MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

Guía Clínica para la Atención en Cirugía Bucal y Maxilofacial

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

El Salvador, septiembre de 2016

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dirección de Apoyo a la Gestión
Unidad de Atención Integral a la Salud Bucal

Guía Clínica para la Atención en Cirugía Bucal y Maxilofacial

El Salvador, septiembre de 2016

Documento Derogado

FICHA CATALOGRÁFICA

2016 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de esta guía tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud se puede obtener en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en la siguiente dirección:

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Tiraje: Ejemplares

Edición y Distribución:

Viceministerio de Políticas de Salud

Página oficial: http://www.salud.gob.sv/

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por: Unidad de impresiones del MINSAL

El Salvador, Ministerio de Salud, Viceministerio de Políticas de Salud, Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Dirección de Apoyo a la Gestión, Unidad de Atención a la Salud Bucal.

1. Ministerio de Salud

Documento Derogado

AUTORIDADES

DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR ESCALANTE
MINISTRA DE SALUD

DR. EDUARDO ANTONIO ESPINOZA FIALLOS
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. JULIO OSCAR ROBLES TICAS
VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD

Documento Derogado

EQUIPO TÉCNICO

Dra. Ana Vilma Ortega de Blanco Dr. Leonardo Herrera Dra. Cecilia de Díaz	Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Bucal
M.Cs. Luis Francisco López Guzmán Lic. Ernesto Villalobos Dra. Mayra Sáenz de Hernández	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dr. Julio Solórzano	Dirección de Tecnologías Sanitarias
Licda. Rosa Hidalia García de Sánchez	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Amilcar Barillas	Hospital Nacional Rosales
Dr. Gerardo Cuenca	Hospital Nacional Zacamil
Dr. Ludwing Méndez	Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana
Dr. Henry Aparicio	Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel
Sra. Alma América Rivera de Cañas	Foro Nacional de Salud

COMITÉ CONSULTIVO

Dr. Ricardo Rivera	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Ligia de Mendoza	Hospital Militar
Dr. Ricardo Ruano Arévalo	Dirección de Tecnologías Sanitarias

Documento Derogado

ÍNDICE

I. Introducción 1

II. Base Legal 2

III. Objetivos 3

IV. Ámbito de Aplicación 3

V. Desarrollo del Contenido 3

A. Manejo de pacientes en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención 3

- **Consulta Externa y Hospitalización** 4
- **Sala de Operaciones** 5
- **Emergencia** 9

B. Manejo de pacientes en Cirugía Bucal y Maxilofacial 9

- **Cirugía pre protésica** 9
- **Alteraciones o anomalías de los tejidos blandos** 10
- **Alteraciones y anomalías de atrofia de los tejidos duros** 11
- **Defectos óseos postextracciones** 13
- **Exostosis orales** 13
- **Formaciones de los tejidos blandos** 14
- **Trauma dento alveolar** 15
- **Alteraciones de la erupción** 19
- **Anomalías y deformidades congénitas y del crecimiento** 21
- **Infecciones odontogénicas** 24

C. Manejo de pacientes con patologías en la región buco maxilofacial que presentan enfermedades sistémicas de base. 26

- **Hipertensión Arterial (hta)** 26
- **Infección por VIH /sida** 28

Documento Derogado

- **Alteraciones endócrinas** 29
- **Alteraciones renales** 31
- **Alteraciones pancreáticas** 32
- **Hemofilia** 33
- **Alteraciones de la articulación temporomandibular ATM** 35
- **Alteraciones de las glándulas salivales** 37
- **Tumores benignos y malignos de la cavidad bucal** 42
- **Prevención de endocarditis infecciosa** 44

VI. Disposiciones Generales 47

VII. Vigencia 47

VIII. Anexos 48

IX. Bibliografía 50

Documento Derogado

I. INTRODUCCIÓN

El trauma facial, que involucra heridas y fracturas maxilofaciales con incidencia en la función masticatoria y en la Articulación Temporo Mandibular (ATM), así como patologías benignas y malignas del aparato estomatognático entre otras, son causas de consulta en los Hospitales Nacionales según los datos del Sistema Nacional de Morbimortalidad (SIMMOW), que a partir del año 2013 cuenta con el modulo de Salud Bucal, el cual dispone de información relacionada a los procedimientos y a las causas de consulta que requieren de atención odontológica especializada en Cirugía Bucal y Maxilofacial, que se atienden en hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

En este sentido, actualmente el Sistema Nacional de Salud cuenta con esta atención en Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, los cuales cumplen con un importante trabajo, lo que ha permitido su continuidad y consolidación como proceso de atención sanitario.

Generalmente el tipo de pacientes atendidos por problemas de trauma facial, llegan por emergencias o referidos de otros establecimientos de salud de la red nacional, así como de universidades o clínicas privadas; por lo cual, con el propósito de llevar a la población una atención odontológica especializada con calidad en Cirugía Bucal y Maxilofacial, se hace necesario actualizar la Guía clínica para la Atención en Cirugía Bucal y Maxilofacial, para contar con un instrumento técnico jurídico, que regule la atención en esta especialidad.

Con la profundización de la Reforma de Salud y la modernización de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud, hace indispensable que se modifiquen instrumentos técnicos jurídicos como lo es la Guía Clínica para la Atención en Cirugía bucal y maxilofacial, a fin de que este instrumento responda al impulso de dicha Reforma y contribuya a mejorar los servicios de salud para la población.

En la presente Guía Clínica se presentan las patologías en relación a la atención odontológica especializada, y su respectivo manejo, en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención.

Documento Derogado

II. BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN.
Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

CÓDIGO DE SALUD
Art. 41 numeral 4.-
Corresponde al Ministerio:
4. Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

Art. 51.- El Ministerio desarrollará programas de promoción encaminados a la prevención y tratamiento de las afecciones orales de acuerdo a las técnicas estomatológicas conocidas. Se dará prioridad a los niños y mujeres embarazadas. Desarrollará y organizará actividades de divulgación sobre los conceptos básicos de higiene oral. Propiciará la investigación epidemiológica y la aplicación de medidas preventivas eficaces para la conservación de la dentadura y sus estructuras de sostén y propondrá las leyes para obtener la fluoración de las aguas de abastecimiento público.

Art. 199.- El Ministerio por medio de sus dependencias que cuenten con el personal y equipos necesarios, dará asistencia Odontológica a las personas que lo soliciten o que su estado demande, y a las comprendidas en los programas de trabajo de acuerdo a las normas técnicas que se establezcan. Esta asistencia comprende:

a) Tratamiento de dolor debido a causas odontológicas;
b) Eliminación de focos infecciosos de origen odontológico;
c) Asistencia de casos de cirugía, oral y de prótesis; y
ch) Las otras atenciones que las normas e instructivos del Ministerio establezcan.

Se dará prioridad a los niños y a las mujeres embarazadas.

Documento Derogado

III. OBJETIVOS

GENERAL:

Garantizar el derecho a la salud a la población a través de un atención oportuna, eficaz y con calidad de los tratamientos de Cirugía Bucal y Maxilofacial.

ESPECÍFICOS:

- Estandarizar la prestación de atención odontoestomatológica en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención.

- Garantizar el mantenimiento e incremento de los estándares de calidad técnico científica dentro de los procesos de atención a la población en las áreas de Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos al cumplimiento de las presentes guías clínicas el personal de salud de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención del MINSAL, en los que se brinda los servicios de Cirugía bucal y maxilofacial.

V. DESARROLLO DEL CONTENIDO

A. MANEJO DE PACIENTES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

1. Consulta Externa y Hospitalización
2. Sala de Operaciones
3. Emergencia

Documento Derogado

1. CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

1.1. ANAMNESIS

Al evaluar al paciente para disminuir el riesgo quirúrgico es indispensable que la anamnesis cumpla con los siguientes apartados y actividades:

Historia clínica:

1. Datos generales
2. Motivo de la consulta.
3. Historia de la presente enfermedad.
4. Antecedentes

   Antecedentes personales

- Historia ocupacional y social
- Historia médico-quirúrgica
- Historia ginecoobstétrica
- Historia estomatológica

Antecedentes Familiares

Antecedentes ocupacionales

Antecedentes socio- económicos

5. Evaluación clínica:

   Exploración física

   Imagenológica

   Exámenes complementarios y laboratorio

   Exámenes histopatológicos cuando corresponda

   Otras .

