

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

Tipus de document: Protocol

Elaborat per: Grup de treball format per tots els odontòlegs de les SAPs de l'Anoia, Bages – Berguedà i Osona.

Codi local:

Codi MADS

Gestió d'aprovació i de modificacions

Versió núm.	Data realització o modificació	Responsable elaboració	Revisat per	Validació Per	Data validació	Data propera revisió
0	30 de novembre de 2016	(*)	Hernández M, referent d'odontologia de la GTCC	(nom/grup/rol)		30 de novembre de 2019

(*) Responsable elaboració: Arnaldo, Mariel A; Bartrina, Xavier; Buldu, Marta I.; Clotet, Lluís; Colominas, Judit; Covarrubias, Nivardo; Escabias, Lidia; Espadamala, María; Fernández, Aurora; Franquet, Marta; Gomis, Montserrat; Graner, Cristina; Gutiérrez, Ángel F.; Hernández, Miguel; Jaén, María A.; Marcè, Eva; Moneo, Neus; Monsalve, Luís G.; Pedrós, Mercé; Pérez, Olga; Piñol, Artur; Portella, Roger; Puig, Sheila; Pujol, Anna R.; Rodríguez, Ramón; Serra, Judit; Treviño, María José.

Distribució del document: Es penjarà al mapa de processos de la GTCC.

Destinataris: Odontòlegs i professionals de la GTCC.

OBJECTIU, ABAST I CIRCUIT

Solucionar problemes dentals sovint requereix tractaments d'operatòria dental que els metges d'atenció primària no poden oferir. Les opcions estan limitades a analgèsics i antibiòtics; no obstant això, cap tractament és efectiu si no hi ha la participació de l'odontòleg, pel que sempre s'haurà de derivar el pacient al seu odontòleg per completar el tractament.

Amb el desig d'elaborar un document de consens a nivell de SAP en relació al tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior, aquest document elaborat i consensuat pels odontòlegs de la Gerència Territorial de la Catalunya Central, resumeix les situacions més freqüents que provoquen odontàlgia i dona les pautes de diagnòstic i tractament per aplicar en cadascuna de les diferents situacions descrites ja que els metges d'atenció primària i els dels serveis d'urgències, sovint tenen poca formació en el maneig de problemes dentals i això pot condicionar-los perquè no se sentin prou segurs per avaluar i tractar a aquests pacients.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

Aquest document està adreçat als equips d'atenció primària (EAP) quan no sigui possible la presència d'un odontòleg i a les unitats de urgències a nivell hospitalari que no disposin de cobertura odontològica per personal especialitzat. Aquest document pretén donar consells pràctics als metges d'atenció primària quan atenguin pacients amb problemes de dolor dental.

És important que els metges d'atenció primària i els dels serveis d'urgències, d'una banda, i els pacients, per un altre, entenguin que un tractament a força de fàrmacs, solament, és insuficient. El tractament definitiu ha de ser fet per un odontòleg i el metge que atengui al pacient ha d'indicar-li que acudeixi al odontòleg el més abans possible pel tractament definitiu.

ODONTALGIA

El dolor dental constitueix el símptoma més freqüent que porta al pacient a la recerca de tractament odontològic per al seu alleujament i és una causa freqüent de consulta en atenció primària. Encara que en la majoria dels casos l'actuació per part del metge general es limita a l'aplicació de mesures terapèutic-pal·liatives del dolor, la inflamació i la infecció, resulta interessant conèixer les diferents formes de presentació del dolor dental i les possibles causes que ho produeixen, amb la finalitat de millorar la comprensió del problema i la utilització dels fàrmacs. Un diagnòstic específic del dolor és la base per obtenir l'èxit en el seu control.

