesions among other affections. Concluding, traumatism and septic processes are the most frequent in the service and they should be taken into account for their adequate management.

DeCS: DELIVERY OF HEALTH CARE; EMERGENCY SERVICE HOSPITAL; DENTISTRY.

INTRODUCCIÓN

Con el triunfo de la Revolución, se producen profundas transformaciones en el país, especialmente en la Salud Pública. (1) En el caso particular de Estomatología, las facultades en estos últimos años presentan una tendencia a formar un estomatólogo más integral, que pueda laborar tanto en clínicas, postas médicas, hospitales municipales y provinciales (2).

En los servicios de urgencia de Cirugía Maxilofacial se brinda atención primaria a un gran número de pacientes. Con la finalidad de prestar una atención óptima a los que acuden al cuerpo de guardia, es importante que todo estomatólogo conozca el tratamiento de las urgencias que más frecuentemente se presentan (3).

Es nuestro objetivo dar a conocer las afecciones más comunes que se presentan en el servicio de urgencia hospitalaria de Cirugía Maxilofacial, así como la conducta a seguir en cada caso, para contribuir a la formación integral de los estomatólogos.

DESARROLLO

El trabajo del estomatólogo en los servicios de urgencia maxilofacial puede dividirse en:

- I. Tratamiento de las lesiones traumáticas
- II. Tratamiento de los procesos sépticos
- III. Diagnóstico y tratamiento de los dolores bucales.

IV. Diagnóstico y tratamiento de desórdenes de la ATM.

V. Detención precoz de lesiones premalignas y cancerosas.

VI. Tratamiento de otras afecciones.

Tratamiento de las lesiones traumáticas:

Heridas: Son desgarros de tejidos producidos por traumas violentos. El tratamiento debe ir encaminado a cohibir la hemorragia, calmar el dolor y sutura por planos con previa limpieza (4).

Fractura nasal: Es la más común de las fracturas de la cara. Puede ser reducida bajo anestesia y se debe colocar un taponamiento nasal anterior para cohibir la hemorragia (5).

Fracturas mandibulares: También deben ser reducidas y una fijación intermaxilar deberá ser colocada.

En una vasta mayoría de los pacientes este tratamiento puede convertirse en definitivo (6)

Fracturas dentoalveolares: Se reducen y se fijan en las primeras 24 horas del trauma, con arcos, barras o férula de essing (6, 7)

Tratamiento de procesos sépticos:

Celulitis: Es aquella infección que tiene como origen las estructuras que forman el diente y el periodonto y que en su progresión espontánea afectará al hueso maxilar en su región periapical y en su evolución natural busca la salida hacia la cavidad bucal para la cual perfora la cortical y el periostio de los maxilares (8-10)

Su tratamiento dependerá de la fase de la infección, periodontitis, celulitis, absceso, de la topografía de la localización primaria y de la existencia de diseminación secundaria.

El esquema general de tratamiento es Médico-Quirúrgico (8-10)

Médico Quirúrgico

- Reposo -Acceso cameral
- Dieta hiperprotéica -Extracción dentaria
- Antibioticoterapia -Incisión y drenaje
- Analgésicos
- Hidratación
- Termoterapia (calor)
- Adecuada higiene bucal
- Vitaminoterapia

Diagnóstico y tratamiento de dolores bucales:

Ante un dolor agudo:

1. Identificar el origen del dolor y decidir si puede ser útil el uso de analgésicos.
2. Tratar al paciente y no sólo al síntoma.

3. Conocer la farmacología del analgésico que se prescribe.
4. Pautar el fármaco a intervalos regulares. (11)

Dolor dental:

Es uno de los dolores más molestos que el ser humano puede padecer y posiblemente la causa más frecuente de consulta médica.

a) Quirúrgico: b) Farmacológico:

- Protecciones pulpares -Analgésicos, antiinflamatorios.
- Pulpotomía o pulpectomía. -Antibióticos (12)

Alveolitis seca:

Es una situación en la después de la extracción de un diente los coágulos sanguíneos se desintegran, causando un dolor severo (10)

El tratamiento será:

1. Limpieza de la cavidad con irrigaciones de suero fisiológico estéril con lo cual intentaremos arrastrar todos los restos que existan en el interior del alvéolo.
2. Tratamiento tópico con alvogil, gasa yodoforada con eugenol.
3. Colutorios de clorhexidina.
4. Analgésicos.
5. Evolución (7)

También puede aplicarse acupuntura en los puntos Intestino Grueso 4 (Ig 4), Estómago 5 y 7 (E 5 y E 7)(13)

Dolor facial atípico:

Se caracteriza por ser de localización no definida en territorios nerviosos o vasculares, la ausencia de afección orgánica que la justifique y la relación con alteraciones psíquicas, es de larga evolución

El tratamiento estriba en combatir la depresión asociada que siempre existirá, en ocasiones interesa la ayuda de un psiquiatra (15).