6. Problemas:

- Médicos.
- Bucales
- Maxilofaciales.

7. Análisis e impresión diagnóstica
8. Manejo y abordaje terapéutico.

Documento Derogado

1.2 VISITAS A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS E INTERCONSULTAS

Visita Diaria

Para verificar las indicaciones preoperatorias y dar seguimiento al post operatorio, así como detectar casos que demanden la atención de la especialidad, se debe realizar una rutina de visitas a los diferentes servicios hospitalarios. En ésta, participan profesionales del staff, residentes y estudiantes en práctica hospitalaria.

Visita Por Otros Motivos

En ella se evalúan pacientes de nuevo ingreso, interconsultas, así como aquellos pacientes que aunque no se ha solicitado evaluación por cirugía Maxilofacial, se considera que necesita opinión, atención y tratamiento por la especialidad.

Revisar los siguientes documentos de registro de información para cada paciente:

- Orden de admisión o ingreso
- Admisión a unidad hospitalaria especifica
- Diagnóstico de ingreso
- Condición del paciente
- Signos vitales

2. SALA DE OPERACIONES

Los cuidados y atenciones específicos de la especialidad, por los cirujanos, a estos pacientes son diferentes en los 3 momentos de una intervención quirúrgica:

- PRE QUIRÚRGICO
- TRANS QUIRÚRGICO

Documento Derogado

- POST QUIRÚRGICO

2.1. PREQUIRURGICO

En esta etapa se realizan las indicaciones e interconsultas, los exámenes pertinentes complementarios y de laboratorio según protocolo y hallazgos clínicos, tipo de cirugía y antecedentes familiares y personales, para minimizar el riesgo del momento quirúrgico.

- Preparación psicológica del paciente.
- Referencia para evaluación cardiovascular y/o pulmonar en pacientes con antecedentes médicos de base o mayores de 50 años.
- Realización de exámenes de laboratorio básicos, según protocolo del establecimiento:
  - Hemograma completo.
  - Tiempo de Protombina (TP), (INR), Tiempo de sangramiento.
  - Tiempo de Tromboplastina (TTP).
  - General de orina.
  - Electrolitos.
  - Glicemia.
  - Creatinina.
  - VIH, VDRL .
  - Otros dependiendo de la patología.
- Toma de signos vitales.
- Clasificación ASA (1, 2, 3, 4,5), según evaluación del anestesiólogo.
- Intervenciones odontológicas necesarias en consulta externa previo a la cirugía: periodoncia, extracciones, entre otros, cuando aplique.
- Realizar colutorio con Digluconato de Clorhexidina al 0.12%, por lo menos 24 horas previo a la cirugía, 3 veces al día con 10 ml, sin diluir.
- Nota preoperatoria.
- Para el diagnóstico general preoperatorio se realizará el siguiente procedimiento:

Documento Derogado

- Revisión de resultados de exámenes complementarios y de laboratorio e imágenes.
- Obtención del consentimiento informado firmado por el paciente o representante.
- Anotar órdenes pre-operatorias, estas deben ser anotadas cuando se programa la cirugía pero con fecha del día de cirugía:
  - ✓ Nada por boca desde las cero horas del día anterior o por lo menos 6-8 horas previo a la cirugía.
  - ✓ De acuerdo a la programación, solicitar llevar paciente a sala de operaciones.
  - ✓ Cumplir indicaciones pre-anestésicas y médicas.
  - ✓ Llevar a quirófano: exámenes, radiografías, instrumental, material, que se necesitará.
  - ✓ Colocación de sonda nasogástrica o catéter vesical posterior a la intubación, cuando está indicado.
  - ✓ Cumplir ronda de medicamentos EV o IM de acuerdo a horario, nunca vía oral.

2.2 TRANS QUIRÚRGICO:

Intubación

Generalmente en Cirugía Bucal y Maxilofacial se utiliza la intubación naso traqueal, pero también puede ser utilizada la técnica oro traqueal. Así como submandibular oral y/o traqueotomía. Este es un procedimiento efectuado por anestesiólogo o técnicos en anestesiología.

Realizar técnica quirúrgica según el caso.

Lavado de Manos.

El lavado de manos se efectúa una vez el paciente está intubado, estable y listo para la cirugía. Se deben seguir los lineamientos establecidos en sala de operaciones.

Documento Derogado

Asepsia del Paciente

Se recomienda efectuar la asepsia preferentemente con Yodo Povidone, o Clorhexidina, protegiendo los ojos y oídos. Se comienza por la cavidad bucal en el siguiente orden: Cuadrante I, II, III y IV, área sublingual, lengua, paladar y carrillos. Se continúa con el área facial, con un movimiento del centro a la periferia, o pintado de arriba hacia abajo sin regresar. Hasta un área de 15 cm más allá del área a incidir.

2.3 POST QUIRÚRGICO

Reporte Quirúrgico

Indicaciones:

- Pasar a sala de recuperación post-quirúrgica al ex tubarse y estabilizar, a menos que entre a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ventilado.
- Signos Vitales, según la estabilidad del paciente cada 15 minutos hasta estabilizarse.
- Pasar a habitación cuando no es ambulatorio o extender el alta si es ambulatorio.
- Dieta al recobrar estado de conciencia adecuado (despierto y alerta) y se compruebe peristaltismo intestinal.
- Líquidos Endovenosos. (según Randalls).
- Antibióticos: EV, IM, V.O.
- Analgésicos.
- Antiinflamatorios
- Otros, según necesidad:
  - Antiulcerosos.
  - Antieméticos.
  - Relajantes musculares, entre otros. Ver Anexo 1
- Exámenes de Laboratorio cuando sea necesario.
- Exámenes de gabinete, ejemplo: radiografías de control.
- Interconsultas, controles, entre otros.
- Cuidados post quirúrgicos.

Documento Derogado

- Otras Indicaciones.
- Nombre del cirujano encargado, teléfono.
- Firma y sello.

3. EMERGENCIA

Es la atención que se da a todos aquellos pacientes que consultan al servicio de emergencia por patologías maxilofaciales que requieren de atención inmediata.

B. MANEJO DE PACIENTES EN CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

1. CIRUGÍA PRE PROTÉSICA

1.1 ATROFIAS DE LOS MAXILARES EDÉNTULOS

Generalidades:

Este fenómeno está relacionado principalmente con la pérdida de la función por parte del hueso alveolar y de los tejidos blandos periodontales, según el principio de la matriz funcional.

Clasificación:

CLASE I: Dentición presente

CLASE II: Cresta alveolar post extracción inmediata

CLASE III: Cresta alveolar post extracción tardía con reosificación del alvéolo post-extracción y proceso alveolar redondeado pero adecuado en altura y espesor.

CLASE IV: Cresta con altura adecuada pero con espesor insuficiente, definida en “filo de cuchillo”.

CLASE V: Cresta plana, insuficiente tanto en altura como en espesor.

CLASE VI: Cresta deprimida, con atrofia del hueso basal (solo para mandíbula)

Documento Derogado

1.2. ALTERACIONES O ANOMALÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS:

1.2.1. TEJIDO HIPERPLÁSICO

Generalidades:

Se produce como consecuencia de las prótesis removibles o completas mal adaptadas.

Manejo:

Eliminación del tejido hiperplásico:

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente
- Técnica quirúrgica.
- Sutura.
  - Post quirúrgico:
    - Indicaciones.
    - Medicación. Ver Anexo 1
    - Control.

1.2.2. CRESTAS MUCOSAS HIPERMÓVILES

Generalidades:

Esta situación se genera cuando la reabsorción se produce con más rapidez que la atrofia progresiva de los tejidos blandos que recubren la cresta alveolar.

Las características clínicas que se presentan son:

Exceso de tejidos blandos que carentes de apoyo subyacente, se presentan móviles, por lo que proporcionan una base inestable a la prótesis y por tanto, pueden necesitar una corrección quirúrgica.

Las áreas más frecuentemente involucradas son las crestas anteriores del maxilar superior e inferior.