Els dolors d'origen dental són molt versàtils i poden simular qualsevol síndrome dolorosa, de tal manera que és una bona norma considerar tots els mals de la boca i de la cara com d'origen dental, mentre no és demostrat el contrari. Farem diagnòstic diferencial del dolor dental o odontàlgia amb la càries i les seves conseqüències a nivell polpar, fractura d'estructures dentàries, malaltia periodontal, pericoronaritis del tercer queixal, hipersensibilitat dentinària, patologia de l'articulació tempomandibular (ATM) i neuropatia del trigèmin, com a entitats més freqüents.

MESURAMENT DEL DOLOR

El dolor és una manifestació clínica on l'observador és incapaç d'apreciar de manera directa; és el pacient el que comunica al clínic la presència i intensitat del seu dolor.

Els informes verbals són els mètodes més usats en l'avaluació clínica i inclouen, entre altres, l'escala visual anàloga (EVA), que ha demostrat ser un dels instruments de mesurament més fiable, vàlid i sensible per establir la graduació del dolor. L'EVA és avui dia d'ús universal i ens ajuda a comprendre el grau de dolor del pacient. (ANNEX – ESCALA VISUAL ANÀLOGA)

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

ETIOPATOGENIA DEL DOLOR DENTAL

1. LA CÀRIES

- Quan la càries penetra a la dentina, és característica la simptomatologia dolorosa amb la ingestió d'aliments freds, dolços, àcids o amb la masticació; la seva intensitat és variable i cessa en desaparèixer l'estímul. Quan la progressió de la càries avança fins a la proximitat del teixit polpar (nervi de la dent) o arriba al mateix, la simptomatologia dolorosa és molt més intensa. S'exacerba amb la calor i es mitiga amb el fred, i també augmenta amb el decúbit a causa que la polpa es troba inflamada dins d'un estoig rígid inextensible com és la dent, i en la posició de decúbit es produeix una redistribució de fluids que també arriba a la polpa dental.

2. FRACTURA O LUXACIÓ DENTAL

a. Luxació dental per traumatisme

- El traumatisme provoca un moviment de la dent en el seu alvèol que, en ocasions s'acompanya de dolor intens. El moviment de la dent pot ser tant intrusiu com extrusiu en funció del tipus d'impacte rebut.
- S'ha de ferulitzar la dent si és possible (ANNEX – TÈCNICA DE FERULITZACIÓ)
- S'ha de realitzar tractament simptomàtic i derivació a l'odontòleg per a assistència urgent abans de les primeres 24 hores després del traumatisme.

b. Fractura en dentició permanent per traumatisme.

- Informar al pacient o als seus cuidadors que si es pot aconseguir el fragment dentari, podria ser adherit a la dent.
- S'ha de realitzar tractament simptomàtic i derivació a l'odontòleg per a assistència urgent abans de les primeres 24 hores després del traumatisme.

c. Fractura en dentició temporal per traumatisme.

- Informar al pacient o als seus cuidadors que si es pot aconseguir el fragment dentari, podria ser adherit a la dent.
- S'ha de realitzar tractament simptomàtic i derivació a l'odontòleg per a assistència urgent abans de les primeres 24 hores després del traumatisme.

d. Fractura espontània d'esmal

- És un quadre dolorós dentari menys freqüent. Sol afectar a les dents sotmeses a les majors càrregues masticatòries, com els premolars i molars. Generalment s'origina després de mossegar algun aliment o objecte dur, si bé en ocasions no es pot demostrar una relació

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

causa-efecte. Les dents més susceptibles de patir-les són les que porten alguna obturació de grans dimensions, tant si les dents són vitals com si no ho són.

e. Síndrome de la dent fisurada

- La "síndrome de la dent fisurada" es manifesta amb un dolor breu i agut en una dent, freqüentment no diagnosticat fins que una part de la dent es fractura o l'entitat es fa evident. La condició és caracteritzada per una fractura incompleta (generalment vertical) de la corona, que possiblement involucra l'arrel. Actualment, es coneix a la dent fisurada com a fractura incompleta d'una dent posterior.
- En molts casos, aquestes fractures incompletes avancen i progressen fins a afectar els teixits periapicals o provoquen l'aparició de bosses periodontals. En aquest moment, el problema pot ser identificat més fàcilment.

