MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

Lineamientos técnicos de salud bucal del Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

San Salvador, junio de 2017

Documento Derogado

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención
Unidad de Salud Bucal

Lineamientos técnicos de salud bucal del Sistema Nacional de Salud

El Salvador, junio de 2017

Documento Derogado

FICHA CATALOGRÁFICA

2017 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 este Lineamiento, 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.

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 Dra. Cecilia Somoza de Díaz Dr. Leonardo Herrera	Unidad de Atención integral e integrada a la Salud Bucal. Ministerio de Salud. (MINSAL)
Lic. Luis Francisco López Lic. Fernando Iraheta Dra. Mayra Sáenz de Hernández	Dirección de Regulación y Legislación en Salud Ministerio de Salud. (MINSAL)
Dr. Yúdice Stanley Torres	Comando de Sanidad Militar. (COSAM)
Dra. Gloria Alarcón de Torres	
Dr. Ricardo Erazo	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. (ISBM)
Dra. Ana Guadalupe de Miranda	Instituto Salvadoreño del Seguro Social.(ISSS)
Dr. Roberto Zabdiel Ramos	Fondo Solidario para la Salud.(FOSALUD)

Comité consultivo

Comité Interinstitucional de Salud Bucal

Dr. Darío González	Región de Salud Paracentral
Dr. Mario López Urbina	Región de Salud Metropolitana
Dr. Johny Martínez Salmerón	Región de Salud Oriental
Dra. María Hortensia Moreno de Figueroa	Región de Salud Central

Documento Derogado

Índice

I. Introducción 1

II. Base legal 2

III. Objetivos 2

IV. Ámbito de aplicación 3

V. Actividades de promoción de la salud y educación para la salud bucal intra y extramurales 3

VI. Atenciones odontológicas preventivas 5

VII. Enfermedades bucales y su tratamiento 6

A. Enfermedades Bucales Infecciosas 6

1. Bacterianas: de tejidos blandos y duros. 6

1.1 Enfermedades bacterianas de tejidos duros: 6

1.1.1 Caries 6

1.1.2 Periodontitis simple o crónica del adulto 6

1.1.3 Periodontitis agresiva (juvenil) 7

1.1.4 Periodontitis ulcero necrotizante (PUN) 8

1.1.5 Pericoronitis 8

1.1.6 Pulpitis: reversible e irreversible 9

1.1.7 Complicaciones post extracción 10

1.1.8 Alteraciones periapicales Agudas 10

1.2 Enfermedades bacterianas de tejidos blandos 13

1.2.1 Gingivitis 13

1.2.2 Absceso gingival 14

1.2.3 Absceso pericoronal 15

1.2.4 Absceso profundo de la lengua 15

1.2.5 Absceso subperióstico 16

1.2.6 Celulitis 16

B. Virales 17

1.Gingivoestomatitis herpética aguda (estomatitis herpética) 17

2. Leucoplasia vellosa o pilosa 17

3. Herpes simple 18

4. Aftas Recurrentes 18

Documento Derogado

5.Citomegalovirus CMV 19
C. Micóticas 19
1. Candidiasis oral 19
2. Queilitis angular 20
D. Quistes 21
1. Quistes de origen odontogénico 21
2. Quiste gingival infantil 21
3. Quiste primordial: queratoquiste odontogénico. 21
4. Quiste dentígero. 22
5. Quiste de erupción. 22
E. Neoplasias 22
1.Sarcoma de Kaposi 23
2. Linfoma No Hodgkin 24
F. Alteraciones de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) 24
1. Luxación mandibular. 24
2. Trismus mandibular. 24
3. Bruxismo 25
4. Chasquido. 26
G. Alteraciones de las glándulas salivales 26
1. Parotiditis y sialoadenitis 26
H. Trauma Facial 27
1. Fractura Dental 27
2. Luxación de dientes permanentes. 28
3. Extrusión dental. 29
4. Avulsión dental. 29
5. Fractura alveolar. 29
6. Fracturas maxilares y mandibulares. 30
I. Otras: 30
1.Neuralgia del trigémino 30
2.Osteomielitis 31
3. Dientes incluidos. 31
4.Púrpura Trombocitopénica Idiopática 32
5.Hiperpigmentación melanótica 32
6.Adenitis cérvico facial aguda inespecifica 32
7.Angina de Ludwing 33

Documento Derogado

8. Granuloma piógeno 34
9. Eritema gingival lineal 34
10.Liquen plano 35
11. Penfigoide en las mucosas orales 36
12. Pénfigo vulgar en las mucosas orales 37
13. Eritema multiforme 38
14. Lupus eritematoso sistémico 39
15. Manifestaciones de reacciones alérgicas en la cavidad bucal 39
16. Alergias a materiales dentales 40
17. Alergias a cremas dentales y enjuagues bucales 40
18.Alergias alimenticias 40
19. Lesiones traumáticas 41
20. Lesiones gingivales inducidas por químicos. 41
21. Lesiones físicas 41
22. Trauma térmico 42
23. Condiciones o deformidades del desarrollo o adquiridas 42
24.Deformidades y condiciones mucogingivales adyacentes a los dientes 42
25. Condiciones y deformidades mucogingivales en rebordes edéntulos 43
26. Dientes impactados 43
27. Piezas dentarias retenidas 43
28. Piezas dentarias incluidas 44
29. Trauma oclusal 44
30.Hipersensibilidad dentaria 45
VIII. Urgencias o emergencias en odontología 46
IX. Manifestaciones orales por infección con el virus de inmunodeficiencia humana y su tratamiento. 46
X. Atención odontológica a la embarazada 47
XI. Atención odontológica a los niños y niñas 47
XII. Atención odontológica en pacientes comprometidos sistémicamente. 48
XIII. Disposiciones finales 48
XIV. Vigencia 48
XV. Glosario 49
XVI. Bibliografía 49

Documento Derogado

I. Introducción

En el marco de la profundización de la Reforma de Salud, es indispensable la actualización de los diferentes instrumentos técnico jurídicos que respondan a la modernización de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo cual garantiza la consolidación de dicha reforma y el cumplimiento de la nueva Política Nacional de Salud (2015-2019) que en su Eje 1 denominado Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) específicamente en su línea de acción 4.3.13 manda establecer un sistema participativo que integre estrategias y acciones de corto, mediano y largo plazo para la promoción de la salud bucal.

La salud bucal representa un problema de salud que debe ser abordado desde múltiples aspectos que parte de patrones culturales y que indiscutiblemente tienen un enorme componente social que determina la forma en que se aborda esta situación, por tal motivo la atención integral de esta debe de acompañarse de la sustentación legal necesaria y los lineamientos necesarios que garanticen la intervención de esos aspectos.

Congruente con lo anterior y en atención al objetivo específico dos de la Política Nacional de Salud Bucal, el Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Bucal en coordinación con las instituciones prestadoras de servicios de salud bucal del SNS, han elaborado los Lineamientos técnicos de salud bucal, con el propósito de homologar procedimientos generales para el abordaje de las patologías bucales, con la finalidad que el personal de salud prevenga y detecte oportunamente las mismas, de acuerdo a la oferta de servicios de cada Institución.

Los presentes lineamientos técnicos, contienen el conjunto de acciones orientadas a la identificación y manejo de las patologías bucales que con mayor frecuencia afectan a la población salvadoreña, incluyendo la promoción de estilos de vida saludable, educación y prevención de las mismas en todos los establecimientos del SNS.

Documento Derogado

II. Base legal

Constitución de la República

Artículo 65.- La salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Código de Salud

Artículo 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Artículo 42.- Compete al Ministerio de Salud: Numeral 2: "Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población"

III. Objetivos

A. General:

Armonizar la prestación de servicios de atención odontológica en la promoción, educación, prevención, detección y manejo oportuno de las enfermedades bucales, en las RIIS del SNS.

B. Específicos:

1. Establecer lineamientos técnicos para la prestación de servicios de salud bucal en los diferentes establecimientos del SNS.

2. Definir las actividades de promoción y educación en salud bucal, así como las intervenciones preventivas para la reducción de la prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población salvadoreña.

3. Establecer los criterios clínicos para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías bucales, en las RIIS del SNS.

Documento Derogado

IV. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos Técnicos, todos los cirujanos dentales u odontólogos que se desempeñan en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

V. Actividades de promoción de la salud y educación para la salud bucal intra y extramurales:

Las actividades a desarrollar dentro y fuera de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo al ISSS, son las siguientes:

Promoción de la Salud:

Para promover la salud bucal y prevenir enfermedades bucales, el personal de salud del SNS deberá fortalecer y promover la organización comunitaria y la participación activa y consciente de la población, debiendo realizarse con mayor intensidad en el ámbito comunitario para el eficaz logro de resultados.

La promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades bucales, requiere del análisis conjunto entre la población y las instituciones prestadoras de salud, junto con la coordinación de esfuerzos intersectoriales, para aumentar la concientización sobre la problemática de salud bucal, por lo que el personal del SNS en coordinación con otros sectores y en colaboración estrecha con la ciudadanía debe:

1. Participar e integrarse al Foro Nacional de Salud conjuntamente con otras instancias de la sociedad civil en la organización de la comunidad y la participación de la misma para impulsar el abordaje integral y participativo en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades bucales.

2. Abordar, desde la determinación social de la salud, la problemática actual de la salud bucal de la población salvadoreña en los diferentes espacios intersectoriales, departamentales y municipales.

3. Coordinar intersectorialmente con otros actores la ejecución de acciones de promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades bucales de una manera conjunta para el abordaje integral de la salud bucal.

4. Fomentar en la población la adopción de prácticas adecuadas para el autocuidado de la salud bucal.

5. Fortalecer en el liderazgo comunitario el análisis de sus principales problemas odontológicos desde la determinación social de la salud.

6. Realizar intervenciones educativas y de movilización social con las comunidades, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, orientadas a la participación, educación y promoción de su salud bucal.