Documento Derogado

Manejo:

La intervención consiste en la excisión quirúrgica de la porción de los tejidos blandos que no tienen soporte óseo. Se debe tener en cuenta que esta intervención ocasiona una pérdida ulterior de mucosa adherida residual, exponiendo a un tejido bastante delicado, la carga protésica.

- Evaluación pre operatoria
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente
- Técnica quirúrgica
- Sutura
  - Post quirúrgico:
    - Indicaciones
    - Medicación. Ver Anexo 1
    - Control

1.2.3. HIPERPLASIA Y/O HIPERTROFIA DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR

Manejo:

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia.
- Técnica quirúrgica.
- Sutura.
  - Post quirúrgico:
    - Indicaciones
    - Medicación. Ver Anexo 1
    - Control

2. ALTERACIONES Y ANOMALÍAS DE ATROFIA DE LOS TEJIDOS DUROS

Son crestas óseas de morfología irregular.

2.1. CRESTAS EN FILO DE CUCHILLO

Borde óseo afilado que impide el asentamiento de la prótesis.

Documento Derogado

2.2. REABSORCIÓN VERTICAL

La reabsorción ósea progresiva causa la desaparición total o parcial de los procesos alveolares, con la consiguiente reducción de la retención protésica.

Este problema es más importante en el caso de edentulismo total de la mandíbula, donde la desaparición de los surcos vestibular y lingual y la presencia de movimientos mandibulares y de la lengua durante la fonación, deglución, entre otros. En el maxilar superior se puede observar, sin embargo un aplanamiento de la bóveda palatina y una reducción de la concavidad retrotuberal, con disminución de la retención protésica. Los problemas de retención en el maxilar superior todavía son menores y más tardíos.

Manejo:

Para cresta en filo de cuchillo:

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica.
- Sutura.
  - Post quirúrgico:
    - Indicaciones.
    - Medicación. Ver Anexo 1.
    - Control.

Para Grave Reabsorción Vertical:

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica.
  - Post quirúrgico:
    - Indicaciones
    - Medicación. Ver Anexo 1
    - Control

Documento Derogado

3. DEFECTOS ÓSEOS POSTEXTRACCIONES

Generalidades:

La inadecuada cicatrización del proceso alveolar residual, pueden dejar como secuelas, alteraciones morfológicas de las crestas óseas, dejando un defecto con los consiguientes problemas funcionales y estéticos:

- Áreas de socavados
- Rebordes afilados que perforan la encía, espículas óseas
- Protuberancias óseas
- Pérdida de relaciones oclusales

3.1 ALVEOLOPLASTÍA.

Consiste en modificar o remodelar protuberancias óseas, bordes afilados y áreas de socavados inconvenientes.

Manejo:

- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente
- Técnica Quirúrgica.
- Sutura.
- Post quirúrgico:
  - Indicaciones
  - Medicación. Ver Anexo 1
  - Control

4. EXOSTOSIS ORALES

4.1 TORUS

Generalidades:

Aumento de tejido óseo que no constituye una neoplasia. Su crecimiento se auto limita en el tiempo, pero pueden interferir con el tratamiento protésico o la fonación.

Documento Derogado

La localización más frecuente es a lo largo de la línea media del paladar, seguida por la localización mandibular sobre el lado lingual, lateralmente a la línea media.

Características clínicas:
El aspecto clínico es el de una protuberancia dura recubierta por una mucosa de aspecto normal, que puede verse afectada por estímulos mecánicos.

Manejo:
Eliminación quirúrgica:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Confección de férula quirúrgica de acrílico.
- Anestesia general o local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica.
- Sutura y colocación de la férula.
- Post quirúrgico:
  - Indicaciones.
  - Medicación. Ver Anexo 1.
  - Control.

5. FORMACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

5.1 FRENILLOS

Generalidades:
Son bandas de tejidos blandos presentes en los maxilares, constituidos por la mucosa oral, fibras conectivas y musculares. Los tres frenillos más comunes son:

- Frenillo labial superior.
- Frenillo labial inferior.

Documento Derogado

- Frenillo lingual.

Los frenillos son estructuras de interés quirúrgico, por aspectos estéticos y funcionales.

Manejo:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica Quirúrgica (Frenectomía o Frenoplastía).
- Sutura.
- Post quirúrgico:
    - Indicaciones
    - Medicación. Ver Anexo 1
    - Control

6. TRAUMA DENTO ALVEOLAR

La clasificación de los traumatismos dentales es la siguiente:

Clasificación de Andreassen

6.1. FRACTURAS DENTALES

- Fractura dental incompleta o infracción.
- Fractura coronaria no complicada.
- Fractura coronaria complicada.
- Fractura corono radicular no complicada.
- Fractura corono radicular complicada.
- Fractura radicular.

6.2. LESIONES A TEJIDOS PERIODONTALES

- Concusión
- Subluxación

Documento Derogado

- Luxación Lateral
- Luxación con Intrusión
- Luxación con Extrusión
- Avulsión completa

6.3. HERIDAS A MUCOSA BUCAL O GINGIVAL

- Contusión
- Laceración
- Abrasión

6.4. FRACTURA DE HUESO DE SOSTÉN

- Conminución de cavidad alveolar
- Fractura de pared alveolar
- Fractura del proceso alveolar
- Fracturas de Huesos Maxilares y Faciales

Manejo de las patologías:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia general o local según disponibilidad y condición del paciente.
- Abordaje según diagnóstico y plan de tratamiento.
- Técnica quirúrgica.
- Control de oclusión.
- Sutura cuando sea necesario.
- Control post quirúrgico:
    - Indicaciones.
    - Medicación. Ver Anexo 1
- Referencia a otras especialidades en caso de ser necesario.
- Controles clínicos y radiográficos hasta por un año o más, si es necesario.

Documento Derogado

6.5 TRAUMA MAXILO FACIAL

Generalidades:

Es el traumatismo de tejidos blandos y duros del macizo facial.

Principales causas:

- Accidentes de tránsito.
- Situaciones de violencia.
- Caídas.
- Accidentes deportivos y laborales.

6.5.1 Clasificación de Fracturas Faciales:

Fracturas mandibulares:

Según su localización:

- Condilares
- De ángulo mandibular
- De sínfisis y parasínfisis mandibular
- De cuerpo mandibular
- De rama de mandíbula
- Apófisis coronoides

Según el tipo de fractura:

- Simple.
- Compuesta.
- Simple conminutada.
- Compuesta cominutada.
- En tallo verde

Fracturas del tercio medio facial

- Lefort I.
- Lefort II.

Documento Derogado

- Lefort III.
- De hueso cigomático.
- Aislada de piso de órbita (blow out*), pared medial y/o techo.
- De arco cigomático.
- NOE (naso-orbito-etmoidal).
- Nasales.
- Panfacial (incluye fractura de tercio medio facial y mandíbula).

*sin traducción al castellano.

Fractura de tercio superior:

- De hueso frontal.
- De seno frontal.

6.5.2 Clasificación de Heridas

Según aspecto:

- Contusa.
- Cortante.
- Contuso cortante.
- Punzante.
- Atrición.
- Avulsión.
- A colgajo.
- Abrasiva o erosiva.
- Quemadura.

Manejo:

- Diagnóstico e interconsulta con otras especialidades según el caso.
- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia general o local según disponibilidad y condición del paciente.

Documento Derogado

- Técnica quirúrgica.
- Reducción ósea y colocación de material de osteosíntesis, cuando esté indicado.
- Sutura.
- Post quirúrgico:
    - Indicaciones.
    - Medicación. Ver Anexo 1.
    - Control.

- Fisioterapia de ser necesario

7. ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN

7.1 DIENTES INCLUIDOS, IMPACTADOS Y RETENIDOS

Si bien es cierto estos términos no son sinónimos, los tres se refieren a alteraciones de la erupción.

Diente impactado: Es la detención de la erupción de un diente producida por una barrera física en el trayecto de erupción o por una posición anómala del diente.

Retención primaria: Es la detención de la erupción de un diente, en la cual no se puede detectar una barrera física, mala posición o desarrollo anormal.