Neuralgia del trigémino:

Es un tipo especial de algia facial, localizada en el territorio de inervación del nervio, suele ser unilateral y no desbordan los límites del nervio.

El tratamiento médico consiste en:

Carbamacepina 100mg c/12 h /200mg c/día.

Si ocurre una recaída puede aumentarse la dosis y si ello es ineficaz se puede indicar defenilhidantoína 30-500 mgr/día. La acupuntura puede ser utilizada a falta de respuesta al tratamiento médico, el paciente será candidato al tratamiento quirúrgico. (6, 17-19)

Diagnóstico y tratamiento de los desórdenes de la articulación temporomandibular:

Síndrome de disfunción de ATM:

Los desórdenes de la ATM son términos colectivos que abarcan un número de condiciones clínicas que involucran la musculatura masticatoria y la ATM y estructuras asociadas. Actualmente son considerados una subclasificación de los desórdenes musculoesqueléticos (20, 21).

El manejo del dolor crónico es uno de los problemas más difíciles que confrontan los estomatólogos. Los desórdenes temporomandibulares están reconocidos como una de las condiciones de dolor crónico más comunes. Los objetivos principales del tratamiento son reducir o eliminar el dolor y ruidos articulatorios y recuperar la función mandibular normal (21).

El tratamiento adecuado debe incluir la educación y autocuidado del paciente, farmacoterapia (ASA, Codeína, Meprobamato, Diazepan, Amitriptilina, etc.), construcción de una férula oclusal para pacientes con evidencia de bruxismo, ejercicios físicos de relajación, terapia y ajuste oclusal y fisioterapia mediante, ejercicios de la mandíbula, ultrasonido, diatermia de onda corta, calor superficial, ionoforesis, etc. (20, 21).

Considerando lo que se conoce actualmente sobre los trastornos de ATM, el tratamiento exitoso debe reflejar tres principios básicos:

1. La línea de tratamiento debe involucrar modalidades simples, reversibles no quirúrgicas, con progresión hacia las opciones del tratamiento más complejas.
2. El tratamiento debe ajustarse a las necesidades especiales de cada paciente.
3. El tratamiento se lleva a cabo mejor en un medio multidisciplinario (21)

Detección precoz de lesiones premalignas y cancerosas:

Las lesiones premalignas más frecuentes son la leucoplasia y la eritroplasia. Dentro de las lesiones cancerosas el carcinoma de las células escamosas ocupa la primera posición (22)

Algunos criterios deben tenerse en cuenta por el estomatólogo al realizar el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones:

- De todos los factores que pueden contribuir al desarrollo del cáncer, la edad incurre en el riesgo mayor. Más del 95 % de todos los cánceres ocurren en personas de más de 40 años. (10).
- El fumar y el alcohol han sido implicados en los mecanismos del desarrollo de estas lesiones (23, 24)
- La citología exfoliativa y la tinción con azul de toluidina son técnicas simples, no invasivas que juegan un papel importante en el diagnóstico sin sustituir a la biopsia del tejido (22).
- Aunque aparentemente benigna, una lesión oral que no responda a las medidas terapéuticas usuales debe ser considerada maligna hasta que histológicamente demuestre ser benigna (22).

- . Un carcinoma oral en sus fases tempranas puede aparecer como un área de induración o de cambios localizados, tales como: erosión, eritema o querato (23,24)

La posibilidad de un diagnóstico precoz debe ir encaminado a: la rápida detección de lesiones axofísticas, invasivas o ulceradas, una correcta educación sanitaria dirigida a profesionales para el conocimiento, diagnóstico y búsqueda de éstas lesiones, y a la población en general para la supresión de los factores de riesgo (25)

Manejo de otras afecciones:

Estomatitis aftosa:Se señala tres formas clínicas: menor, mayor y herpetiforme.

En cuanto a la etiología es muy variada, algunos autores plantean que son desencadenadas por factores sistemáticos (neutropenia cíclica, alteraciones gastrointestinales, SIDA, deficiencias de hierro, ácido fólico o B12, se ha apreciado también con la menstruación y el estrés). Otras causas pueden ser traumáticas.

Los enjuagues con clorhexidina, antihistamínicos, alivian las molestias. Se debe tener en cuenta la causa (26).

Sialolitiasis:

La sialolitiasis es más común en la glándula submaxilar. La sintomatología mecánico-infecciosa traduce el impedimento que supone el cálculo para el flujo normal de saliva; aunque la obstrucción es parcial, ya que queda asegurado siempre un mínimo paso. La clínica se presenta previa ingestión de alimentos, remitiendo al cabo de minutos a horas (26-28).

El tratamiento en su fase aguda incluye la antibióticoterapia (penicilina RL c/12 h, eritromicina 2 tab. c/6 h ó tetraciclina 2 tab c/ 6h, Analgésicos (ASA), termoterapia a base de calor, ejercicios de ordeñamiento de la glándula para estimular flujo salival y una vez remitida la fase aguda y bajo tratamiento de antibiótico se pueden realizar dilataciones del conducto (27).