Documento Derogado

7. Utilizar diferentes metodologías lúdicas (sociodramas, teatrillos escolares y comunitarios, caminatas, desfiles, ferias entre otros) para el abordaje integral de la salud bucal en todos los ciclos de vida.

8. Gestionar espacios en los diferentes medios de comunicación social, para socializar la situación actual de la salud bucal y divulgar mensajes educativos a la población con la finalidad de evitar enfermedades bucales.

9. Implementar la estrategia de Información, Educación y Comunicación para cambios de comportamientos en salud bucal, de junio de 2015.

Educación para la Salud:

- Charlas educativas: es una técnica fácil de programar, que permite la participación de grupos mediante la presentación o explicación de un tema al público meta en algún tema tratado. (orientadas a la importancia de la higiene y salud bucal así como a la prevención de las patologías bucales más frecuentes, entre otras); la charla dura de 15 a 30 minutos como máximo.

- Sesiones educativas: son reuniones desarrolladas con grupos organizados, en forma planificada y secuencial con la finalidad de cumplir objetivos previamente establecidos. en ellas se hace el uso de diferentes técnicas educativas y participativas tales como: teatrillos, análisis de casos, demostraciones, sociodramas, trabajo en sub-grupos y otras metodologías educativas afines; el tiempo de duración es de 1 a 2 horas (aplica por el momento únicamente en el MINSAL).

- Entrevistas educativas: es la conversación entre dos personas, en la cual el personal de salud y las personas participantes exponen temáticas y ponen en practica actividades para el cuidado de la salud; el tiempo de duración de la entrevista es de 15 a 30 minutos (aplica por el momento únicamente en el MINSAL).

- Consejerías: es una técnica de educación individual o de pareja a través de la cual el personal de salud, proporciona el apoyo necesario, transmitiendo información amplia y veraz sobre un tema o situación en particular (consejería sobre la higiene bucal en los diferentes grupos de edad, consejería sobre tratamientos correctivos, entre otras). El tiempo de duración de la consejería es entre un mínimo de cuarenta y cinco minutos y un máximo de 2 horas.

- Demostraciones: es una secuencia de pasos lógicos que conducen a la conclusión deseada, en este caso el proceso tiene como finalidad el garantizar conocimientos y actitudes favorables para la realización de una conducta deseada; el tiempo de duración para una demostración pueden ir desde los 15 a 30 minutos.

- Capacitaciones: es la ejecución de una serie de procesos formativos a través de los cuales se imparten a grupos de personas, uno o varios temas; toda capacitación deberá estar regida por un programa que comprende: objetivos,contenidos a impartir, metodología a utilizar, recursos didácticos

Documento Derogado

necesarios, tiempo por cada actividad y responsables del desarrollo de la misma; la duración mínima de una capacitación es de 4 horas. (por ejemplo a maestros, maestras y líderazgos comunitarios en temas de interés de acuerdo a la problemática de salud bucal de cada territorio)

El personal del MINSAL debe incluir lo programado en su plan operativo anual todas las acciones a realizar en los diferentes escenarios: familiar, laboral, escolar y comunitario (ver estrategia de IEC-de salud bucal) en el Plan de Promoción de la salud y Educación para la Salud que ya existen en cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

En el caso del ISSS dentro del establecimiento, el personal técnico en higiene dental es el responsable de realizar lo antes expuesto.

VI. Atenciones odontológicas preventivas

La prevención de las enfermedades bucales está basada en tres pilares fundamentales:

a) Prevención primaria: relacionada con todas las medidas y métodos que contribuyan a evitar las enfermedades bucales, siendo su objetivo principal impedir o retrasar la aparición de las mismas.

b) Prevención secundaria: relacionada con la identificación temprana de las enfermedades bucales, con la finalidad de prevenir complicaciones, impidiendo o retrasando el desarrollo de las mismas.

c) Prevención terciaria: dirigida a todas aquellas personas que presenten complicaciones para limitar el daño de las estructuras bucodentales y de mejorar la calidad de vida, teniendo como objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de las enfermedades bucales.

Las atenciones odontológicas preventivas que se realizan dentro y fuera de los consultorios odontológicos son:

- Aplicación tópica de flúor
- Aplicación de sellantes de fosas y fisuras
- Profilaxis

En el ISSS, el personal técnico en higiene dental es el responsable de realizar lo antes expuesto.

La aplicación tópica de flúor y los sellantes de fosas y fisuras son realizadas por los Odontopediatras en el Hospital Militar Central (HMC).

Documento Derogado

VII. Enfermedades bucales y su tratamiento

A. Enfermedades bucales infecciosas

1. Bacterianas: de tejidos blandos y duros.

1.1 Enfermedades bacterianas de tejidos duros:

1.1.1 Caries

La caries es una enfermedad infecciosa, crónica, transmisible y de etiología multifactorial, que se caracteriza por la destrucción de la porción orgánica y desmineralización del componente inorgánico de la estructura dental.

Signos y síntomas

Puede observarse o no, cambios en la coloración de la estructura dental o cavitaciones de diferentes tamaños y formas; cuando este proceso ha progresado lo suficiente, se presentan cambios en la consistencia de la dentina, sensibilidad a cambios térmicos, a lo dulce y ácido, dolor dental.

Tratamiento:

- Obturación de amalgama de plata en piezas posteriores
- Obturación de resina en piezas anteriores y posteriores
- Obturación con ionómero de vidrio de autocurado, técnica: Práctica de restauración atraumática (PRAT). Realizado únicamente por el MINSAL, en escenario extramural, que no se cuente con sistema rotatorio.

1.1.2 Periodontitis simple o crónica del adulto

Es la inflamación de la encía que se extiende y afecta los tejidos de soporte de los dientes con daño y pérdida de inserción de los tejidos adyacentes, la enfermedad se caracteriza por la pérdida de inserción clínica, destrucción del ligamento periodontal y soporte óseo.

Signos y síntomas:

Edema y eritema gingival, sangramiento al sondeo, supuración, recesión gingival, pérdida ósea, aumento de movilidad dental, migración patológica, puede ser localizada o generalizada.

Documento Derogado

Tratamiento:

- Raspado y alisado supragingival.
- Prescribir enjuagues antisépticos.
- Raspado y alisado radicular.
- Corrección de contactos dentales para evitar impacto alimenticio.
- Evaluación y manejo del trauma oclusal.
- Eliminación de factores locales que contribuyen a la retención de placa bacteriana.
- Técnicas de higiene oral.

En el ISSS y COSAM, será el periodoncista el responsable de realizar los procedimientos antes expuestos.

1.1.3 Periodontitis agresiva (juvenil)

Se caracteriza por una rápida y agresiva pérdida de inserción y de hueso alveolar de soporte de las piezas dentales involucradas. Puede ser localizada o generalizada.

Signos y síntomas:

Poco irritante local, bolsas periodontales profundas, pérdida de inserción avanzada, posible movilidad dental y migración patológica de las piezas, recesiones gingivales.

Tratamiento:

- Raspado y alisado supra gingival.
- Prescribir antibiótico y enjuague antiséptico.
- Raspado y alisado radicular.
- Corrección de contactos dentales para evitar impacto alimenticio.
- Eliminación de factores locales que contribuyen a la retención de placa bacteriana.
- Técnicas de higiene oral.

En el ISSS, y en el COSAM será el periodoncista el responsable de realizar los procedimientos antes expuestos.

Documento Derogado

1.1.4 Periodontitis úlcero necrotizante (PUN)

Es una lesión de evolución rápida, con cambios en el contorno gingival semejantes a ulceración y necrosis en las papilas, lo cual puede favorecer la sobreinfección por parte de microorganismos oportunistas.

Signos y síntomas

Se caracteriza por cráteres y discontinuidad gingival acompañados de hemorragia espontánea, dolor intenso, rápida destrucción del tejido de la encía y del hueso de soporte, movilidad dental grado III y halitosis, presencia de tejidos ulcerados alrededor del cuello de los dientes.

Tratamiento

- Raspado y alisado supragingival / radicular
- Prescribir antibiótico y enjuague antiséptico.
- Técnicas de higiene oral

En el ISSS, será el odontólogo o el higienista el responsable de referir a través del odontólogo de la Unidad Médica al periodoncista a los usuarios que presenten esta patología.

En el COSAM será el odontólogo general el responsable de evaluar y referir al odontólogo periodoncista.

1.1.5 Pericoronitis

Inflamación del pliegue gingival (tejido de la encía) que rodea la corona de un diente, habitualmente asociada a la erupción de un tercer molar. Ante la presencia de un proceso infeccioso se conoce como pericoronaritis, la cual se puede presentar de las siguientes formas:

a) Pericoronaritis aguda.

b) Pericoronaritis crónica.

Documento Derogado

Pericoronaritis aguda.

Signos y síntomas:

Dolor agudo y acentuado a la masticación, que puede irradiarse a la faringe o la rama ascendente de la mandíbula, mucosa eritematosa por detrás del molar, cubre una parte de la corona del molar.

Pericoronaritis crónica

Signos y síntomas:

Dolor retromolar intermitente acompañado de trismo, puede cursar con ausencia absoluta de síntomas o estos pueden ser: halitosis marcada, faringitis repetidas, adenopatía crónica o abscesos periamigdalinos unilaterales.

Tratamiento de pericoronaritis aguda y crónica:

- Prescribir analgésico, antiinflamatorio y antibiótico.
- Debridado e irrigación con suero fisiológico o solución antiséptica.
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal.
- Operculectomía.
- Exodoncia de la pieza.

En el ISSS y COSAM será el odontólogo general el encargado de evaluar, tratar la emergencia y medicar, luego hacer la respectiva referencia al cirujano maxilo-facial.

1.1.6 Pulpitis: reversible e irreversible

Pulpitis reversible

Es una condición inflamatoria de la pulpa causada por estímulos nocivos, la cual es capaz de retornar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo.