3. AVULSIÓ DENTAL

- La dent ha sortit, íntegrament, de l'alvèol dentari.
- En dentició temporal no cal tractar de reimplantar la dent mentre que en dentició permanent és obligatori fer-ho al més aviat possible. (ANNEX – PRIMERS AUXILIS EN LA AVULSIÓ DENTAL).
- Ferulitzar la dent si és possible (ANNEX – TÈCNICA DE FERULITZACIÓ).

4. MALALTIA PERIODONTAL

- El terme malaltia periodontal (MP) engloba tots aquells quadres que afecten als teixits que envolten a la dent o teixits periodontals (geniva, ciment, lligament periodontal i os alveolar). Quan la inflamació afecta només a la geniva es denomina gingivitis, mentre que si afecta a totes les estructures del periodont, provocant la destrucció de les mateixes, rep el nom de periodontitis o MP pròpiament dita.
- Els gèrmens presents en la cavitat oral produeixen la destrucció dels teixits periodontals originant la MP que és la major causant de pèrdua de dents en la població adulta.
- La MP pot associar-se a malalties sistèmiques que comportin immunosupressió o alteració de l'estructura dels teixits periodontals.

5. PERICORONARITIS

- L'erupció de qualsevol dent origina una petita inflamació, coneguda com pericoronaritis, al voltant de la geniva que envolta la corona dentària en posar-se en contacte amb la flora de la cavitat bucal.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

- El quadre dolorós característic és la pericoronaritis del tercer molar, cordal o “queixal del seny” en la qual la geniva que recobreix la corona es troba inflamada i dolorosa.

6. HIPERSENSIBILITAT DENTINARIA

- La hipersensibilitat dentinaria o hiperestesia dentinaria és un excés de sensibilitat de les dents als canvis de temperatura. Es deu a estímuls dolorosos originats per canvis tèrmics, generalment el fred i l'àcid, que irriteren les terminacions nervioses de la polpa.

7. PATOLOGIA DE L'ARTICULACIÓ TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)

- a. **Alteracions disc articular:** caracteritzades per desplaçament anterior i cap a dins del disc articular. Són factors de risc per a l'inici d'alteracions del disc els alts nivells d'ansietat i de bruxisme.
- b. **Sinovitis i capsulitis:** inflamació del revestiment sinovial de la ATM i del lligament capsular que causa profund dolor, sensibilitat a la palpació, limitació a l'obertura oral secundària al dolor i inadequada oclusió de les dents posteriors en el costat afectat.
- c. **Artrosi:** condició no inflamatoria d'artritis amb deterioració de les superfícies articulars. Es presenta amb dolor agreujat pel moviment de la mandíbula, dolor a la palpació de l'ATM, crepitació i limitació al moviment.

8. NEUROPATIA DEL TRIGÉMIN (NT)

- Una característica important que distingeix la NT del dolor dental és que en aquell no se sol interrompre el somni del pacient, mentre que en l'originat per patologia dental sí, a causa del seu caràcter generalment progressiu que canvia amb el temps.

9. INFECCIÓ ODONTÒGENA

- És una infecció polimicrobiana i mixta (aerobis/anaerobis). És el tipus d'infecció més freqüent en la cavitat oral i el seu tractament suposa la tercera causa de consum d'antibiòtics doncs genera entre un 10 -12% del total de les prescripcions d'antibiòtics en l'atenció primària.
- Són, a més, causa freqüent de consulta urgent doncs l'abscess periapical suposa el 25% de les urgències odontològiques, la pericoronaritis el 11% i la periodontitis (abscess periodontal) entre el 7-14%.
- Les infeccions de la cavitat oral, segons la zona en la qual es desenvolupin, es poden classificar en:
 - ✓ Les infeccions odontògenes que són les que afecten a estructures que formen la dent i el periodont.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

- ✓ Les infeccions no odontògenas que són les que afecten a mucoses o estructures extradentals (glàndules salivals, llengua, etc).