Retención secundaria: La detención de la erupción de un diente después de su aparición en cavidad bucal sin existir una barrera física en el camino eruptivo o una posición anormal del diente. Sinónimo: infra oclusión. Afecta principalmente a dientes temporales.

Diente incluido: Es aquel que permanece dentro del hueso y por lo tanto el termino inclusión engloba los conceptos de impactación y retención.

Documento Derogado

Inclusión ectópica: cuando un diente incluido está en una posición anómala pero cercano a su lugar habitual.
Inclusión heterotópica: cuando un diente incluido está en una posición anómala, más alejado su lugar habitual.

El orden de mayor frecuencia de las piezas dentales que sufren este tipo de patología son los siguientes:

- Terceros molares inferiores.
- Terceros molares superiores.
- Caninos Superiores.
- Premolares inferiores.
- Dientes Supernumerarios.
- Otros.

Manejo:

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia general o local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica:

  1. Extracción quirúrgica (en caso de abordaje por palatino o lingual, se utilizara férula quirúrgica para el post operatorio)
  2. Rescate quirúrgico ortodóncico.
- Sutura.
- Control post quirúrgico:
  - Indicaciones.
  - Medicación. Ver Anexo 1.

7.2 ERUPCIÓN ECTÓPICA

Generalidades:

Es cuando la pieza dental erupciona en una posición diferente a la posición original.

Manejo:

Documento Derogado

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia general o local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica:
  1. Extracción.
  2. Tracción ortodóncica.
- Sutura.
- Post quirúrgico:
  - Indicaciones.
  - Medicación. Ver Anexo 1.
  - Control.

8. ANOMALÍAS Y DEFORMIDADES CONGÉNITAS Y DEL CRECIMIENTO

Generalidades:

El término cirugía ortognática, define aquellas técnicas de la cirugía maxilofacial que tienen como objetivo la corrección de las deformidades de la forma tamaño y posición de los huesos maxilares y de sus estructuras anexas.

Objetivos generales :

1) **Reducción** : normalización de la posición y forma de los huesos maxilares.
2) **Fijación:** Emplea técnicas de osteosíntesis (alambre, miniplacas, microplacas, etc.)
3) **Inmovilización:** de cero a ocho semanas.

8.1 MALFORMACIONES CONGÉNITAS MAS COMUNES:

1) Craneosinostosis sagital (escafocefalia).
2) Craneosinostosis coronal unilateral(Plagiocefalia).
3) Craneosinostosis coronal bilateral (Braquicefalia).
4) Craneosinostosis múltiple.

Documento Derogado

5) Craneosinostosis sindrómicas(Síndrome Crouzon ,Síndrome de Apert , Síndrome de Pfeiffer).
6) Disostosis Mandibulofacial (síndrome de Treacher Collins).

Tratamiento:

Técnicas quirúrgicas de cirugía craneomaxilofacial.

8.2 FISURA LABIOALVEOLOPALATINA:

La fisura labioalveolopalatina (FLAP), es la malformación congénita más frecuente de la región facial. La FLAP es resultado de un trastorno embrionario originado entre la quinta y la décima semana de gestación , y que conduce a la falta de fusión de los procesos embrionarios de la cara. La teoría clásica de la formación de las fisuras afirma que se debe al fracaso en la fusión de los mamelones . Durante la formación de la porción central de la cara, el epitelio de los mamelones entra en contacto, y luego la penetración del mesodermo completa la fusión.

Etiología:

Factores genéticos en un 30% , el 70% restante se atribuye a trastornos nutritivos , fármacos , radioterapia o hipoxia.

Clínica:

La FLAP puede afectar al labio, cresta alveolar, paladar duro y paladar blando con diferente grado de intensidad. El 75% de los defectos son unilaterales, mientras el resto son bilaterales.

La fisura del labio oscila, entre una muesca en el bermellón hasta una fisura que se extiende hacia el suelo de la fosa nasal.

La fisura palatina puede afectar al paladar primario, por delante del foramen incisivo, o el paladar secundario, detrás del foramen incisivo; también se manifiesta como úvula bífida o como una solución de continuidad C.

Tratamiento:

1) Queilorrafia (cierre del labio); técnica destacada Millard 2.

Documento Derogado

2) Palatorrafia, Estafilorrafia (cierre del paladar blando), uranorrafia (cierre del paladar duro).
3) Cierre fisura alveolar.

8.3 DEFORMIDADES DENTOFACIALES

Las alteraciones esqueléticas están acompañadas de maloclusiones dentales y estos trastornos pueden ser adquiridos o del desarrollo.

Clasificación:

Las alteraciones del crecimiento se clasifican en:

a) Alteraciones sagitales.
b) Alteraciones verticales.
c) Alteraciones transversales.

Se manifiestan como exceso maxilar, exceso mandibular, déficit mandibular, déficit maxilar, exceso vertical maxilar, exceso mandibular y déficit maxilar, déficit mandibular con sobremordida, mordida abierta anterior (síndrome de cara larga).

Diagnóstico:

a) Historia clínica
b) Examen físico
c) Examen psicológico
d) Examen radiográfico
e) Cefalometría
f) Examen fotográfico

Tratamiento:

a) Ortodoncia prequirúrgica (dos –dieciséis meses)
b) Predicciones prequirúrgicas y cirugía de modelos
c) Tratamiento quirúrgico (ostetomía Lefort I, Osteotomía Obwegesser-Dal-Pont, Osteotomía subcondílea vertical , osteotomía subcondílea vertical intraoral, mentoplastía , técnicas de distracción ósea.)

Documento Derogado

d) Ortodoncia postquirúrgica (6 meses)

9. INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

Generalidades

Las infecciones cérvico–faciales odontogénicas son aquellas que tienen por origen el diente o sus estructuras de soporte (periodonto). Estas infecciones siguen siendo, hoy en día, una importante causa de mortalidad y de demanda sanitaria entre la población, siendo la causa más frecuente de inflamación en la cara y el cuello. La mayoría de estas infecciones se controlan correctamente mediante tratamiento médico y en los casos indicados, quirúrgico, aunque en ocasiones pueden dar lugar a graves complicaciones que incluso llegan a poner en peligro la vida del paciente.

Desde el punto de vista de su etiología, las infecciones cérvico-faciales odontogénicas suelen ser infecciones bacterianas, aunque pueden ser causadas también por otros agentes como hongos, levaduras, protozoos y virus.

Según el espacio afectado se pueden clasificar:

- Abscesos vestibulares
- Abscesos palatinos
- Infecciones del espacio canino
- Infecciones del espacio bucal (abscesos yugales)
- Infecciones del espacio submentoniano
- Infecciones del espacio sublingual
- Infecciones del espacio submandibular
- Angina de Ludwig
- Infecciones del espacio masticador

Manejo

A la hora de seleccionar un antibiótico empírico o tratamiento quirúrgico (drenaje) en las infecciones odontogénicas, se debe buscar que el tratamiento

Documento Derogado

cubra tanto los cocos aerobios gram positivos, que predominan en los primeros momentos de la infección, como los anaerobios que predominan posteriormente.

Las siguientes tablas recogen los antibióticos de elección y las dosis más frecuentes empleadas en este tipo de infecciones:

ANTIBIÓTICOS DE ELECCIÓN EN INFECCIONES ODONTOGÉNICAS		
INFECCIÓN	**PRIMERA ELECCIÓN**	**SEGUNDA ELECCIÓN**
Precoz (3 días o menos)	Amoxicilina+ Ácido clavulánico	Clindamicina/ Cefalexina
Tardía (más de 3 días)	Clindamicina / ciprofloxacino	Amoxicilina +Ácido clavulánico / metrinodazol
Severa (tratamiento IV)	Clindamicina / ciprofloxacino	Amoxicilina +Acido clavulánico/ metrinodazol

Fuente: Carlos Navarro Vila “Cirugía Oral” Editorial Aran Ediciones, S, L. Madrid 2009

POSOLOGIA DE LOS ANTIBIÓTICOS EMPLEADOS EN LAS INFECCIONES ODONTOGÉNICAS		
NOMBRE	**DOSIS ORAL**	**DOSIS IV**
Amoxicilina+ Ácido clavulánico	500-875 mg/8 h	1 g/8 h
Clindamicina	150-450 mg/ 6 h	Igual dosis que oral
Ciprofloxacino	250-750 mg/ 12 h	200-400 mg/12 h
Metronidazol	500 mg/6 u 8 h	Igual dosis que oral
Cefalexina	250-1.000 mg/ 6 h	Igual dosis que oral

Fuente: Carlos Navarro Vila “Cirugía Oral” Editorial Aran Ediciones, S, L. Madrid 2009

Documento Derogado

C. MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS EN LA REGIÓN BUCO MAXILOFACIAL QUE PRESENTAN ENFERMEDADES SISTÉMICAS DE BASE

Las entidades nosológicas que con mayor frecuencia se presentan en los consultorios son las siguientes:

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Generalidades:

Es una morbilidad clasificada como una Enfermedad crónica no transmisible y la descripción completa, con el respectivo tratamiento, se encuentra en las Guías específicas desarrolladas para este tipo de morbilidades.