Síntomas
Dolor dental agudo de corta duración que desaparece al retirar el estímulo, puede ser al frío, calor, dulce, ácido, prótesis mal adaptadas, obturaciones altas.

Tratamiento.

- Obturación de amalgama de plata o resina de fotopolimerizado según sea el caso, posterior a un recubrimiento pulpar indirecto.
- Obturación con ionómero de vidrio de autocurado, extramuralmente. (este procedimiento por el momento es realizado únicamente por el MINSAL, cuando no se cuente con equipo rotatorio)
- Ajuste oclusal.

Documento Derogado

Pulpitis irreversible
Inflamación grave de la pulpa dental, que aunque se elimine la causa, la inflamación persiste y frecuentemente evoluciona a necrosis si no es tratada.

Síntomas
Dolor agudo, espontáneo, continuo e intermitente.

Tratamiento:

- Reducción de la presión o eliminación de la pulpa inflamada o tejido perirradicular.
- Pulpotomías en piezas temporales.
- Tratamiento de conductos radiculares (por el momento es realizado por ISSS, ISBM y COSAM)
- Obturación de amalgama de plata o resina de fotopolimerizado según sea el caso.
- Exodoncia, cuando el grado de destrucción de la pieza dentaria no permite otro tipo de procedimiento.

1.1.7 Complicaciones post extracción

Alveolitis

Es una inflamación e infección del alvéolo dentario post exodoncia. Puede ser de dos tipos seca y húmeda.

Signos y síntomas

Alveolitis húmeda: presencia de coágulo patológico, putrefacto, dolor de tipo moderado, aliento fétido, sensación de pulsación en la zona.

Alveolitis seca: ausencia de coágulo con el hueso expuesto, dolor intenso y permanente.

Tratamiento

- Irrigación con suero fisiológico o solución antiséptica
- Prescripción de analgésicos
- Antibioterapia

1.1.8 Alteraciones periapicales agudas

Absceso periapical (dentoalveolar o alveolar)

Es un proceso supurativo agudo o crónico de la región periapical dental, se puede desarrollar directamente como una periodontitis apical aguda después de una pulpitis aguda, pero con más frecuencia se origina en un área de infección crónica, como el granuloma periapical.

Documento Derogado

Signos y síntomas

Inflamación aguda del periodonto apical, dolor agudo e intenso, linfadenitis regional y fiebre.

Tratamiento

- Prescribir analgésico y antibiótico.
- Drenaje.
- Tratamiento de conductos radiculares en adelante TCR (este procedimiento por el momento es realizado únicamente por el ISSS y COSAM)
- Exodoncia cuando este indicada

Absceso dentoalveolar agudo

En evolución:

Se caracteriza por la aparición de una tumefacción de los tejidos blandos intra y extra orales, edema difuso y cantidad considerable de pus que tiende al drenaje a través de áreas de menor resistencia. Se presenta con dolor espontáneo intenso, pulsátil y localizado, radiográficamente se observa un aumento de espacio del ligamento periodontal a nivel apical.

Evolucionado:

Es la última fase de los abscesos, la colección purulenta en su marca evolutiva ya ha perforado el periostio y se encuentra distribuida en toda la región submucosa, pronta a drenar espontáneamente o con ayuda de una incisión.

Se caracteriza por dolor espontáneo, pulsátil, extrusión dental, ausencia de vitalidad pulpar, edema voluminoso, localizado y fluctuante.

Tratamiento

- Tratamiento de canales radiculares(TCR). Realizado únicamente por el ISSS y COSAM)
- Exodoncia (cuando aplique)

Documento Derogado

Absceso dentolveolar crónico

Es el proceso inflamatorio e infeccioso de poca intensidad y larga duración, localizado en los tejidos periapicales de los dientes, caracterizado por una pequeña acumulación purulenta.

Generalmente son asintomáticos, la pieza no responde a pruebas de vitalidad pulpar, se encuentra oscurecimiento de la corona del diente, fístulas pueden estar o no presentes. Radiográficamente hay cambios que van desde engrosamiento del ligamento periodontal y resorción de la lámina dura hasta destrucción del hueso periapical con francas lesiones periapicales.

Tratamiento:

- TCR. Realizado únicamente por el ISSS y COSAM)
- Exodoncia (cuando aplique)

Absceso periodontal

Son infecciones periodontales localizadas de origen bacteriano, de carácter purulento que pueden ser una característica clínica en pacientes que presentan enfermedad periodontal crónica moderada o severa. Su aparición se da en pacientes sin tratamiento, con él, o incluso en quienes están en curso de tratamiento y pueden ser de corta o larga duración. El diagnóstico está de acuerdo a la localización de la enfermedad infecciosa.

La aparición de los abscesos está relacionada con la carga bacteriana, la microbiología de estas infecciones es muy similar a la enfermedad periodontal.

A pesar de lo anterior hay factores que pueden aumentar la posibilidad de inicio del absceso como: cierre u oclusión de la bolsa periodontal, compromiso de furca, tratamiento sistémico con antibióticos, diabetes, trauma dental, perforaciones endodónticas laterales y anomalías dentales anatómicas.

Signos y síntomas:

- Dolor
- Inflamación
- Cambio de color
- Movilidad dental
- Extrusión
- Purulencia
- Formación de tractos sinuosos
- Fiebre
- Linfoadenopatía

Documento Derogado

Tratamiento:

El objetivo del tratamiento es aliviar los signos y síntomas, se debe establecer un drenaje y eliminar la placa, cálculos y demás irritantes de la bolsa. Debe complementarse con irrigación de la bolsa, ajuste oclusal limitado y terapia antimicrobiana. De acuerdo al nivel de destrucción periodontal y de las condiciones del paciente se pueden considerar la terapia quirúrgica o la exodoncia.

En el ISSS y COSAM será el odontólogo general el responsable de evaluar, medicar y referir al odontólogo especialista para su tratamiento.

1.2 Enfermedades bacterianas de tejidos blandos

1.2.1 Gingivitis:

Aguda: Es una inflamación de la encía en ausencia de destrucción clínica de la inserción epitelial, sin manifestaciones de pérdida del hueso alveolar de soporte.

Dentro de esta clasificación puede incluirse la gingivitis del embarazo, la cual se da por la liberación de la hormona relaxina que provoca una relajación en el ligamento periodontal produciendo una pequeña movilidad dental, la cual favorece al acúmulo de restos alimenticios entre los dientes, provocando la inflamación de las encías.

Crónica: Se desarrolla casi siempre sin presencia de dolor, se puede presentar en un diente, un grupo de dientes, o bien de manera generalizada en todos los dientes

Existen factores locales que agravan a la gingivitis y la llegan a convertir en una crónica, por ejemplo las restauraciones dentales defectuosas, una mala posición dental donde se desbordan los límites cervicales, lo que generalmente se da en tratamientos de ortodoncia.

Signos y síntomas

Enrojecimiento y edema de la encía, sangramiento gingival a cualquier estímulo, presencia de cálculo o placa bacteriana, dolor (en la crónica puede o no haber dolor), no hay evidencia de destrucción de la cresta ósea.

Tratamiento

- Técnicas de higiene oral.
- Raspado y alisado supragingival.
- Profilaxis.
- Indicar uso de enjuague antiséptico (La prescripción en el ISSS, MINSAL, FOSALUD, ISBM y COSAM la realiza el odontólogo general y especialista).

Documento Derogado

En el ISSS, será el personal técnico en higiene dental el responsable de realizar los procedimientos antes expuestos y de ser necesario hará la referencia oportuna a odontólogo periodoncista.

En el COSAM será el odontólogo general el encargado de realizar los procedimientos antes expuestos y si es necesario de igual forma hará su referencia al odontólogo periodoncista.

Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN)

Es una infección de las encías que causa úlceras, inflamación, y tejidos necróticos en la boca.

Signos y síntomas

Dolor en las encías, encías que sangran fácilmente, mal sabor en la boca, halitosis, encías rojas e inflamadas, residuo gris en las encías, úlceras grandes o pérdida de tejido en las encías, fiebre, nódulos linfáticos inflamados.

Tratamiento:

- Prescribir analgésicos y antibióticos para eliminar la infección (GUN).
- Irrigar y desbridar el tejido necrótico.
- Raspado y alisado supra gingival.
- Controles subsecuentes, uno cada dos días aproximadamente.
- Pacientes sistémicamente comprometidos que no estén controlados. Realizar interconsulta médica.
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal.

En el ISSS, será el odontólogo o el personal técnico en higiene dental el responsable de hacer interconsulta y referir al periodoncista a los usuarios que presenten esta patología.

En el COSAM será el odontólogo general el encargado de realizar estos tratamientos y debe referir al odontólogo periodoncista si lo considere necesario.

1.2.2 Absceso gingival

Infección purulenta localizada, de expansión rápida, que afecta el margen gingival o la papila interdental, puede llegar a involucrar zonas previamente sanas.

Tratamiento:

El principal objetivo del tratamiento es eliminar los signos y síntomas agudos los más pronto posible, por medio del drenaje y su terapia antimicrobiana.

En el ISSS y COSAM será el odontólogo general el responsable de evaluar, medicar y referir al odontólogo especialista para su tratamiento.

Documento Derogado

1.2.3 Absceso pericoronal

Infección purulenta localizada dentro de los tejidos que rodean la corona del diente, usualmente se presenta en el área de las terceras molares. La aleta de la encía que cubre el diente se torna roja e inflamada, la infección se puede extender a orofaringe y base de la lengua e involucrar nódulos linfáticos. El paciente presenta dificultad para tragar y trismus, esta infección está asociada principalmente a bacterias anaerobias gram-negativas.

Tratamiento:

El tratamiento está dirigido a aliviar prontamente los signos y síntomas de la infección, por lo tanto se debe irrigar y debridar la superficie interna de la encía pericoronal y se debe dar terapia antibiótica y recontornear el tejido.