ETIOPATOGENIA DE LA INFECCIÓ ODONTÓGENA

Des del punt de vista etiopatogènic la infecció odontògena pot ser primària (causes dentàries i peridentàries) o secundària (causes iatrogèniques i traumàtiques):

- Causes dentàries i peridentàries: habitualment en relació amb la càries i la malaltia periodontal (gingivitis i periodontitis) o amb accidents de l'erupció, especialment pericoronaritis.
- Causes iatrogèniques: diferents procediments odontològics (anestèsia, exodoncia, etc.) realitzats a qualsevol nivell (estructura dentària, periodont o directament sobre os) poden donar lloc a una infecció odontògena.
- Causes traumàtiques: microtraumas repetits (bruxisme), poden lesionar el paquet vasculonerviós dentari ocasionant necrosi pulpar i la consegüent infecció o traumatismes aguts de la zona orofacial.

La majoria de les infeccions odontògenas són primàries, constituint la càries la causa més freqüent.

CLÍNICA DE LA ODONTALGIA

La manifestació clínica comuna és el dolor, però existeixen diferències entre els diferents quadres que ho causen que poden facilitar el diagnòstic diferencial.

S'exposen aquestes diferències fent una breu ressenya de les troballes exploratòries a l'abast del metge d'atenció primària, tenint en compte que per realitzar una exploració dental precisarem d'una font d'il·luminació dirigida i col·locar al pacient en decúbit supí. Si, a més, el metge d'atenció primària pogués disposar de espèculs o miralls d'ORL li ajudarien a poder veure millor l'interior de la cavitat oral.

- 1. Fractura d'esmalt.-** Si el dolor és intens però molt breu (1-2seg.) i apareix només en mastegar suggereix la presència d'una fractura d'esmalt, que pot apreciar-se en la majoria dels casos desplaçant amb un depressor lingual el fragment mòbil. Si es tracta d'una dent vital el dolor pot desencadenar-se també amb el fred i en ocasions la visualització de la fractura és gairebé impossible.
- 2. Hipersensibilitat/Hiperestesia dentinària.-** Quan el dolor és intens i de curta durada, es desencadena amb el fred, els àcids, el raspallat dental o en tocar amb l'ungla el coll de la corona dental (zona entre la corona i l'arrel), indica hipersensibilitat dentinària. És un dolor provocat, agut i fugaç i no representa una urgència odontològica *per se*.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

