



Anónimo

## **Difusión de los procesos infecciosos.**

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Anónimo

## Difusión de los procesos infecciosos.

La cavidad bucal no debe considerarse como una entidad aislada, ya que a partir de las piezas dentarias, que son las más susceptibles a infectarse, por medio de las caries y de ahí pasar al resto de los tejidos blandos, en donde se instauran y comienzan a viajar.

Ahora vamos a ver las posibles vías de difusión del proceso infeccioso, cada día se ve menos, ya que se realizan procedimientos antibióticos en etapas más tempranas de la difusión de estos procesos. En personas del campo, en donde tardan en consultar se pueden presentar estos procesos. Estos caminos que puede seguir el proceso infeccioso pueden depender del origen y del tratamiento que se realice. Si la infección comienza de la pieza dentaria, con la posterior infección de la pulpa y ésta se necrosa, este proceso tiende a salir de la pieza dentaria, ¿hacia dónde se dirige? Puede ser hacia el periápice de esa pieza dentaria y ahí se va a empezar a destruir hueso. Si la pieza dentaria se encuentra en el maxilar el proceso infeccioso puede salir hacia vestibular o palatino, también y dependiendo si la pieza es posterior se podrá dirigir al seno maxilar, y si la pieza dentaria es anterior se podría dirigir hacia las fosas nasales. En el maxilar inferior el proceso puede salir por vestibular o lingual. Dependiendo de las inserciones musculares el proceso infeccioso en el maxilar o mandíbula pueden quedar circunscritos dentro de la cavidad bucal y originar un absceso submucoso o salir inmediatamente de la cavidad bucal y expresarse como un absceso subcutáneo.

El proceso que se encuentra en el hueso, comienza a destruir tejido y a colectarse líquido de esta destrucción, comienza a acumularse y a ejercer presión, ¿hacia dónde va a salir? Hacia el lado que ofrezca menos resistencia. Por lo tanto, es necesario considerar la calidad del tejido óseo tanto del maxilar como de la mandíbula, así por ejemplo, en caso de una vía hacia el paladar, considerando el tipo de tejido óseo que forma el paladar duro, en donde existe una tabla delgada y porosa en el maxilar, en cambio en la palatina hay una tabla gruesa con una gran corticalización, por lo tanto, si yo mido en el maxilar la tabla vestibular o palatina, es obvio que la tabla vestibular ofrece una menor resistencia, puesto que el sector palatino va a presentar una gran corticalización que va a servir de barrera para que este proceso no siga avanzando y salga hacia palatino.

La raíz palatina del primer molar superior es la que diverge más de todos los molares, y diverge justamente hacia palatino, y por otro lado, los laterales superiores tienen su raíz inclinada hacia palatino en relación a las otras piezas dentarias. De manera que de todas las piezas dentarias del maxilar superior, el 1er molar y los laterales superiores son las piezas que tienen mayor probabilidad de dar un absceso hacia el paladar, puesto que hay menor cantidad de hueso, por la disposición de la raíz entre el periápice y la tabla palatina, pero de todas maneras existe la corticalización en el paladar. Por lo general, los abscesos y las fístulas tienden a salir por vestibular porque la tabla es más delgada y porosa, pero en el caso de estas dos piezas dentarias es principalmente hacia palatino. En casos en donde existe un paladar ojival y profundo, la cantidad de tejido óseo que va a existir entre estas

piezas dentarias y el paladar va a ser menor. Por lo tanto, en este paladar ojival sería más frecuente un absceso palatino.

A nivel mandibular, la mandíbula es muy corticalizada y presenta un tejido oseoso esponjoso central, salvo en el sector anterior en donde la tabla lingual es muy corticalizada, pero la tabla vestibular es muy delgada. Por lo tanto, en el sector anterior mandibular se comporta igual que en el maxilar, así el proceso quiere exteriorizarse hacia vestibular, pero de los premolares hacia atrás comienza a haber corticalización, dada por las líneas oblicuas. Por lo tanto, los procesos en la mandíbula viajan primero dentro de ella, antes de fistulizarse atravesando la cortical. Es más frecuente encontrar fístulas en el maxilar que en la mandíbula, ya que en la mandíbula tiene una mayor corticalización a nivel posterior. Muchas veces ve uno la pieza “nadando” en pus, con gran movilidad y si uno presiona comienza a salir pus a nivel crevicular, aprovechando el sector medio condensado, que en este caso sería el ligamento periodontal.

Si uno mira las tablas y la posición de las piezas dentarias en la mandíbula, el proceso alveolar pasa por dentro de las ramas, la tabla lingual a nivel de los molares es mucho más delgada que la vestibular de manera que sería más frecuente ver fístulas a nivel lingual, que a nivel vestibular.