Consiste en una elevación de la presión arterial a niveles iguales o mayores de 140/90 Mm. Hg. tomadas correctamente en 2 o más visitas médicas.

Factores de riesgo para desarrollar la enfermedad son sobrepeso, sedentarismo, mayor de edad, sexo masculino, antecedentes de hipertensión arterial (HTA) en la familia, alcoholismo y tabaquismo.

Manifestaciones Bucales:

No suelen presentarse por la enfermedad en sí misma a excepción de las hemorragias petequiales debido al aumento súbito y severo de la presión arterial.

Pueden presentarse también, lesiones o condiciones secundarias al empleo de medicamentos antihipertensivos, tal como la hiposalivación: que aumenta la incidencia de caries y enfermedad periodontal, agrandamientos gingivales y reacciones liquenoides.

Manejo:

- Definir a través de interconsulta médica el control del paciente con hipertensión arterial.

Documento Derogado

- Tomar signos vitales talla y peso por parte del personal de enfermería según norma.
- Definir manejo odontológico:
  - Anestesia local de preferencia sin vaso constrictor, o utilizar un máximo de 2 a 3 cartuchos con vasoconstrictor en concentración de 1:100000, hasta en pacientes estadio II de la clasificación JNC del 8° reporte. Ver tabla 1.
  - Citas matutinas, preferentemente premedicar con ansiolíticos vía oral. Ver Anexo 1.
- Realizar procedimiento
  - Evitar prescribir terapia de antiinflamatorios no esteroidales AINES prolongada.
  - Evitar cambios bruscos de posición del paciente en sillón dental.

Tabla 1.

JNC clasificación		
Categoría	**PS (presión sistólica)**	**PD (presión diastólica)**
Normal	<120	>80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Estadío I	140-159	90-99
Estadío II	160-180	100-110
Urgencia/Emergencia	>180 Con signos/ síntomas de daños en los órganos	>110 Ejemplo: estertores, edema de papila , dolor de cabeza , dolor de pecho

Fuente: adapted from James PA, Oparil S, Carter bl, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: repot from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2013; 311(5):507-20

Manejo de pacientes con padecimientos cardíacos:

- Definir a través de interconsulta médica el control del paciente.
- Evitar tratar al paciente con padecimientos, sin establecer un diagnóstico o manejo médico.
- Tomar signos vitales, talla y peso por parte del personal de enfermería según norma.
- En caso de daño valvular o cardiopatía congénita:
  - Si el paciente tiene daño valvular, indicar antibioterapia. Ver tabla No.2

Documento Derogado

- Si el paciente usa marcapaso evitar el uso de: pulpo vitalómetro, electro bisturí y aparato ultrasónico.
- Realizar exámenes complementarios:
  - Terapia con anticoagulantes: TP o IRN, TTP, T sangramiento, realizar procedimientos quirúrgicos simples con cifras entre <2.5 y 3.5 y complejos <2.0, con el aval del Cardiólogo o Internista y utilizar medidas locales hemostáticas según disponibilidad.

  - Pacientes medicados con antiagregantes plaquetarios: Tiempo de sangrado > 6 min. suspender el medicamento una semana antes con el aval del Cardiólogo o Internista y utilizar medidas locales hemostáticas según disponibilidad.

- Evitar interacciones medicamentosas. No sobrepasar la dosis de anestésicos.
- Usar AINES por períodos cortos o narcóticos cuando el caso lo requiera.

2. INFECCIÓN POR VIH/sida

Generalidades:

El sida o síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida; es una enfermedad crónica de curso progresivo e irreversible, la cual produce disminución de la resistencia inmunológica celular que permite desarrollar infecciones oportunistas y/o neoplasias malignas. El agente causante es el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Manejo:

El objetivo general de tratamiento odontoestomatológico en pacientes VIH es promover o mejorar su calidad de vida, a través de:

- Control del dolor.
- Identificación y manejo de lesiones bucales.
- Prevención y destrucción de los tejidos.
- Restauración de la función masticatoria, digestiva, fonética, respiratoria, inmunológica y estética del área complejo bucodental.
- Promoción de la salud dirigido hacia el buen vivir.

Documento Derogado

Los tratamientos y las técnicas son iguales a las utilizadas en pacientes no infectados. En pacientes que reportan su estado serológico antes del tratamiento dental, se deben seguir pautas similares a aquellas utilizadas en otras patologías que afectan al estado general del paciente (interconsulta con el médico tratante de la enfermedad de base, de ser necesario).

Las manifestaciones orales de la infección por el VIH, requieren de la atención por personal especializado y medicamentos específicos.

Algunas precauciones que se deben tener son:

- Prevenir un elevado riesgo de infección o sangrado.
- El valor mínimo de CD4 en que se debe dar terapia profiláctica antibiótica, es de 200/mm3 o neutrófilos menos de 500 mm3.
- Los procedimientos quirúrgicos buco maxilofaciales deben hacerse en pacientes con cifras > a 50,000 plaquetas/ mm3.
- Los procedimientos quirúrgicos deben posponerse cuando los niveles de Hb estén por debajo de 7.0 g/dl.
- Efectuar procedimientos asépticos y con técnicas quirúrgicas atraumáticas.

3. ALTERACIONES ENDÓCRINAS

Generalidades:

Las alteraciones endocrino-metabólicas se refieren a secreciones de glándulas internas que regulan el funcionamiento corporal, a través del control o estímulos celulares.

3.1 ALTERACIONES TIROIDEAS:

3.1.1 Hipotiroidismo.

3.1.2 Hipertiroidismo.

Documento Derogado

3.1 .1 Hipotiroidismo

Generalidades:

Se refiere a la disminución ó ausencia de Hormonas Tiroideas, la etiología puede ser variada, dos de las más referidas son el cretinismo o hipotiroidismo infantil y mixedema ó hipotiroidismo del adulto. Odontológicamente se observa macroglosia, mal oclusión y retardo eruptivo con alteraciones estructurales dentales, principalmente radiculares.

3.1.2 Hipertiroidismo

Generalidades:

Se refiere al aumento de hormonas tiroideas, se origina por cambios inmunitarios en los cuales se observa la producción de inmunoglobulinas tipo G.

En el hipertiroidismo la enfermedad más común es la de Graves, la cual puede ocurrir a cualquier edad, siendo más frecuente en mujeres entre el tercero y cuarto decenio.

Se caracteriza por tirotóxicosis con bocio difuso, oftalmopatía y dermopatías, puede observarse intraoralmente una erupción precoz con aumento a la susceptibilidad cariosa y a enfermedad periodontal; por consumo compensatorio de carbohidratos para satisfacción de necesidades calóricas.

En la lengua puede encontrase tejido ectópico tiroideo funcional, remanente del conducto tirogloso. En hueso de los maxilares puede mostrar ensanchamiento del patrón trabecular, aumento en la incidencia de quistes mandibulares.

Los fármacos antitiroideos (Carbimazol) pueden llegar a producir agranulocitosis secundaria y la aparición de úlceras orofaríngeas recurrentes.

Manejo:

- Realizar interconsulta médica para determinar la patología y evitar una crisis tiroidea o un coma mixedematoso.