3. **Polpitis reversible.-** Si el dolor és agut, de curta durada (dura 2 o 3 seg.), difús, que es desencadena per aliments o begudes fredes i dolces i cedeix en cedir l'estímul sol deure's a càries en etapa inicial (polpitis reversible). Aquestes càries poden ser observades si ocupen les superfícies lliures de les dents però no si es localitzen en les superfícies que contacten amb dents adjacents. És el més freqüent demandant de tractament urgent com odontàlgia.
4. **Polpitis irreversible.-** Si el quadre anterior no es tracta, els bacteris arriben al nervi de la dent i la inflamació polpar progressa cap a una polpitis irreversible que passa per diferents fases (serosa, purulenta, necrosi). Sol cursar amb dolor agut intens, pulsàtil, continu, espontani i irradiat; dura uns pocs minuts, es produeix amb aliments o begudes calentes i dolces i s'incrementa amb l'oclusió dentària, el decúbit i l'escalfor. Solen observar-se grans càries obertes i restes radiculars.
5. **Necrosi polpar.-** L'últim estadi evolutiu de les formes anteriors és la necrosi polpar, generalment asintomàtica, que en la seva progressió cap a la regió periapical dona lloc a la reaparició de la simptomatologia.
6. **Abscés periapical/Periodontitis periapical aguda.-** Cursa amb inflamació dels teixits periapicals que ocasionen una clínica de dolor sord, pulsàtil i ben localitzat, referit a la dent afecta i que és pot acompanyar amb tumoració, rubor, febre i afectació de l'estat general. Aquest dolor augmenta amb la masticació o a la percussió, de vegades amb sortida d'exsudat purulent pel marge de la geniva. Pot derivar cap a una cel·lulitis.
7. **Malaltia periodontal avançada.-** Dolor en una dent mòbil en ajuntar els maxil·lars, mastegar o en tocar-ho amb els dits. Hi ha dolor lleu o moderat, sord i profund. La polpa està vital i la geniva està envermellida, edematosa i sagnant. Hi ha sensibilitat als canvis tèrmics, a la palpació i a la masticació.
8. **Abscés periodontal.-** Dolor intens sord i continu, amb tumor, rubor, adenopaties, mobilitat de la dent i sensació de dent creixuda, a vegades amb extrusió i dolor a la palpació/percussió que no s'incrementa amb el decúbit i amb prou feines pels canvis tèrmics. La percussió sobre la dent afectada sol ser menys dolorosa que la pressió sobre la geniva.
9. **Gingivitis ulcero-necròtica aguda (GUNA).-** Dolor molt intens, localització electiva a les papil·les interdentàries de la geniva, acompanyat d'intensa inflamació i halitosi molt desagradable. És un procés molt dolorós, que afecta tota la geniva, habitualment en gent jove, relacionat amb infecció per bacteris fusospiroquetals, la mala higiene oral, el tabac, l'estrès i la SIDA.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

10. Pericoronaritis.- La pericoronaritis és una infecció aguda que es localitza en els teixits que recobreixen la corona del tercer molar o “queixal del seny”, parcialment erupcionat. Veiem dolor sord originat a l'espai retromolar irradiat a la mandíbula, faringe, oïda o coll, associat a inflamació de la mucosa, que envolta al tercer molar, amb dificultat per a l'obertura bucal i, generalment, entre els 20-30 anys d'edat.

- ✓ La forma aguda congestiva es caracteritza per dolors retromolars accentuats amb la masticació, que s'irradia a la faringe o a la branca ascendent mandibular. La mucosa que recobreix la zona apareix edematosa, brillant i eritematosa. Sol acompanyar-se d'adenopatia en l'angle submandibular.
- ✓ En la forma aguda supurada els dolors són molt més intensos i irradia cap a l'amígdala o cap a l'oïda. Apareix disfàgia, trismus i un eritema que s'estén cap a la faringe. La pressió fa sortir un exsudat de pus entre el caputxó mucos i la dent.

11. Alveolitis.- És una complicació infecciosa de la exodoncia que cursa amb un dolor intens localitzat en el lloc de l'extracció recent d'una dent com conseqüència d'una pertorbació en la cicatrització amb desorganització i desintegració del coàgul. Apareix entre els 2 i 5 dies després de l'exodoncia, amb un dolor agut, intens i irradiat, halitosi i limfadenopaties, més freqüent en fumadors, extremadament sensible i dolorosa.

D'altra banda, és interessant destacar que, en ocasions, podem trobar-nos amb dolors d'origen dentari procedents del maxil·lar inferior que el pacient localitza en el superior, i viceversa. Aquests dolors referits, que en moltes ocasions despisten al professional, es deuen a anastomosi del gangli de Gasser entre les dues branques inferiors del trigèmin, això és, les branques maxil·lar superior i mandibular, que recullen la sensibilitat dentària.

FÀRMACS USATS PER AL MANEIG DE DOLOR D'ORIGEN DENTAL

L'escala d'alleujament del dolor de l'OMS recomana un fàrmac tipus Paracetamol o un AINE per al maneig inicial del dolor.