Si en una pieza dentaria superior tenemos un proceso infeccioso y sale al exterior, entonces hay que tener en cuenta la posición de los músculos que encierran este vestíbulo bucal, puesto que va a estar en relación del largo de la raíz en vestibular de estas piezas y si es que logran sobrepasar la inserción muscular en el sector posterior, en este caso del músculo buccinador, que se inserta en la apófisis alveolar justo a nivel de los molares, y a nivel mandibular en la línea oblicua externa, ahí el vestíbulo está completamente cerrado por este músculo buccinador en el sector de los molares y dependerá de la relación con las piezas dentarias, del largo de ellas, que este proceso pueda pasar directamente hacia el tejido celular subcutáneo de la región geniana o lo haga hacia el vestíbulo bucal, quedando limitado en la cavidad bucal, este hecho no significa que el proceso no pueda traspasar los músculos y caer en la región geniana.

La mayoría de estos procesos se exteriorizan por el vestíbulo, ahora en el vestíbulo superior existe un corredor que se encuentra limitado por la inserción del buccinador por arriba, por el maxilar por medial y por abajo por la flexión del vestíbulo de la mucosa y esto es lo que llamamos canal buccinato-maxilar, en donde el proceso va a caer en este espacio y va a ir separando la mucosa del hueso, teniendo la posibilidad de extenderse a lo largo del fondo vestibular. Existen diferencias entre el maxilar y la mandíbula, puesto que en el maxilar el fondo del vestíbulo se encuentra completamente cerrado por musculatura, existiendo una barrera muscular a lo largo de todo el arco alveolar, que está dado, partiendo de la línea media por el músculo mirtiforme, por el fascículo incisivo del orbicular superior, por el músculo canino que con sus fibras más inferiores queda en el espesor del frenillo lateral, limitando al vestíbulo en ese punto y por detrás del canino comienzan las inserciones óseas del músculo buccinador. Por lo tanto, existe una barrera muscular para este proceso que cayó en el vestíbulo bucal y que ahora está tratando de salir hacia alguna parte y esto dado por los músculos que se insertan en todo lo largo de este sector. Qué pasa en la mandíbula, en la línea media se encuentra el músculo borla, lateral a ella el fascículo incisivo del orbicular inferior y después se ve cruzando al buccinador, que es el otro elemento muscular que se inserta en la línea oblicua. El músculo triangular se inserta en el borde basilar, no en la línea oblicua externa sino que cerca del borde, por lo tanto, no limitan el fondo del vestíbulo, ya que se encuentran más abajo. A nivel mentoniano no se

limita el fondo del vestíbulo y este espacio sería el triángulo equilátero de Chompre, para describir el famoso absceso migratorio de Chompre, que es un absceso que parte de la cavidad bucal, en el sector de los malares, pero que se exterioriza en este sector hacia el tejido subcutáneo, siguiendo el canal buccinato-mandibular y viajando hacia adelante, se le van a acabar las inserciones del buccinador y va a caer en el subcutáneo. Todos estos procesos puede comprometer regiones inferiores tales como tórax y en caso de perimandibulares pueden comprometer a las regiones superficiales y profundas del cuello y desde el compartimento sublingual las zonas perifaríngeas. Resumiendo tenemos un vestíbulo superior completamente cerrado y en mandíbula parcialmente cerrado, lo que genera diferencias significativas en la dirección del proceso infeccioso.

Ahora, si el proceso infeccioso traspasa las inserciones musculares y llega al tejido subcutáneo de las regiones genianas, en donde también existen músculos, arterias y venas faciales, nódulos, el ducto parotídeo que atraviesa el buccinador. Hay que recordar que existe grasa o tejido celular subcutáneo que se encuentra alrededor de todas estas estructuras, el cual por tener una mala irrigación es el que se infecta con mayor facilidad y va a llevar al proceso infeccioso a otras partes, por otro lado, hay que tener en cuenta que en nuestro organismo no existen espacios vacíos, ya que todos éstos están llenos de grasa. Por otro lado, los vasos y nervios tienen una cubierta conjuntiva, y es esta cubierta la que se va a infectar en caso de que el proceso se propague. Por lo tanto, es el tejido conjuntivo de éstos espacios el que dirige la vía de un proceso a otro. En la región geniana a parte de éste tejido, existe la bola adiposa de Bichat, entre buccinador por medial, el temporal y el masetero por fuera de la rama mandibular, ahora esta bola se continúa con el tejido celular de otras regiones, como por ejemplo a la región temporal ascendiendo contra la gravedad, porque va infiltrando al tejido celular.