De acuerdo a las necesidades del paciente, se debe considerar la extracción del diente en cuestión.

En el ISSS y COSAM será el odontólogo general el responsable de evaluar, medicar y referir al odontólogo especialista para su tratamiento.

1.2.4 Absceso profundo de la lengua

Después de pequeños signos de infección bucofaríngea e incluso de escalofríos seguidos de elevación térmica, la lengua aumenta bruscamente de volumen, los movimientos están impedidos, lo que provoca trastornos de la fonación y la deglución. El dolor se localiza en la base de la lengua con irradiación al pabellón auricular.

Tratamiento:

Debe evitar la propagación al suelo bucal, lo cual se logra drenando el absceso y con uso de agentes antimicrobianos.

En el caso del MINSAL se referirá a cirujano maxilofacial de los establecimientos de segundo o tercer nivel de atención

En el ISSS y COSAM será el odontólogo general el responsable de evaluar, medicar y referir al cirujano maxilofacial para su tratamiento.

Documento Derogado

1.2.5 Absceso subperióstico

Puede aparecer después de la cicatrización, de la herida de un tercer molar inferior. Puede presentarse como una tumefacción indurada en el tejido mucoperióstico que llega hasta el primer molar o el segundo premolar.

Tratamiento:

Cuando se hace el diagnóstico debe iniciarse el tratamiento con termoterapia y tan pronto como se palpe la fluctuación debe hacerse incisión y drenaje del absceso.

El tratamiento antimicrobiano sólo se justifica en caso de repercusión sistémica de la sepsis.

En el ISSS y COSAM será el odontólogo general el responsable de evaluar, medicar y referir al cirujano maxilofacial para su tratamiento.

1.2.6 Celulitis

Consiste en una inflamación difusa y supurativa de los tejidos blandos, que no está circunscrita a una región y a diferencia del absceso, tiende a diseminarse a través de los espacios tisulares y a lo largo de los planos aponeuróticos.

La celulitis de la cara y el cuello con mayor frecuencia resultan de infecciones dentales, ya sea como secuela de un absceso apical, de una osteomielitis o después de una infección periodontal. Un trastorno clínico muy común es la infección pericoronal o pericoronitis, que se presenta alrededor de los terceros molares en erupción o parcialmente impactada y que provocan celulitis y trismus.

Tratamiento:

La celulitis se trata mediante la administración de antibióticos y la eliminación de la causa de la infección. Aunque este trastorno es extremadamente grave, por lo general la resolución es rápida si se aplica el tratamiento adecuado y son poco comunes las secuelas desfavorables.

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

Documento Derogado

B. Virales:

1. Gingivoestomatitis herpética aguda (estomatitis herpética)

Es una infección viral de la boca que ocasiona úlceras e inflamaciones.

Signos y síntomas:

Dolor generalizado en encía y mucosa oral, inflamación y vesículas llenas de líquido que se rompen y ulceran, puede presentar linfadenopatía, fiebre y malestar general.

Tratamiento:

- Prescribir analgésico, antivirales y enjuagues antisépticos.
- Orientar al paciente sobre dieta líquida de bebidas no ácidas y frías.
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal.

Los trastornos bucales provocados por virus, pueden o no ser dolorosos, y raramente son eliminados por completo del organismo. En pacientes seropositivos a VIH, se han observado infecciones por varios virus, como Epstein-Barr, Herpes Simple, Herpes Zóster, Citomegalovirus y el Papilomavirus Humano.

2. Leucoplasia vellosa o pilosa

Es una hiperplasia benigna asociada al virus de Epstein-Barr y Papiloma Virus, con mayor frecuencia puede aparecer en estados avanzados de inmunosupresión por infección por VIH. Normalmente la leucoplasia vellosa se presenta en cuadros con conteos de CD4 menores de 100/mm³.

Signos:
La lesión puede ser unilateral o bilateral, casi siempre ubicada en la superficie inferolateral de la lengua, caracterizada por placas verrugosas corrugadas de color blanco grisáceo. En las superficies de las lesiones, en ocasiones se observa una acumulación de cándida.

Su diagnóstico es clínico al observar áreas blanquecinas no desprendibles.

Tratamiento
- Terapia antiviral.
- En casos excepcionales se extirpa quirúrgicamente.

Documento Derogado

3. Herpes simple

Es una enfermedad infecciosa inflamatoria de tipo vírico. Las lesiones herpéticas causadas por el virus del Herpes Simple, se dividen en VHS Tipo I y VHS Tipo II. El primero, causa típicamente las lesiones orales, y el segundo, normalmente está asociado con las lesiones en áreas genitales.

Durante los brotes, el virus se activa y provoca una cadena de eventos, que conducen a la formación de un grupo de protuberancias; éstas se rompen, luego se curan y desaparecen por un período de tiempo indefinido.

Signos y síntomas:
Son vesículas que se unen formando regiones ulceradas, muy dolorosas, persistentes y usualmente se presentan en labios y lengua. En un número pequeño de casos, el herpes puede diseminarse a otros órganos, incluyendo los ojos, la garganta, los pulmones y el cerebro.

Las manifestaciones clínicas del herpes simple en pacientes con VIH, es que ocurren en mucosa no queratinizada.

La persistencia de éstas por más de cuatro semanas, asociadas a la seropositividad para el VIH, es conclusiva. Estas lesiones se presentan independientemente del grado de inmunodepresión del paciente aunque se hacen más severas cuando el conteo de CD4 es menor de 100 /mm³.

Tratamiento

- Terapia antiviral
- Colutorios antisépticos si las lesiones son intraorales

4. Aftas recurrentes
Las lesiones aftosas son pequeñas lesiones redondeadas, poseen un halo rojizo recubierto por una capa o membrana grisácea. Tienden a formarse en el tejido blando de la boca, como en la parte interna de las mejillas, los bordes de la lengua o el interior de la garganta. Las lesiones suelen ser muy dolorosas al tacto o cuando los alimentos o los líquidos pasan sobre ellas. Pueden ser tan severas que la persona evite comer o beber. Estas lesiones también pueden ser un efecto adverso de la terapia antiretrovial. Una buena anamnésis puede generar la información de historia de aftas recurrentes.

Tratamiento

- Prescribir enjuagues antisépticos.
- Corticoides tópicos (orales en casos severos).
- Antimicrobianos (como gluconato de clorhexidina).
- Referir al médico tratante.

Documento Derogado

5. Citomegalovirus CMV

Es una forma de herpesvirus, afecta a personas tanto inmunocompetentes como inmunodeprimidos. Es en los pacientes inmunodeprimidos en los que produce complicaciones severas. Sin embargo, en el resto también se han descrito afecciones tales como el síndrome similar a mononucleosis, faringitis, linfoadenopatías o artralgias.

Es considerado el más común de los virus oportunistas patógenos en pacientes con sida. Se puede presentar en forma de infección diseminada y constituyen un criterio diagnóstico de sida.

Signos
Aunque la infección puede afectar la mucosa bucal, esto no es frecuente.
Además de producir úlceras orales, se puede manifestar con otra sintomatología. Las úlceras orales asociadas a CMV pueden parecer clínicamente similares a las producidas por herpes virus, pero normalmente aparecen de forma unitaria y sin la formación de vesículas previas. En los pacientes con VIH/sida es más frecuente cuando el recuento de CD4 es menor de 100/mm³.

Tratamiento
La mayoría de las infecciones por el CMV, no se tratan porque en general, el virus produce pocos o ningún síntoma y tiende a reactivarse de forma intermitente sin producir síntomas.

C. Micóticas

1. Candidiasis oral
Constituye un grupo de infecciones causada por un hongo oportunista que puede tener expresión cutánea, gastrointestinal, sistema respiratorio y genitales del género Cándida.

Es la patología más común en las personas con VIH-Sida, y con frecuencia es la primera lesión en aparecer. La mayoría de los brotes se presentan cuando el recuento de células CD4 se encuentra por debajo de 200 /mm3.

Se describen cuatro formas muy comunes de candidiasis:

Candidiasis pseudomembranosa
Es la clase de candidiasis oral más común, caracterizándose por presentar lesiones blanquecinas sobre una mucosa oral enrojecida en cualquier parte de la cavidad bucal, garganta, lengua y paladar. Las placas se desprenden fácilmente al raspado con una gasa, dejando al descubierto una superficie con puntos sangrantes, eritematosa y erosiva.

Tratamiento
- Terapia antimicótica.
- Colutorio antiseptico

Documento Delegado

Candidiasis hiperplásica
Es conocida también como candidiasis leucoplásica, es blanca y dura y no se puede remover; este tipo está asociado a inmunosupresión severa de larga duración. Puede aparecer en personas con grave estado de inmunosupresión por VIH con cifras de CD4 por debajo de 200/mm^3.

Tratamiento
- Terapia antimicótica.
- Si después de dos meses de tratamiento no desaparece, se debe extirpar quirúrgicamente y realizar análisis histopatológico.

Candidiasis atrófica o eritematosa
Aparece en forma de lesión lisa de coloración rojiza. Los lugares de predilección para las lesiones son el paladar duro y el dorso de la lengua.

Esta forma aparece con mayor frecuencia en personas con una leve afectación del sistema inmune, con cifras de CD4, entre 200-300/mm^3.

Tratamiento
- Terapia antimicótica.
- Colutorio

2. Queilitis angular
Es una manifestación de candidiasis, que se presenta como fisuras, eritema o ulceración de las comisuras labiales, puede aparecer unilateral o bilateralmente, en los ángulos de la boca, algunas veces acompañado de xerostomía.

Tratamiento
- Terapia antimicótica.

Documento Derogado

D. Quistes

1. Quistes de origen odontogénico

Son cavidades patológicas tapizadas en su interior por epitelio que encierra en su contenido líquido, semilíquido o semisólido, pueden ser asintomáticos, se detectan en estudios radiográficos de rutina. El revestimiento de la luz del quiste deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente.