CONCLUSIONES

Con el estudio realizado se demuestra la importancia de la incorporación del estomatólogo general junto al cirujano maxilofacial en el cuerpo de guardia hospitalaria.

Las afecciones odontofaciales más frecuentes observadas en el cuerpo de guardia son la traumatología y los procesos sépticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llerena Borges, Carbó Ayala JE. Desarrollo de la Estomatología en nuestro país. Experiencia en Villa Clara. Sn, 1984:6.
2. Yepez P. Desarrollo de los recursos humanos. Rev. Fac. Odontol Univ. Antioquía 1994; 6 (1):27-31.
3. Díaz Fernández JM, Tamayo Castillo JA. Morbilidad de urgencia en Cirugía Maxilofacial (Parte I). Rev. Cubana Estomatol 1993; 30(2):90-6.
4. Toroella Mata E. Cirugía. 2ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1991; 49:259-62,278.
5. Haugh RH. Prather JL. The closed reduction of nasal fractures: And evolution of two techiques. J. Oral Maxillofac Surg 1991; 49:1288-92.
6. Dechaume M, Laudenbach P, Payen J. Estomatología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985: 208-16, 339-41.
7. Gay Escoda C. Temas de Cirugía Bucal. 2ed. Barcelona: Gráficas Signo, 1994; t1: 539-40, 567-78.
8. Peñarrocha M, Faus VJ. Dolor periodontal. Archivos Odontoestomatol 1993; 9(1): 46-54.
9. Gay Escoda C. Temas de Cirugía Bucal. 1 ed. Barcelona: Gráficas Signo, 1993; t 2: 1077-87.
10. Bascones A, Manso FJ. Infecciones orofaciales: Diagnóstico y tratamiento. 1ed Madrid: Avances Médico- Dentales 1994; 29:77 96, 103.
11. Peñarrocha M, Bagán JV, Domingo M. Tratamiento farmacológico del dolor agudo en estomatología. Bol Informativo 1987; (176): 183-91.
12. Peñarrocha M, Silvestre FJ. Dolor dental. Rev. Europea Odontoestomatol 1993; 5 (4): 219-26.
13. Alvarez Díaz TA. Acupuntura Medicina Tradicional Asiática. La Habana: Ed. Capitán San Luis; 1992; 185-6,208-9.
15. Dolci E, Gay Escoda C, Anabat Domínguez J. La prevención de la alveolitis seca. Rev. Europa Odontoestomatol 1992; 5: 261-70.
16. Peñarrocha M, Bagán JV, Alfredo A, Peñarrocha MA, Guarinos J. Alergia Facial atípica o dolor facial sin diagnóstico. Archivo Odontoestomatol 1994; 10 (10): 541-5.
16. Alvarez Díaz TA. Manual de Acupuntura. La Habana: Ed.Ciencia Médicas, 1992: 143.
17. Peñarrocha M, Bagán JV, Alfredo A. Neuralgia esencial del trigémino. Presentación de un caso bilateral y revisión de la literatura. Acta Valenciana 1987; 2: 81-90.

18. Peñarrocha M, Bagán JV, Pautas de tratamiento farmacológico en el dolor facial crónico. Rev. Act. Odontoestomatol 1988; (371): 49-60.
19. Shafer WS, Hine MK, Levy BM. Patología Bucal. 4 ed. México: Interamericana, 1993: 886-9.
20. Díaz Fernández JM, Yaw V. Tratamiento del Síndrome de disfunción muscular de la articulación temporomandibular en adolescentes. Rev. Cubana Estomatol 1990; 27 (2): 237-243.
21. Schwartz L. Afecciones de la articulación temporomandibular. 1ed. Buenos Aires: Mundi, 1963: 297-310.
22. Sol Silverman. Oral Cáncer. Seminars Dermatology 1994; 13(2): 132-7.
23. Santana Garay JC. Atlas de Patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985: 201-2.
24. Bonadonna B, Della GR. Manual de Oncología Médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica 1985; 2: 468.
25. Vallecillo Capilla M, Valencia Laseca. El cáncer buxicomaxilofacial: Evolución en su orientación terapéutica y resultados. España:\sn,sa\ : 49-60.
26. Bagán JV, Peñarrocha M, Bermejo A. Avances en Medicina Oral en el año 1989. Archivos Odontoestomatol 1990; 6(4): 38-58.
27. Berini Aytes L, Gay Escoda C, Sánchez Garcés MA. Litiasis de las glándulas salivales. Anales Odontoestomatol 1994; 4: 104-114.
28. Gay Escoda C, Costa Codina X, Berini Aytes L. Patología quirúrgica de la glándula submaxilar: Revisión de 200 casos. Rev. Española Estomatol 1982; 3:195-209.

Dra. Magda Lima Álvarez. Profesor Instructor de Estomatología Integral V. Dpto. Estomatología General Integral. Facultad de Estomatología. Clínica Estomatológica Docente Provincial. Camagüey, Cuba.