Documento Derogado

- Si el paciente se encuentra con terapia radioactiva, posponer el tratamiento según protocolo post terapia.
- El Cirujano Maxilofacial debe confirmar el eutiroidismo del paciente.
- Tratar al paciente controlado. En caso que el paciente no esté controlado administrar analgésicos y antibióticos. Ver Anexo 1
- Si se presenta una emergencia odontológica el procedimiento debe realizarse en un Hospital, posterior a la evaluación del Endocrinólogo o Internista.
- En pacientes tratados con Propiltiuracilo o Metimazol, indicar Biometría hemática y pruebas de coagulación.
- Vigilar los efectos secundarios al uso de anestésicos locales con vaso constrictor, el uso de adrenalina en anestesia local e hilos retractores debe ser evitado en pacientes hipertiroideos no tratados o pobremente tratados. Sin embargo el paciente eutiroideo o adecuadamente manejado no hay problema en administrar concentraciones normales del vaso constrictor (adrenalina 1:100000) Antes del procedimiento premedicar ansiolíticos. Ver Anexo 1.

4. ALTERACIONES RENALES

4.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Generalidades:

Es un estado progresivo que se inicia cuando los riñones no son capaces de llevar su función excretora normal, hasta llegar a niveles que son incompatibles con la condición de vida (Incapacidad de filtración mayor a 75%).

Entre las manifestaciones orales que presentan éstos pacientes están:
Disgeusia, halitosis urémica, ardor y sialorrea, úlceras bucales (por atrofia de la mucosa), dolor, cambios hematológicos que pueden ocasionar sangrados gingivales.

Manejo:

- Ínter consulta médica.

Documento Derogado

- Indicar pruebas hemostáticas, química sanguínea y biometría hemática.
- Vigilar la presión arterial.
- Selección cuidadosa en las prescripciones farmacológicas, según Índice de Filtrado Glomerular IFG.
- Todo paciente candidato a transplante renal deberá tener su plan de tratamiento odontológico terminado, libre de focos infecciosos.
- Ingresar al paciente para manejo de infecciones graves o procedimientos quirúrgicos complejos, con diálisis o trasplante renal.
- Todo paciente con transplante renal debe recibir seguimiento odontológico.
- Paciente con hemodiálisis realizar procedimientos el día siguiente.

5. ALTERACIONES PANCREÁTICAS

5.1 DIABETES MELLITUS

Generalidades:

Al igual que la hipertensión arterial, es una enfermedad crónica no transmisible definido como un síndrome clínico que resulta de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, caracterizado por hiperglucemia, que resulta de alteraciones en la producción o en la acción de la insulina y que causa una alta propensión a infecciones, complicaciones vasculares y neuropáticas, de la misma forma se ha desarrollado una guía específica para la descripción completa y el tratamiento de ésta.

Signos y síntomas bucodentales:

Los signos y síntomas clínicos pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa, infecciones oportunistas, aliento cetónico y alteración en la curación de las heridas.

En pacientes diabéticos no controlados, la presencia de poliuria puede agravar las dificultades de formación salival por falta de agua que se pierde por vía renal. La xerostomía produce irritación de las mucosas por ausencia del efecto

Documento Derogado

lubricante de las mucinas salivales, lo que produce queilitis angular y fisuramiento lingual.

Manejo:

- Interconsulta médica.
- No alterar la dieta ni el tratamiento farmacológico.
- De preferencia programación de citas matutinas: Indicarle al paciente que no asista en ayuno para evitar una hipoglicemia.
- Control adecuado en los procedimientos quirúrgicos (Cirugía Bucal y Maxilo facial).
- Uso profiláctico de antibióticos y clorhexidina 0.12%.
- Se podrá utilizar un máximo de 3 cartuchos de anestésico con vasoconstrictor 1:100000 de 1.8 ml, en pacientes diabéticos controlados, sin alterar los valores de glicemia.
- Evitar el uso de anestesia local con vasoconstrictor en infiltraciones palatinas.
- Se recomienda realizar procedimientos dentales con valores abajo 200 mg/dl.
- Se recomienda trabajar con valores de Hemoglobina Glucosilada menores que 8 %.

6. HEMOFILIA

Generalidades:

Es un trastorno hereditario de la coagulación, caracterizado por un decremento de la actividad o ausencia del factor VIII, IX o algunos otros factores. Es importante presentar algunos aspectos, previo al manejo odontológico, como son:

La clasificación:

Hemofilia Tipo A, se presenta más comúnmente, y consiste en la deficiencia del factor VIII.

Documento Derogado

Hemofilia Tipo B (Enfermedad de Christmas) ocurre con menos frecuencia, consiste en la deficiencia del factor IX.

Las características clínicas que se presentan consisten en una tendencia a la hemorragia, ya sea espontánea o provocada; y debido a que estos pacientes son sometidos a múltiples transfusiones, puede que presenten Hepatitis B, VIH o que padezcan sida.

Además pueden presentar los siguientes signos o síntomas: hemoptisis, epistaxis, hematemesis, hematuria y hemartrosis recurrentes, estas últimas producen dolor agudo, edema y limitación del movimiento, petequias y lesiones purpúricas son raras.

Manifestaciones Orales

Hemorragias orales en los frenillos y en la lengua, originadas por traumatismos orales leves en niños.

Hemorragia gingival sin causa aparente, sangrado tardío posterior a extracciones.

Manejo:

1. Consultar con el médico sobre:

- Tipo de Hemofilia, severidad y desarrollo de anticuerpos contra el factor VIII.
- Antecedentes hemorrágicos y complicaciones.
- Tratamiento recibido.
- Infecciones virales (Hepatitis B, C, o VIH)

2. Informar al médico y en conjunto planificar el tratamiento odontológico que se va a realizar.
3. Manejo ambulatorio del paciente, solo para procedimientos que no impliquen sangrado: diagnóstico y prevención.
4. El manejo será hospitalario, procurando realizar el mayor número de procedimientos en una sola cita.

Documento Derogado

5. Para procedimientos que impliquen sangrado:

Pedir al Hematólogo:La preparación pre-quirúrgica del paciente, elevando la actividad pro coagulante del factor VIII o factor IX de 50 a 75%, dependiendo el tipo de Hemofilia.

6. El Cirujano debe:

- Administrar anestesia local, solo bajo terapia de sustitución. Idealmente las técnicas de elección serán infiltrativa e intraligamentaria.
- Tratamientos sencillos de operatoria, realizar sin anestesia (operatorias Clase I, III y V).
- Utilizar dique de goma sin el empleo de grapas.
- En la toma de impresiones, rodear la periferia de las cubetas con cera.
- Procedimientos quirúrgicos o periodontales realizarlos solo bajo terapia de sustitución.
- Usar suturas o férulas acrílicas para control hemostático.
- Dieta líquida y fría.
- Evitar medicamentos que alteren la Hemostasia como: ácido acetilsalicílico y otros AINES.
- Esta indicado realizar endodoncias cuando aplique.
- Fomentar las actividades Preventivas: control de Placa Bacteriana, Sellantes de Fosas y Fisuras, uso de enjuagues fluorados.

7. ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ATM

7.1 Disfunción Temporo mandibular:

Este término es usado para referirse a un número de patologías que involucran alteraciones musculares faciales y alteraciones propias de la ATM. Estas últimas pueden ser por problemas locales, sistémicos o traumatismo. Además puede haber una combinación de estas.

Clasificación:

- Alteraciones Miofasciales.

Documento Derogado

- Desarreglos Internos de la ATM: Desplazamiento anterior de disco con y sin reducción.
- Enfermedad Articular Degenerativa: Osteo artritis, Artritis reumatoide.
- Fenómeno de Disco Anclado.
- Reabsorción Condilea idiopática.
- Luxación aguda o crónica.
- Anquilosis.
- Neoplasias.
- Infección.

Las imágenes utilizadas para este tipo de alteración son las siguientes:

- Radiografía Panorámica.
- Radiografía de ATM: boca abierta y boca cerrada.
- Radiografía de Townes.
- Resonancia Magnética Nuclear.
- Tomografía Axial Computarizado.
- Imágenes Nucleares: Centellografia.

Tratamiento: depende de diagnóstico preciso de la Patología, y pueden haber combinaciones de tratamiento según el caso.