2. Quiste gingival infantil

Llamados también perlas de Epstein o nódulos de Bohn. Ambos desaparecen antes del tercer mes de vida extrauterina. Las perlas de Epstein, llamadas también dentición pre decidua, tienden a desaparecer, sobre todo cuando van a erupcionar los dientes.

Signos

- Perlas de Epstein: aparecen en la mucosa alveolar del recién nacido como múltiples elevaciones blanquecinas de 2-3 mm de diámetro.
- Nódulos de Bohn: son similares a las perlas de Epstein y aparecen en la línea media del paladar.

Manejo

- Consejería.

3. Quiste primordial: queratoquiste odontogénico.

Lesión no frecuente que se desarrolla en el sitio de un diente por la degeneración y licuefacción del retículo estrellado precedido a la calcificación del esmalte o dentina.

Signos y síntomas

No presenta manifestaciones clínicas. Al examen radiográfico se observa lesión radiolúcida redonda u ovoide bien demarcada, puede estar situado por debajo de la raíces de los dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde de un diente que falta congénitamente. Puede aparecer en cualquier localización de los maxilares, aunque cerca de dos tercios de los casos de estos quistes se localizan en la mandíbula.

Manejo:

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión. (En el ISSS, COSAM e Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), se referirá al cirujano maxilofacial.

Documento Derogado

4. Quiste dentígero.

Es más común que el quiste primordial, se origina después de que la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. No se observa clínicamente en sus primeras etapas; al examen radiográfico se ve zona radiolúcida asociada con la corona dental no erupcionada.

Signos y síntomas:

- Expansión ósea
- Asimetría facial
- Desplazamiento de los dientes
- Reabsorción radicular de los dientes adyacentes
- Puede ser asintomático o presentar alguna tumefacción o dolor, especialmente si esta inflamado.

Manejo

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión. En el ISSS COSAM y en el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

5. Quiste de erupción.

También llamado hematoma folicular, es un quiste de los tejidos blandos gingivales, externos al hueso que se desarrolla durante el proceso eruptivo de diente temporario o permanente.

Signos:

- Aumento de volumen en los rebordes alveolares donde debe erupcionar el diente.
- Se presenta como una tumoración azulada y llena de líquido sobre la cresta ósea.
- La masticación inducirá algunas veces hemorragia en un quiste de erupción, originando un hematoma de erupción.

Tratamiento:

- Incisión en la mucosa alveolar, que facilite la erupción del diente, si es necesario
- Analgésico

E. Neoplasias

Los crecimientos celulares anormales (llamados lesiones neoplásicas), son principalmente crecimientos de tejido, y pueden ser benignos o cancerosos.

Documento Derogado

Entre los cánceres bucales, más comunes asociados con el VIH se encuentran:

- Sarcoma de Kaposi.
- Linfomas.
- Carcinomas.

1. Sarcoma de Kaposi

Es un tumor maligno del endotelio linfático, aunque su prevalencia en El Salvador es muy baja (1%), continúa siendo la patología oral maligna, mayormente asociada a la infección por VIH, se presenta cuando los niveles de CD4 están entre 50 - 100 /mm³.

Signos

- Las lesiones intraorales son normalmente planas o ligeramente elevadas, de color rosado, rojo, azul-violáceas.
- Afecta frecuentemente el paladar pero se puede observar en encía, cara, ala de la nariz y cercana a los párpados.

Si bien, las lesiones son fáciles de distinguir clínicamente, el diagnóstico final se hace mediante una biopsia.

Manejo

- Referir a cirujano maxilofacial a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención.

Documento Derogado

2. Linfoma no Hodgkin
El linfoma no-Hodgkin es una condición definitoria de sida, que ocasionalmente se presenta en la cavidad oral. Por lo general es más raro que el sarcoma de Kaposi, y más grave debido a las alteraciones inmunológicas existentes.

Esta lesión tiende a presentarse como una masa ulcerada, grande y dolorosa en el paladar o el tejido gingival. Se requiere una biopsia para el diagnóstico definitivo. El equipo de salud oral deberá remitir a estos pacientes con diagnóstico de linfoma no-Hodgkin, a un oncólogo para su tratamiento.

F. Alteraciones de la articulación temporo mandibular (ATM)

1.Luxación mandibular.

Desplazamiento total de la posición normal de una o ambas articulaciones mandibulares.

Signos y síntomas

- Inhabilidad para cerrar la boca
- Dolor en ATM y facial
- Dificultad a la fonación
- Aumento del volumen facial
- Desviación de la línea media mandibular.

Tratamiento.

- Maniobras de manipulación bimanual en la mandíbula
- Recomendaciones para evitar recidivas
- Prescripción de analgésicos, relajantes musculares
- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión. (En el ISSS, en el COSAM y en el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

2. Trismus mandibular.

Contracción involuntaria tónica de los músculos de la mandíbula. Los factores etiológicos pueden ser de índole: infecciosa, traumática, tumoral y general.

Signos y síntomas

- Edema doloroso y generalizado de la región

Documento Derogado

- Dolor agudo en región distal del tercer molar, ligamento pterigomaxilar, borde anterior de músculo masetero y pared parafaríngea.
- Imposibilidad de apertura de boca que puede ser parcial o total, disfagia
- Dificultad en la fonación, fiebre no constante.

Tratamiento.

- Prescripción de analgésicos, relajantes musculares
- Orientar al paciente sobre la realización de ejercicios voluntarios de apertura y cierre
- Referir a establecimientos de salud con cirujano maxilofacial (En el ISSS y en el COSAM se referirá al cirujano maxilofacial y/o periodoncista, en el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

3. Bruxismo.

Consiste en una parafunción mandibular persistente que consiste en el frotamiento y rechinamiento dentario involuntario sin propósito funcional, produciendo el desgaste de las piezas dentales. Su principal desencadenante se sitúa en el plano psicológico aunque las repercusiones se extienden al plano de la odontología.

Signos y síntomas

- Dolor facial y dolor en la articulación temporo mandibular
- Dolor de cabeza
- Desgaste dental oclusal o incisal
- Fractura dental
- En ocasiones vértigo y alucinaciones acústicas.

Tratamiento.

- Prescripción de analgésicos, relajantes musculares.
- Ajuste oclusal.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS y en el COSAM se referirá al cirujano maxilofacial y/o periodoncista, en el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

Documento Derogado

4. Chasquido.

Sonido de tono alto y de corta duración producido por el contacto de partes óseas en la ATM, cuando el disco es recapturado por la cabeza del cóndilo en un desplazamiento anterior, que se repite cuando el cóndilo se desplaza nuevamente fuera del disco articular al cerrar la boca. Es síntoma de que el disco articular está desplazado con relación a la cabeza del cóndilo.

Signos y síntomas:

- Ruido unilateral o bilateral en la ATM como un chasquido que puede ser percibido por el paciente a la apertura o cierre de la boca, este puede ser en ocasiones escuchado por el odontólogo que realiza el examen clínico.

Tratamiento.

- Prescripción de analgésicos, relajantes musculares
- Orientar al paciente sobre la realización de ejercicios voluntarios de apertura y cierre así como el uso de compresas húmedas, frías o calientes, en la cara del lado afectado
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS y en el COSAM se referirá al cirujano maxilofacial y/o periodoncista, en el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

G. Alteraciones de las glándulas salivales

1. Parotiditis y sialoadenitis
Son infecciones virales o bacterianas de las glándulas productoras de la saliva.

Las infecciones de las glándulas salivales son algo comunes y pueden reaparecer en algunas personas, algunas son de origen bacteriano o viral o por una obstrucción de sus conductos ocasionado por un sialolito.

Signos y síntomas

- Alteraciones del gustotrismus
- Xerostomía
- Fiebre
- Dolor facial o bucal
- Enrojecimiento de un lado de la cara o en la parte superior del cuello
- Inflamación de la cara.

Documento Derogado

Manejo

- Prescripción de analgésico, antiinflamatorio y antibiótico, si es necesario.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS y en el COSAM se referirá al cirujano maxilofacial y/o periodoncista, en el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

H. Trauma facial

Son lesiones en tejidos blandos y duros del macizo facial tales como dientes y maxilares.

1. Fractura dental.

Es la ruptura de la estructura dental y puede ser a nivel del esmalte, dentina y cemento. Puede ser: coronaria o radicular.

Fractura coronaria.
Es cuando la línea de fractura afecta la corona dental, se clasifica en: fracturas complicadas, si involucran la pulpa y no complicadas si no está involucrada.

Signos y síntomas

- Fractura de tejido dental
- En algunos casos sensibilidad dental y hemorragias.

Tratamiento:

- Restauración con resina o amalgama.
- Exodoncia (según sea el caso).
- Prescribir analgésicos.
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

Fractura radicular

Es la que afecta a la dentina, cemento y a la pulpa dental.

Signos y síntomas:

- Presencia de defectos óseos
- Dolor leve o moderado

Documento Derogado

- Molestias a la presión durante la masticación
- Presencia de fístula o de absceso periodontal
- Puede haber o no movilidad dental.

Tratamiento

- Toma de radiografía.
- Exodoncia.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

2. Luxación de dientes permanentes.

Desplazamiento dental por destrucción del ligamento periodontal o hueso alveolar provocado por un trauma.

Tratamiento

- Tomar radiografía.
- Irrigar la superficie.
- Reposicionar el diente.
- Ferulizar.
- Prescribir analgésico y antibiótico.
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal.
- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIISS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

Documento Derogado

3. Extrusión dental.

Desplazamiento del diente del espacio alveolar que produce inflamación del ligamento periodontal.