Existe una comunicación entre la región temporal y zigomática por el hiato zigomato-temporal, quien atraviesa éste hiato del músculo temporal envuelto por el tejido celular. Ahora, desde la fosa zigomática podemos llegar al endocráneo por el agujero oval, a medial hacia la fosa ptérigo-palato-maxilar, hacia adelante con la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar, todas estas zonas pueden potencialmente ser ocupadas por éste proceso infeccioso en profundidad. Otros espacios también ocupados son el espacio ptérigo-faríngeo y ptérigo-mandibular, en donde ya estamos comprometiendo la faringe, en el espacio perifaríngeo, que conforma el compartimento visceral del cuello, que relaciona la faringe, el esófago y la traquea, éste puede terminar en el tórax y más precisamente en el mediastino posterior, debido a que no existe ningún tabique bifrontal que cierre.

Por otro lado el espacio geniano con la bola de Bichat comunica el espacio zigomático a través del hiato zigomato-geniano, que está entre el temporal por fuera de la rama mandibular y por dentro del buccinador, también se puede comprometer el paquete vasculo-nervioso del cuello y comprometer la faringe, el esófago y el tórax. Es muy complicado si el proceso infeccioso se encuentra en la faringe, ya que puede dirigirse al tórax por gravedad.

En la mandíbula si el proceso cae lingual y dependiendo de la altura en donde comience el proceso puede caer al compartimento sublingual o directamente al submandibular, dependiendo de la inserción del milohioideo (línea milohioidea) como de la dirección de los ápices dentarios, pero éste músculo no es horizontal, es oblicuo tanto hacia el hioides como en sentido anteroposterior, de manera que en sector posterior la mucosa del compartimento sublingual se refleja justo sobre la inserción del milohioideo a éste nivel. Y una pieza dentaria en éste sector, sus raíces van a quedar sobrepasando hacia caudal la

inserción de éste músculo milohioideo. Si ven una cara interna de mandíbula, ahí se inserta el milohioideo, el cual tiene que pasar por un plano por debajo de la geni y hacía arriba se refleja justo por la línea oblicua interna, en donde se relaciona con las piezas dentarias por su longitud radicular, de manera que si uno avanza hacía adelante y si tengo un proceso que quiere salir a lingual, mientras más adelante vaya se va a localizar en el sublingual, que en el posterior que puede caer directamente al submandibular por la inserción de éste músculo. Por lo tanto, el proceso infeccioso en segundos y terceros molares es más probable que nos de un absceso submandibular. Desde estos espacios (sublingual y submandibular) se pueden dirigir a la fosa zigomática, tanto ptérigomandibular como ptérigofaringea, por medio del tejido conjuntivo que comunica estos espacios.

Ahora, la arteria y vena facial pasan por un par de agujeros en el hioides hacía ese compartimento sublingual. En el compartimento sublingual, si se hace una incisión de la mucosa sin llegar al periostio, se encuentra tejido conjuntivo que envuelve y separa los elementos de éste sector, y que es el mismo tejido que comunica o se continúa con el tejido conjuntivo de las regiones más profundas, pasando hacía atrás por ese hiato submandibular. Ahora, si el músculo milohioideo que generalmente se lo considera grueso (un diafragma que separa boca de cuello), pero no todos los milohioideas son así, algunos pueden ser fasciculados y que dejan espacios entre sí y éste espacio comunica directamente la región submandibular, a través del tejido conjuntivo sublingual que lo comunica con el submandibular. Es a través del músculo milohioideo y no dándole la vuelta por detrás por el submandibular. Estos sectores que se comunican por delante con el sublingual y submandibular se encuentran a 1 cm de distancia de los vasos más importantes del cuello. Ahora que pasa en casos de pericoronaritis aguda de molares y que éste comienza a inflamarse la mucosa de éste flanco lingual, involucrando el pilar anterior del velo del paladar y la fosa amigdalina posterior, el proceso va entre la mucosa y los músculos que están cerrando este sector y que son el buccinador, hacía atrás con el constrictor de la faringe y a través de este pilar la infección puede dirigirse hacía la base de la lengua, la acumulación de pus en la base de la lengua va a ocluir la vía aérea, esto es lo que se llama la angina de Ludwig. Si el proceso infeccioso se va hacía atrás puede formar un absceso periamigdalino.

“Menos mal que existen antibióticos o sino los medios condoros que nos mandaríamos”.

Sicher colocó líquidos de contraste en los espacios y veía lo que pasaba en radiografías, por ejemplo inyectó en el sublingual y vio que aparecía también en el submandibular, determinó que estos espacios se comunicaban entre sí, pero estaban cerrados a los otros espacios, y lo llamó espacio submáxilo-lingual, ahora se sabe que estos compartimentos no están cerrados y que se comunican con otros espacios.

---

**[Facilitado por la Universidad de Chile](#)**

Súmesese como **[voluntario](#)** o **[donante](#)**, para promover el crecimiento y la difusión de la **[Biblioteca Virtual Universal](#)**.

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente [enlace](#).