Estos son:

- Farmacológico: AINES y relajantes musculares.
- Férulas de autoreposicionamiento y posicionamiento anterior.
- Fisioterapia.
- Evaluación psicológica.
- Cirugía Cerrada: Artrocentesis, Artroscopia, según capacidad instalada.
- Cirugía Abierta: Plicación de disco articular , Artroplastia, Eminectomia, Osteosíntesis, Condilectomía, reemplazo completo articular.

Documento Derogado

En caso de Cirugía Cerrada:

Manejo:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Artrocentesis: Anestesia local sola o con sedación.
- Artroscopia: Anestesia General.
- Técnica Quirúrgica.
- Sutura para artroscopia.
- Post quirúrgico:

- Indicaciones.
- Medicación. Ver Anexo 1.
- Control.

En caso de tratamiento quirúrgico abierto:

Manejo:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia general.
- Técnica quirúrgica
- Sutura.
- Post quirúrgico:

- Indicaciones.
- Medicación. Ver Anexo 1.
- Control.

8. ALTERACIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

8.1 TRASTORNOS OBSTRUCTIVOS

8.1.1 RÁNULA:

Generalidades:

Ésta consiste en un pseudo quiste de retención salival que aparece en la glándula sublingual. Aunque se trata de una entidad que aparece generalmente

Documento Derogado

en niños y adolescentes, puede aparecer también en adultos. Su origen se vincula con una malformación del sistema de conductos de la glándula sublingual, un traumatismo a los conductos de la glándula o formación de sialolitos que obstruyen los conductos.

Entre las características clínicas que presentan están:
Se presenta como una tumoración blanda, de una tonalidad azulada, si está superficial, y si está profundo es de tonalidad rosa coral, que en etapas iniciales se limita a un lado del piso de la boca, limitado medialmente por el frenillo lingual.

La ránula puede aumentar de tamaño y cruzar la línea media, o bien atravesar el músculo milohioideo.

Manejo:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica.
- Sutura.
- Post quirúrgico:
  - Indicaciones.
  - Medicación. Ver Anexo 1.
  - Control.

8.1.2 MUCOCELE

Generalidades:

Es el acumulo de tejido mucoso en una cavidad del tejido conectivo que no está revestida por epitelio, y se relaciona con la sección traumática de un conducto que lleva a la extravasación del líquido en los tejidos circundantes. Al carecer de epitelio, se trata estrictamente de un pseudoquiste.

Documento Derogado

Aparece preferentemente en las glándulas salivales menores, con especial preferencia por labio inferior, aunque puede presentarse en el labio superior, mucosa oral, piso de la boca, lengua y paladar. Es una lesión que se presenta generalmente en jóvenes.

Las Características clínicas que presenta son:
Tumoraciones blandas, fluctuantes, bien limitadas, de un color azulado traslúcido. Pueden romperse dando lugar a la aparente resolución del cuadro, aunque puede recidivar en un plazo de tiempo variable.

Manejo:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica Quirúrgica
- Sutura.
- Post quirúrgico:
  - Indicaciones.
  - Medicación. Ver Anexo 1
  - Control.

8.1.3 SIALOLITIASIS

Generalidades:

Consiste en la presencia de cálculos en el sistema de conductos salivales, generalmente en los conductos excretores. Son unilaterales y pueden ser recidivantes.

Las características clínicas son:

1. Tumefacción y dolor en la región submaxilar.
2. La palpación bimanual permite localizar el cálculo y determinar su posición.

Documento Derogado

Manejo:

- Diagnóstico.
- Evaluación pre operatoria.
- Anestesia local según disponibilidad y condición del paciente.
- Técnica quirúrgica
- Sutura.
- Post quirúrgico:

- Indicaciones
- Medicación. Ver Anexo 1
- Control

8.2 TRASTORNOS FUNCIONALES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Generalidades:

Todas las enfermedades de las glándulas salivales afectan a su función en la producción y secreción de la saliva. La producción disminuye y su composición se modifica. Las alteraciones funcionales de las glándulas salivales son:

- Xerostomía.
- Ptialismo o hipersalivación.
- Sialoadenosis.

8.2.1 XEROSTOMÍA

Generalidades:

Consiste en la disminución o pérdida de saliva en la cavidad oral. Sus causas se atribuyen a una disminución de la producción de la saliva o un aumento de su consumo.

Puede ser crónica o transitoria. La sequedad oral es percibida por el paciente cuando el flujo de saliva disminuye al 50% del flujo normal del paciente. La pérdida de una glándula por un tumor no causa xerostomía.

Documento Derogado

La xerostomía se puede presentar aisladamente o conjuntamente con una xerosis (sequedad cutánea, de mucosas y conjuntiva).

Las características clínicas que presenta son:
Se presenta como un enantema difuso de la mucosa bucal que pierde su brillo característico y con una notable depapilación lingual, con disgeusia, disestesias, descamación labial, caries rampante y enfermedad periodontal rápidamente progresiva, trastornos de la deglución y de la fonación y dificultades en el uso de prótesis dentales.

El paciente refiere sed y la necesidad de aumentar el consumo de líquidos para conseguir la deglución de los sólidos.

Manejo:

- De la enfermedad de base: higiene oral exhaustiva, eliminar fármacos, corregir trastornos metabólicos presentes.
- Sintomático
- Uso de saliva artificial
- Estimulación de la salivación a través de fármacos

8.2.2 PTIALISMO O HIPERSALIVACIÓN

Generalidades:

Consiste en la salivación excesiva y que se diferencia de la sialorrea, entidad que se caracteriza por la incontinencia de saliva. Es un cuadro menos frecuente que la xerostomía, pero que causa severos problemas al paciente.

Las características clínicas son:
Acumulo excesivo de saliva con constante necesidad de deglución y pérdida del sellado labial.

Documento Derogado

Manejo:

- Manejo de la enfermedad de base y un tratamiento paliativo dirigido a frenar la secreción salival.

8.2.3 SIALOADENOSIS

Generalidades:

Es una enfermedad salival no inflamatoria debida a trastornos metabólicos y secretores del parénquima, que se acompaña de tumefacción bilateral no dolorosa de las glándulas parótidas.

Es la entidad nosológica que afecta con más frecuencia a la parótida del adulto (diabetes, menopausia e hipertiroidismo). Se trata de un aumento de tamaño de larga evolución, indolente y recurrente, que afecta generalmente a sujetos de más de cuarenta años de edad.

Las características clínicas son:

Tumefacción no neoplásica crónica y recidivante de las glándulas salivales, especialmente de las parótidas en ausencia de síntomas inflamatorios.

Manejo:

- No requiere. Si es de origen endócrino la tumefacción no cede, si es de orígen farmacológico puede remitir al retirar los fármacos. Puede considerarse la cirugía, si la tumefacción es estéticamente inaceptable.

9. TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Por definición un tumor es simplemente un abultamiento de tejido en sentido estricto, la palabra no implica un proceso neoplásico.

La neoplasia es un fenómeno biológico que en ocasiones no se puede diferenciar claramente de otros procesos o reacciones tisulares.

Documento Derogado

Aunque no hay una definición precisa de neoplasia, sin excepción, con frecuencia se le considera como un crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede una vez que desaparece el estimulo que produjo la lesión.

Shafer clasifica los tumores benignos y malignos de la cavidad oral, de la siguiente manera:

Tumores benignos de origen epitelial.
Lesiones premalignas de origen epitelial.
Tumores malignos de origen epitelial.
Tumores benignos de tejido conectivo.
Tumores malignos de origen conectivo.
Tumores benignos de origen muscular.
Tumores malignos de origen muscular.
Tumores benignos que se originan en el tejido nervioso.
Tumores malignos de origen nervioso.
Tumores metastásicos de los maxilares.
Tumores benignos de las glándulas salivales.
Tumores malignos de las glándulas salivales.
Quistes y tumores de origen odontogénico.
Tumores ectodérmicos de origen odontógeno.
Tumores mesodérmicos de origen odontógeno.
Tumores de tejido mixto de origen odontógeno.

Manejo:

- Evaluación preoperatoria.
- Anestesia general o anestesia local segun disponibilidad y condición del paciente.
- Toma de biopsia.
- Citología aspirativa por aguja fina (CAAF) en cavidades quisticas.