Tratamiento

- Irrigar.
- Si el desplazamiento es mayor a 3mm, el diente debe ser reubicado a la posición inicial.
- Ferulizar.
- Restauración del diente.
- Ajuste oclusal.
- Medicar con antiinflamatorio y antibiótico.
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal.
- Controles subsecuentes.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

4. Avulsión dental.

Desplazamiento completo del diente de su alvéolo, generalmente debido a un traumatismo.

Tratamiento

- Examen radiográfico
- Irrigar la superficie
- Reimplantar el diente
- Ferulizar
- Prescribir analgésico y antibiótico
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal
- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIISS según gravedad de la lesión. (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).
- Controles para verificar la vitalidad pulpar (en caso de ser necesario referir para tratamiento de canales radiculares (TCR)

El TCR es un procedimiento que por el momento se realiza en el ISSS y el COSAM.

5. Fractura alveolar.

Pérdida de continuidad en el alvéolo dentario, usualmente involucra 2 o mas dientes.

Documento Derogado

Manejo

- Prescribir analgésico y antibiótico
- Educación al paciente e instrucción de higiene bucal
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

6. Fracturas maxilares y mandibulares.

Es la pérdida de la continuidad de la sustancia ósea en el tercio medio o inferior facial.

Signos y síntomas

- Edemas, equimosis y heridas en tercio medio de la cara
- Dolor, mal oclusión, trismus, parestesia o anestesia en región del nervio mentoneano
- Dientes avulsionados o fracturados.

Manejo.

- Prescribir analgésicos y antibióticos.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

I. OTRAS:

1. Neuralgia del trigémino

Es un trastorno neuropático del nervio trigémino que provoca episodios de intenso dolor en los ojos, labios, nariz, cuero cabelludo, frente y mandíbula. Se caracteriza por presentar una zona desencadenante del dolor a la palpación, conocida como zona gatillo. La neuralgia del trigémino puede producirse a cualquier edad pero el 70% de pacientes que la padecen son mayores de 50 años.

Síntomas

- Dolor facial intenso, de tipo quemante o punzante, severo, generalmente unilateral y recurrente (episodios de breve duración e inicio brusco).

Documento Derogado

Manejo

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

2. Osteomielitis

Es una inflamación del hueso y de la médula ósea que se puede desarrollar en los maxilares como resultado de una infección odontógena.

Se puede dividir en aguda y crónica, la aguda, se da en niños y adolescentes, y la crónica puede ser una secuela de la aguda o puede ser provocada por vía directa.

Manejo:

- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

3. Dientes incluidos.

Es una anomalía de la erupción en la que el diente permanece dentro del hueso. Se da con mayor frecuencia en terceros molares.

Signos

- Falta de exfoliación del diente temporal y falta de erupción de diente permanente a la edad correspondiente.
- Puede haber angulación de dientes vecinos.
- Erupción parcial de las piezas dentarias.

Manejo:

- Examen radiográfico.
- Referir según gravedad a cirujanos maxilofaciales (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

Documento Derogado

4. Púrpura trombocitopénica idiopática
Es una enfermedad hemorrágica autoinmune, causada por defecto en el número de plaquetas circulantes en sangre, menor de 50,000 x mm^3.

Signos

- Pequeñas petequias o equimosis en la piel y en la mucosa oral que en ocasiones se presentan como una hemorragia gingival espontánea. Sangrado nasal o bucal.

Manejo

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIISS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

5. Hiperpigmentación melanótica

Manchas melanóticas comúnmente en la mucosa bucal, generalmente bien circunscritas y en ocasiones son difusas. Su aparición ha sido relacionada con el virus Epstein – Barr, con la administración de fármacos como zidovudina, bactericidas y antifúngicos.

Se presentan como máculas únicas o múltiples, de color café negruzco, con localización en lengua, mucosa labial y bucal, así como en el paladar duro y blando.
No tienen tratamiento.

6. Adenitis cérvico facial aguda inespecifica

Se trata de las adenitis producidas por los piógenos triviales. Inicialmente un ganglio aumenta de volumen y se vuelve doloroso e impide los movimientos del cuello. Por palpación la piel que recubre este nódulo doloroso se presenta roja, caliente y discretamente infiltrada, aunque la tumefacción continua siendo móvil sobre planos profundos. Esta fase no supurada puede evolucionar hacia la resolución. De no ocurrir, el dolor se vuelve pulsátil y se agravan los signos generales. Localmente el ganglio se fija, la piel enrojece, el centro del ganglio se reblandece, se vuelve fluctuante y queda limitada en la periferia por una reacción inflamatoria de periadenitis. En ausencia de drenaje la evolución conduce a la fistulización.

Tratamiento:

Cualquiera que fuere la forma clínica, es necesario investigar la lesión causal y tratarla en lo posible. Esta lesión puede consistir en una herida cutánea, una pericoronitis, una bolsa periodontal, una amigdalitis, entre otras.

El tratamiento recurrirá siempre a los antisépticos y se procederá según los casos a la evacuación de una supuración o a la extracción de la pieza dentaria infectante.

Documento Derogado

La adenitis aguda no supurada no deberá imponer la antibioticoterapia más que en las formas agudas.

La adenitis supurada deberá ser objeto en primer lugar de una toma de muestra para cultivo y antibiograma y proceder después al drenaje. La antibioticoterapia sólo estará indicada en función de la evolución, posterior a la evacuación del pus, de la localización de la supuración y de los resultados del antibiograma.

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

7. Angina de Ludwing

Celulitis grave, por lo general empieza en el espacio submaxilar y secundariamente afecta también a los espacios sublinguales y submental. La principal fuente de infección es un molar mandibular afectado, ya sea en la región periapical o periodontal; pero también puede provenir de una lesión penetrante del suelo de la boca, ocasionada por herida por proyectil de arma de fuego o arma blanca o por osteomielitis secundaria a fractura mandibular compuesta.

El paciente con angina de Ludwing presenta un aumento de volumen amplio del suelo de la boca que se desarrolla rápidamente con la consecuente elevación de la lengua. Existe dificultad para deglutir y respirar.

Por lo general los pacientes presentan fiebre elevada, pulso y respiración rápida. Cuando la inflamación continúa puede afectar el cuello y producir edema de la glotis, lo que conduce a un serio riesgo de muerte por asfixia. Puede ocupar espacios intersticiales y difundirse hasta llegar a tórax.

Tratamiento:

La gravedad de los procesos que surgen se atenúan mediante la terapéutica antimicrobiana. El edema de la glotis, que se puede desarrollar con rapidez, con frecuencia necesita traqueotomía de emergencia para impedir la asfixia.

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

Documento Derogado

8. Granuloma piógeno

Es una respuesta inflamatoria exagerada a alguna irritación por una bacteria de baja virulencia. Esta respuesta se da como resultado de la concentración de hormonas durante el embarazo y la placa dental. Sangra con facilidad, se presenta más comúnmente en el maxilar, aparece en cualquier momento del embarazo o cambio hormonal.

Signos y síntomas:

Clínicamente se observa como una masa gingival localizada, exofítica, protuberante y dolorosa unida al margen gingival o al espacio interproximal por una base sesil o pedunculada, se presenta más comúnmente en el maxilar.

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica de la lesión desde la base. (en el ISSS y en el COSAM este procedimiento lo realiza el periodoncista)

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIISS según gravedad de la lesión. (En el ISBM, se referirá al cirujano maxilofacial.

9. Eritema gingival lineal

Es una manifestación gingival de inmunosupresión, caracterizada por bandas eritematosas lineales limitadas al margen gingival.

Signos y síntomas:

Se caracteriza por una banda roja de 2 a 3 mm intensa a lo largo del margen gingival, puede ser generalizada o confinada a uno o más dientes.

Tratamiento:

- Antibioterapia
- Analgésicos
- Enjuagues antisépticos
- Raspado y alisado radicular

Documento Derogado

10. Liquen plano

Enfermedad mucocutánea que se puede manifestar en cualquier etapa de la vida; es más frecuente en los adultos. Las manifestaciones orales se presentan como formas reticulares o atrófico-erosivas, pueden ser sensibles o dolorosas, se encuentran a los lados de la lengua o en el interior de las mejillas, hay presencia de pápulas blancas y estriaciones blancas que algunas veces forman patrones reticulares lo que es una clave diagnóstica (éstas pueden permanecer asintomáticas). Cuando se forman lesiones tipo placa no se puede distinguir clínicamente de la leucoplasia oral.

En algunos casos en los que no hay claridad en el diagnóstico se han llamado a las manifestaciones orales lesiones orales liquenoides, dado su aspecto.

Las más comunes son las lesiones orales en contacto con restauraciones, manifestaciones relacionadas con la ingesta de algunos medicamentos, la apariencia postquirúrgica del tejido injertado y lesiones asociadas a enfermedades sistémicas como la hepatitis C.

Signos y síntomas:

Las características generales de las manifestaciones orales de las enfermedades mucocutáneas son:

- Lesiones descamativas de apariencia eritematosa, blanca o estriada.
- Erosiones.
- Vesículas.
- Bulas.
- Úlceras dolorosas, cubiertas de fibrina.
- Mácula : Área circunscrita de la epidermis con alteraciones de color en sus bordes
- Pápula: Lesión superficial, elevada y sólida de menos de 1 cm.

Tratamiento:

- Se deberá instruir al paciente en tener un minucioso control de placa.
- Eliminar los irritantes locales.
- Eliminar factores locales que contribuyan a retener placa.
- Evitar el alcohol, fumar y comidas irritantes.
- Indicar medicación local para dolor.

Puede ser necesaria la interconsulta con el dermatólogo, cirujano maxilofacial y el oncólogo.

Documento Derogado

11. Penfigoide en las mucosas orales

Es una enfermedad en la cual se generan auto-anticuerpos contra los componentes de la membrana basal provocando desprendimiento del tejido epitelial del conectivo adyacente.

Hay tres tipos de penfigoide que pueden manifestarse en la boca:

- Penfigoide buloso: Afecta principalmente la piel pero también puede tener manifestaciones orales.
- Penfigoide benigno de la membrana mucosa: Se denomina así cuando únicamente las membranas mucosas están afectadas, el primer sitio de manifestación es la boca comenzando con lesiones descamativasgingivales que pueden dar paso a la formación de bulas.
- Penfigoide cicatrizal: Enfermedad bulosa subepitelial limitada a boca y ojos, las lesiones oculares pueden provocar ceguera.

Signos y síntomas:

Las características generales de las manifestaciones orales de las enfermedades mucocutáneas son:

- Lesiones descamativas de apariencia eritematosa, blanca o estriada.
- Erosiones.
- Vesículas.
- Bulas.
- Úlceras dolorosas, cubiertas de fibrina.
- Pápulas.

Las bulas pueden ser claras o amarillentas o pueden estar hemorrágicas, el rompimiento de las bulas permite la formación de úlceras cubiertas por fibrina.

Tratamiento:

Sistémico: Corticorticoides en bajas cantidades.
Local:

Se deberá instruir al paciente en tener un minucioso control de placa.

- Eliminar los irritantes locales
- Eliminar factores locales que contribuyan a retener placa
- Evitar el alcohol, fumar y comidas irritantes
- Indicar medicación local para dolor.

Puede ser necesaria la interconsulta con el dermatólogo, cirujano maxilofacial y el oncólogo.

Documento Derogado

12. Pénfigo vulgar en las mucosas orales

Enfermedad autoinmune de predisposición genética, caracterizada por la formación de bulas intraepiteliales en piel y membranas mucosas las cuales pueden ser de gran extensión poniendo en peligro la vida. Las manifestaciones clínicas orales son las mismas mencionadas anteriormente, las úlceras sanan lentamente sin formación de escaras pero la enfermedad sigue un curso crónico con recurrencia en la formación de bulas.

Signos y síntomas:

Las características generales de las manifestaciones orales de las enfermedades mucocutáneas son:

- Lesiones descamativas de apariencia eritematosa, blanca o estriada.
- Erosiones.
- Vesículas.
- Bulas.
- Úlceras dolorosas, cubiertas de fibrina.
- Pápulas.

Tratamiento:

Sistémico: corticorticoides en bajas cantidades.

Local:

- Se deberá instruir al paciente en tener un minucioso control de placa.
- Eliminar los irritantes locales
- Eliminar factores locales que contribuyan a retener placa
- Evitar el alcohol, fumar y comidas irritantes
- Indicar medicación local para dolor.

Puede ser necesaria la interconsulta con el dermatólogo, cirujano maxilofacial.

Documento Derogado

13. Eritema multiforme

Enfermedad vesiculobulosa aguda que afecta las membranas mucosas y la piel, se puede presentar en cualquier edad pero afecta principalmente a personas jóvenes.

Compromete la mucosa oral en 25 a 60% de los casos, siendo algunas veces la única parte afectada. Se conocen dos formas:

- Forma moderada con compromiso moderado de las estructuras.
- Forma mayor con amplio compromiso de membranas mucosas y piel (Síndrome de Stevens-Jhoson).

Signos y síntomas:

Las principales características clínicas son:

- Inflamación de los labios.
- Formación de bulas que se rompen y forman úlceras, pueden presentarse en encía y mucosa bucal.
- Las lesiones en piel son bulas rodeadas por un halo blanco y zona eritematosa externa.
- Las lesiones sanan pero presentan recurrencia.
- Autolimitante.

Tratamiento:

No hay tratamiento específico, se puede dar esteroide sistémico es una enfermedad que dura de 7 a 10 días y la persona recae tres o más veces al año.

Puede ser necesaria la interconsulta con el dermatólogo, cirujano maxilofacial

Documento Derogado

14. Lupus eritematoso sistémico

Enfermedad autoinmune del tejido conectivo en la cual se forman auto-anticuerpos contra varios componentes celulares.

Se conocen dos formas de la enfermedad:

Discoide: Forma crónica suave que compromete piel, membranas mucosas, algunas veces encía y otras partes de la mucosa oral.

Sistémico: Presenta lesiones ulceradas, una de las características más importantes es la presencia de lesiones en forma de mariposa ubicadas en la piel de la cara, formando un área fotosensible con máculas eritematosas en el puente de la nariz y las mejillas.

Signos y síntomas:

La lesión típica es un área central atrófica con pequeños puntos blancos adyacentes, irradiando estrías blancas y periferia de telangiectasia. Algunas veces las lesiones pueden ser ulceradas o clínicamente idénticas a leucoplasia o liquen plano atrófico.

Tratamiento:

El tratamiento si la lesión es del tipo sistémico: esteroide y si es del tipo discoide: antimaláricos.

Puede ser necesaria la interconsulta con el dermatólogo, cirujano maxilofacial.

15. Manifestaciones de reacciones alérgicas en la cavidad bucal

Son manifestaciones gingivales de respuestas de hipersensibilidad inmediata (respuesta mediada por Ig E) o retardada (respuesta mediada por célula T).

Documento Derogado

16. Alergias a materiales dentales

Es una respuesta alérgica tipo IV, que se caracteriza por la aparición de las manifestaciones de 12 a 48 horas después del contacto con el alérgeno, pero para que la reacción se lleve a cabo debe haber contacto previo con el material, lo que produce sensibilización del huésped. Como por ejemplo: mercurio, níquel, acrílico y otros.

Estas lesiones se caracterizan por:

- Algunas veces son parecidas a las lesiones producidas por liquen plano o leucoplasia.
- Lesiones rojas o blancas algunas veces ulceradas vecinas o en contacto con el material.
- Desaparecen con la remoción del material causante.

17. Alergias a cremas dentales y enjuagues bucales

Es una respuesta alérgica por contacto, relacionada a la presencia de saborizantes y preservativos, similares a los usados en la goma de mascar.

Las características son:

- Gingivitis edematosa algunas veces con ulceraciones o lesiones blancas.
- La encía se torna muy roja.

Tratamiento:

- Tratamiento paliativo.
- Eliminar el factor causal.

18. Alergias alimenticias

- Lesiones ubicadas en la mucosa labial, bucal o lingual.
- Algunas veces puede haber queilitis.
- Desaparecen al abandonar el uso del alérgeno.
- Las alergias de tipo alimenticio presentan reacciones de hipersensibilidad tipo I y IV.
- Las características comunes a estas reacciones son: inflamación severa, gingivitis, gingivoestomatitis.

Tratamiento:

- Tratamiento paliativo.
- Eliminar el factor causal.

Documento Derogado

19. Lesiones traumáticas

Estas lesiones son autoinfringidas, accidentales o iatrogénicas.

Pueden presentar:

- Recesión gingival localizada.
- Abrasiones, ulceraciones y quemaduras localizadas.
- Edematosas.
- Eritematosas o blancas.

20. Lesiones gingivales inducidas por químicos.

Las reacciones gingivales tóxicas se deben a daño de los tejidos con sustancias tóxicas externas.

Ejemplos de estas reacciones son:

- Descamación de las mucosas por el uso de clorhexidina.
- Erosión de mucosas por el uso de algunos dentríficos.
- Inflamación y necrosis gingival por el uso de formaldehído.

21. Lesiones físicas

Estas lesiones traumáticas pueden ser accidentales o resultado de procedimientos de higiene oral inapropiados, restauraciones dentales inadecuadas, aparatos dentales mal diseñados incluyendo aparatología y bandas ortodónticas.

- Laceraciones gingivales superficiales.
- Recesión gingival.
- Abrasión de los cuellos dentales.
- Inflamación de las papilas dentales.

Documento Derogado

22. Trauma térmico

Las quemaduras se encuentran con mayor frecuencia en la mucosa labial y palatina y algunas veces en la encía. El área es dolorosa, roja, puede haber restos de tejido muerto, vesículas, petequias o erosiones.

Tratamiento:

- Pasta dental con desensibilizante, en casos de sensibilidad posterior a cirugía periodontal.
- Colocar sobre la lesión algún anestésico tópico.
- Control de la placa bacteriana (en el ISSS este procedimiento es realizado por el higienista).

23. Condiciones o deformidades del desarrollo o adquiridas

Son factores localizados relacionados a los dientes que modifican o predisponen a la enfermedad gingival inducida por placa bacteriana o a periodontitis.

Estas condiciones se clasifican:

Según factores anatómicos dentales:

- Proyecciones cervicales del esmalte.
- Perlas del esmalte.
- Posición dental.
- Proximidad radicular.
- Contactos abiertos.
- Estrías radiculares.
- Restauraciones y aparatos dentales.
- Fracturas radiculares.
- Reabsorción radicular y lágrimas de cemento

24. Deformidades y condiciones mucogingivales adyacentes a los dientes

El término mucogingival describe la porción de la mucosa oral que cubre el proceso alveolar incluyendo la encía y la mucosa alveolar adyacente, por tanto esta parte de la clasificación se refiere a las desviaciones de la morfología y la dimensión normal de la encía y la mucosa alveolar. La anormalidad puede estar asociada con una deformidad del hueso alveolar. Las deformidades mucogingivales se clasifican de acuerdo a criterios clínicos y morfológicos y pueden ser localizados o generalizados.

Documento Derogado

25. Condiciones y deformidades mucogingivales en rebordes edéntulos

Las condiciones mucogingivales más comunes son recesión, ausencia o reducción de la encía queratinizada y profundidad de sondaje más allá de la unión mucogingival.

Las variaciones anatómicas pueden complicar el manejo de estas condiciones incluyendo la posición dental, inserción del frenillo y profundidad vestibular. Las variaciones del reborde pueden estar asociadas con las alteraciones mucogingivales.

Tratamiento:

El tratamiento tiene por objeto corregir defectos gingivales y mantener la encía adherida necesaria para conservar la salud periodontal.

El ancho adecuado de la encía adherida mínimo a crear debe de ser 1 mm.