Si la respuesta del examen patológico es benigno:

Documento Derogado

- Tratamiento quirúrgico y manejo post quirúrgico.

Si la respuesta del examen patológico es maligno:

- Interconsulta con Hemato-oncologia y Cirugía Oncológica para definir plan de tratamiento a seguir.

10. PREVENCIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Los tres puntos importantes a tratar en odontología son:

- Patologías de base que requieren tratamiento profiláctico.
- Procedimientos odontológicos en pacientes con riesgo de endocarditis que requieren tratamiento profiláctico.
- Protocolo de antibióticos utilizado para prevenir una endocarditis bacteriana.

10.1. Indicaciones para la profilaxis contra la Endocarditis Infecciosa en pacientes que serán sometidos a procedimientos dentales.

La Profilaxis antibiótica está indicada en pacientes con:

- Válvulas cardiacas protésicas.
- Endocarditis Infecciosa previa.
- Enfermedad cardiaca congénita cianótica no reparada, incluyendo derivaciones paliativas y conductos.
- Defectos congénitos del corazón completamente reparados con materiales protésicos o dispositivo, durante los primeros seis meses después del procedimiento.
- Defectos congénitos del corazón reparados con defectos residuales en el lugar o adyacentes a la colocación de un parche protésico o dispositivo protésico que inhiben la endotelización.
- Receptores de trasplante cardíaco con valvulopatía cardiaca.
- Cardiopatía Reumática con válvulas protésicas o materiales protésicos utilizados en reparación de válvula.

Documento Derogado

La profilaxis antibiótica no está indicada en pacientes con:

- Defectos septales auriculares.
- Defectos del tabique ventricular.
- Ductos arteriosos permeables.
- Prolapso de la válvula mitral.
- Enfermedad de Kawasaki previa.
- Cardiomiopatía hipertrófica.
- Cirugía previa de derivación de la arteria coronaria.
- Marcapasos cardíacos (intravasculares y epicárdicos) y desfibriladores mi plantados.
- Válvulas aórticas bicúspides.
- Coartación de la aorta.
- Estenosis aórtica calcificada.
- Estenosis pulmonar.

10.2 Procedimientos odontológicos que requieren profilaxis antibiótica

- Todos los procedimientos que involucren manipulación de tejido gingival, la región periapical o perforación de la mucosa oral.

10.3 Procedimientos odontológicos que no requieren profilaxis antibiótica

- Anestesia local de rutina.
- Radiografías.
- Aparatología removible protésica u ortodóncica.
- Ajuste de aparatos ortodóncicos.
- Cambios fisiológicos de dentición temporal.
- Sangrado por trauma de mucosa oral o labial.

10.4 Protocolo para profilaxis antibiótica

Documento Derogado

El régimen antibioticoprofiláctico para procedimientos odontologicos (dosis única administrada 30 minutos Intra Muscular / Intra venoso y 60 minutos via oral antes de los procedimientos)

Tabla 2

Situación	Medicamento	Adultos	Niños
Capaz de tomar medicamento oral	Amoxicilina	2 g	50mg/kg
No puede tomar medicamento oral	Ampicilina	2g IM o IV	50mg/kg IM o IV
	Cefazolina o Ceftriaxona	1g IM o IV	50mg/kg IM o IV
Alérgico a la Penicilina o Ampicilina via Oral	Cefalexina	2g	50mg/kg
	Clindamicina	600mg	20mg/kg
	Azitromicina o Claritromicina	500mg	15mg/kg
Alérgico a la Penicilina o Ampicilina y no puede tomar medicamento oral	Cefazolina o Ceftriaxona	1g IM o IV	50mg/kg IM o IV
	Clindamicina	600mg IM o IV	20mg/kg IM o IV

Fuente: Dental Association. J. Am. Junio 2007.

Documento Derogado

VI. DISPOSICIONES GENERALES

Obligatoriedad.
Es responsabilidad del personal de salud de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, en los que se brinda los servicios de Cirugía bucal y maxilofacial, dar cumplimiento a la presente Guía Clínica, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

Revisión y actualización.
La presente Guía Clínica será revisada y actualizada cuando existan cambios o avances en los tratamientos o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

Derogatoria
Derógase la “Guía de estomatología, Cirugía Oral y Maxilofacial” de mayo 2007.

De lo no previsto.
Todo lo que no esté previsto por las presentes Guías Clínicas se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente

VII. VIGENCIA
La presente Guía Clínica entrará en vigencia a partir de la fecha de oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, veintiuno de septiembre de 2016.

Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

Documento Derogado

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

- **Líquidos Endovenosos**. (según Randalls):

Solución salina normal.

Solucion de Hartmann.

Dextrosa.

- **Antibióticos**:

Penicilina Sódica 4M UI cada 4 a 6 horas EV.

Ampicilina 1 gramo cada 8 horas EV.

Clindamicina 600 mg cada 8 horas EV.

metronidazole 500mg cada 8 horas EV.

Ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas.

- **Analgésicos :**

Acetaminofen 500 mg, tabletas. Cada 4-6 horas

Ketorolaco 30/60 mg EV, IM cada 6-8 horas.

Ketorolaco 20 mg VO.

- **Antiinflamatorios :**

Ibuprofeno 400 mg tableras. Cada 4-6 horas.

Diclofenaco Sodico 75 mg IV cada 12 horas.

Dexametazona 4mg/ml 2 ml cada 8 horas.

- **Antiulcerosos:**

Ranitidina 50 mg EV cada 12 horas o 150 mg VO cada 12 horas.

- **Antieméticos :**

Metoclopramida tabletas 10 mg VO o EV cada 8 horas.

Documento Derogado

- **Relajantes musculares:**

Metocarbamol tableta 400mg VO o EV cada 8 horas.

- **Ansiolíticos:**

Bromacepan tableta 4mg cada 24 horas VO.

- **Narcóticos:**

Morfina 10 mg EV, IM o SC. Cada 8-12 horas.

Pethidine 100 mg EV< IM o SC cada 8 horas.

Tramadol 50/100 mg EV, VO, IM, SC cada 8 horas.

Nalbufina 10 mg EV, IM , SC cada 8 horas.

Documento Derogado

IX. BIBLIOGRAFÍA

- An analysis of 2067 cases of zygomatical orbital fractures, J Oral Maxillofac Surg. Ellis E , El-Attar: 1985
- Anomalías y deformidades congénitas y del crecimiento . En: Cirugía maxilofacial: patología quirurgica de la cara, boca, cabeza y cuello . Raspall G. 1997.
- Cirugía Oral, Texto y Atlas en color. Matteo Chiapasco. 2004
- "Cirugía Oral". Carlos Navarro Vila. Madrid 2009
- Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery , Mosby, Inc , An Elsevier Imprint Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR .2008
- Dental Association. J. Am. Junio 2007.
- Dental Management of the Medically Compromised Patient. Little, James W. 2007
- Evidence-based guideline for The management of high blood pressure in adults; report from tha panel members appointed to the Eighth Joint National committee (JNC 8). James PA, Oparil S, carter BL, JAMA 2013.
- Fractures of the mandible: a review of 590 cases , J Oral Maxilofacial Surgery. Olson RA , Fonseca RJ , Zeitler DL y cols. 1982.
- http://www.basesmedicina.cl/cirugia/16_1_heridas/contenidos_INTERIOR.htm
- Local Anesthesia with epinephrine is safe an efective for oral surgery in patients with type 2 diabetes mellitus and coronary disease: a prospective randomized study. Clinics. Santos-Paul MA, Neves RS, Ramires JA. 2015.
- Management of diabetes mellitus in surgical patients. Diabetes Spectrum Dagogo-Jack S, Alberti K. 2002.
- Oral and Maxilofacial Surgery vol.120 No.1 July 2015
- Tratado de Cirugía Bucal Tomo I , Gay C. Madrid, España : 341-342
- Tratado de patología bucal. Shafer W G, Hine M K, Levy B M, Tomich Ch. 2000.
- The impac on dentristry of recent advances in the management of hypertension. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod .Little JW. 2000.

Documento Derogado

- Thyroid Disorders. Part I: Hyperthyroidism. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Little JW. 2006.

Documento Derogado