Técnicas quirúrgicas a utilizar:

- Injerto de encía libre
- Colgajo de desplazamiento lateral, coronal, apical
- Injerto de tejido subepitelial
- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión. (en el ISSS y en el COSAM este procedimiento lo realiza el periodoncista)

Tratamiento farmacológico:

- Antibioterapia
- Analgésicos
- Enjuagues antisépticos
- Vitamina C
- Complejo B

26. Dientes impactados

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.

27. Piezas dentarias retenidas

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.

Documento Derogado

- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

28. Piezas dentarias incluidas

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

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 a su lugar habitual

El orden de mayor frecuencia de las piezas dentales que sufren estos tipos de patología son los siguientes:

- Terceros molares inferiores
- Terceros molares superiores
- Caninos superiores
- Premolares inferiores
- Dientes supernumerarios
- Otros

Tratamiento:

- Extracción quirúrgica
- Rescate quirúrgico ortodóncico (este procedimiento por el momento se realiza en el MINSAL, en el Hospital Nacional Benjamin Bloom).
- Referir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo a la RIIS según gravedad de la lesión (En el ISSS, COSAM y en el ISBM se referirá al cirujano maxilofacial).

29. Trauma oclusal

Se define como trauma oclusal las lesiones del aparato de unión a la carga oclusal excesiva; cuando ésta supera la capacidad adaptativa reparativa del complejo periodontal. Las lesiones de trauma de la oclusión pueden ocurrir independientes o unidas a la enfermedad periodontal inflamatoria, aunque la influencia del trauma oclusal sobre los niveles de unión permanece en controversia.

Documento Derogado

El trauma oclusal se subclasifica en: primario y secundario.

Primario: Son los cambios en el tejido como resultado de la agresión de las fuerzas oclusales excesivas aplicadas sobre los dientes con periodonto normal. Esto ocurre en la presencia de: niveles óseos normales, niveles de adherencia normales y fuerzas oclusales excesivas.

Secundario: Cambios tisulares en respuesta a la agresión de fuerzas oclusales excesivas o normales sobre un diente con soporte periodontal reducido. Esta enfermedad se presenta bajo las siguientes condiciones: Pérdida de hueso, pérdida de adherencia, fuerzas oclusales normales o excesivas.

Signos y síntomas:

- Movilidad progresiva.
- Fremitus.
- Contactos oclusales prematuros.
- Facetas de desgaste en presencia de otros indicadores clínicos.
- Migración dental.
- Dientes fracturados.
- Sensibilidad térmica.
- Espacio aumentado del ligamento periodontal.

Radiográficamente se observa pérdida ósea (en la furca o la cresta, en forma vertical o circunferencial), reabsorción radicular y ensanchamiento del ligamento periodontal.

Tratamiento:

- Ajuste oclusal (realizado por periodoncista en el ISSS y COSAM)
- Administración de analgésicos y antiinflamatorios, relajantes musculares

30. Hipersensibilidad dentaria

Sensación dolorosa, aguda y breve que responde a diferentes estímulos externos:

- Térmicos (alimentos y bebidas frías o calientes).
- Químicos (sustancias dulces o ácidas).
- Mecánicos (incorrecto cepillado).

Cuando la dentina y los tubulillos dentinarios quedan expuestos al calor, frío y ácidos o azúcares se provoca una transmisión nerviosa que produce dolor.
En un diente sensible, la dentina y los tubulillos dentinarios quedan expuestos al medio bucal como consecuencia de:

- Retracción (recesión) de la encía
- Pérdida de esmalte

Documento Derogado

Éstas pueden ser provocadas por: caries, fracturas, técnicas agresivas de cepillado, traumatismos, enfermedad periodontal, ajustes de aparato de ortodoncia, interferencia e ingesta de alimentos ácidos.

Tratamiento:

- Desensibilizante
- Laminados de resina composita
- Analgesicos, antinflamatorios

VIII. Urgencias o emergencias en odontología

- Pulpitis reversible e irreversible
- Absceso periapical
- Abscesos periodontales,
- Quistes infectados
- Alergias
- Obstrucción de las glándulas salivales
- Neuralgia del trigémino
- Avulsión
- Fracturas dentales
- Hiperplasias
- Quemaduras en tejidos orales

IX. Manifestaciones orales por infección con el virus de inmunodeficiencia humana y su tratamiento.

La cavidad oral es una de las partes del cuerpo humano, donde primero se manifiestan infecciones oportunistas localizadas, formaciones neoplásicas y patologías gingivo/periodontales atípicas asociadas al VIH.

Esta lesiones son consideradas como marcadoras de la enfermedad, se presentan exacerbadas y muy prevalentes, las cuales son consecuencia de la inmunodepresión desencadenada por el VIH. Más del cuarenta por ciento de las personas con VIH y más del noventa por ciento con sida, presentan alguna lesión oral, lo cual denota la importancia del cirujano dental, en la detección de casos sospechosos mediante exámenes clínicos orales de rutina.

Documento Derogado

X. Atención odontológica a la embarazada

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucales pero no el abordaje odontológico, que puede ser iniciado en cualquier período de la gestación, procurando cumplir con el plan de tratamiento.

Los tratamientos odontológicos realizados en embarazadas no difieren de los realizados en el resto de la población, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Citas de corta duración.
- Minimizar el stress clínico.
- Establecer plan de tratamiento (priorizando eliminación de focos infecciosos) y programación de citas según condición clínica, procurando finalizarlo antes del parto.
- Embarazo de alto riesgo, (En el caso del MINSAL este tipo de paciente será atendida por el odontólogo del segundo y tercer nivel de atención)

XI. Atención odontologica a los niños y niñas

El abordaje odontológico en etapas tempranas de la vida, contribuye a mejorar la calidad de la salud bucal, para lo cual se deben desarrollar las siguientes actividades:

- Menor de un año: evaluación, promoción y educación en salud bucal dirigido a los padres o responsables (en el ISSS esto es realizado por la tecnóloga materna, de ser necesario esta refiere al área de odontología).

- De uno a cuatro años (para el ISSS de 1 a 12 años son atendidos por el odontopediatra): evaluación, promoción y educación en salud bucal, toma de radiografías (según el caso), profilaxis, aplicación tópica de flúor, sellantes de fosas y fisuras, obturaciones, pulpotomías y exodoncias.

- En el COSAM los niños de cero a doce años son atendidos por el odontopediatra , quien realiza, profilaxis, aplicaciones tópicas de flúor, sellantes en fosas y fisuras, obturaciones de amalgama de plata, resinas de fotocurado, pulpotomías, pulpectomías, exodoncias por exfoliación, si hubiese una endodoncia a realizar en piezas permanentes, generalmente las primeras molares permanentes, será el odontopediatra quien hará la referencia respectiva al odontólogo endodoncista.

Documento Derogado

XII. Atención odontológica en pacientes comprometidos sistémicamente.

La atención odontológica en pacientes comprometidos sistémicamente controlados, no varía de la atención que se realiza en el resto de la población. En pacientes no controlados (o descompensado al momento de la consulta), debe realizarse interconsulta médica, previo a la atención odontológica.

XIII. Disposiciones finales

Obligatoriedad

Es responsabilidad del personal involucrado dar cumplimiento a los presentes Lineamientos Técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

De lo no previsto

Lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos técnicos se debe resolver 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.

Derogatoria

Déjase sin efecto los “Lineamientos técnicos para la atención odontológica”, del 12 de octubre del año 2012. MINSAL

XIV. Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, 23 de junio de 2017.

Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

Documento Derogado

XV. Glosario

- **Aparato estomatognático:** es la unidad morfofuncional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, nerviosas, glandulares y dentales, comprendida desde la cabeza, cuello hasta la clavícula.

- **RIIS:** Redes integrales e integradas de salud. Están conformadas por todas aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y aquellas organizaciones del sector público de salud que se vayan incorporando gradualmente y que desarrollan su trabajo en una población definida, que rinden cuentas por resultados y por el estado de salud de la población, con la cual trabajan articuladamente para incidir en los determinantes de la salud.

- **CD4:** es una molécula que se expresa en la superficie de algunas células T y en las células dendríticas. La importancia de los linfocitos T colaboradores puede observarse durante una infección por VIH, virus que infecta las células que son tipo $CD4^+$. Hacia el final de la infección por VIH, el número de células T $CD4^+$ funcionales cae, lo que lleva al estado sintomático de la infección conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

- **Fremitus:** movimiento palpable de un diente cuando está sujeto a fuerzas oclusales.

XVI. Bibliografía

- Friedenthal Marcelo. Diccionario de Odontología 2° Edición.
- Mensa J., J.M. Gatell. Guía terapéutica antimicrobiana. Editorial Masson 2008.
- Carranza Fermín A. Periodontología Clínica 9° Edición, Etiología de Gingivitis. Capítulo IV pag. 68, Capítulo IV pag. 69, 342, 344.
- Carranza. Periodontología Clínica 9a edición 2002 . Capítulos 27, 28, 31, 47 y 48.
- Clínicas Dermatológicas, Trastornos que afectan la cavidad bucal, pag. 291-294
- Comando de Sanidad Militar, Guía de Atención Odontológica para el Manejo de Pacientes.
- Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés.Cirugía Bucal 2004, Complicaciones postoperatorias pag. 332, 335, 338.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISSS. Manual de Procedimientos de Odontología 2013.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISSS. Guías de Manejo de Odontología General 2013.
- Leonardo Mario Roberto. Tratamiento de conductos radiculares, Principios técnicos y biológicos. 2005,, Pulpitis reversible. Pags 25, 35.
- Leonardo Mario Roberto. Tratamiento de los conductos radiculares. 2a edición, Editorial Panamericana 1994, capítulos 13, 23, 24, 25 y 26.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Técnicos para la Atención Odontológica. 12 de octubre de 2012.
- Regezi-sciubba. Patología Bucal, pag. 68-75.

Documento Derogado