Analgèsics no opiacis – Paracetamol 500 mg i 1000 mg.

Paracetamol és la primera elecció per al tractament de dolors aguts des de lleus a moderats → nivell d'evidència A (SORTA: Evidència orientada al pacient i de bona qualitat)

Aquest fàrmac s'usa per al maneig del dolor lleu a moderat, amb acció analgèsica i antipirètica. Meta-anàlisi avaluant Paracetamol en dosi d'1000mg van trobar un màxim alleujament del dolor 4 hores després de la seva administració.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

Analgèsics antiinflamatoris no esteroïdals (AINEs) – Ibuprofè.

Els AINEs han mostrat efectivitat analgèsica en casos de dolor inflamatori agut. A més, també han mostrat valor terapèutic en el maneig de dolor miofascial crònic i desordres en l'articulació temporomandibular.

L'Ibuprofè i el Naproxé són AINE's de primera elecció per a dolors aguts des de lleus a moderats, basats en l'efectivitat, perfil d'efectes adversos, cost i disponibilitat amb nivell d'evidència A (SORTA: Evidència orientada al pacient i de bona qualitat)

L'Ibuprofè és un antiinflamatori no esteroïdal (AINE) emprat com analgèsic en el tractament del dolor lleu a moderat, utilitzat freqüentment com antipirètic, analgèsic i antiinflamatori. S'utilitza, principalment, per a l'alleujament simptomàtic de la febre, mal de cap, dolor dental (odontàlgia), dolor muscular i dolor postquirúrgic. No s'han trobat diferències entre dosis de 400 i 600 mg d'Ibuprofè per la qual cosa dosis superiors no ofereixen avantatges

Generalment la dosi recomanada per a adults és d'uns 1200 mg diaris (400 mg tres cops al dia). No obstant això, sota supervisió mèdica, la quantitat màxima d'Ibuprofè per a adults és de 800 mg per dosi o 3200 mg per dia. En nens, és de 5 a 10 mg per kg en un interval de temps de 6 a 8 hores, amb una dosi diària màxima de 30 mg/kg.

Ibuprofè 400 mg s'ha trobat superior a 650 mg d'aspirina i 600-1000 mg de Paracetamol. Ibuprofè 400 mg va ser superior a 30 mg de codeïna en un model de cirurgia oral. Els pacients sotmesos a moviments ortodòntics poden presentar algun grau de dolor, especialment els dies en els quals s'ajusten els aparells; dosis de 400mg d'Ibuprofè han estat superiors a 650mg d'aspirina i de placebo en pacients ortodòntics.

Analgèsics antiinflamatoris no esteroïdals (AINEs) – Naproxé.

El naproxé és un analgèsic d'ús general, emprat en el tractament del dolor lleu a moderat, la febre, el mal de cap i la inflamació, principalment. És un membre de la família dels AINE (antiinflamatoris no esteroïdals). Encara que el naproxé requereix normalment dosis superiors a altres AINE (la dosi mínima efectiva és d'aproximadament 200 mg), s'uneix molt bé a l'albumina i per tant té una vida mitjana més llarga en la sang que altres analgèsics, arribant fins a 12 hores per dosi. El màxim de concentració en la sang té lloc després de 2-4 hores d'haver-ho ingerit.

Antibiòtics – Amoxicil·lina i Amoxicil·lina amb àcid clavulànic.

Són fàrmacs bactericides, actius en la fase de creixement bacterià, útils en el tractament de la fase aguda dels processos odontogènics i per la prevenció de les complicacions.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

L'associació d'una penicil·lina amb un inhibidor de betalactamases com l'àcid clavulànic ha passat a ser el fàrmac d'elecció en un gran nombre d'aquests processos, de la mateixa forma que la tendència sigui augmentar la dosi per assolir còmodament la concentració mínima inhibidora (CMI).

Antibiòtics – Clindamicina.

Segueix sent el fàrmac d'elecció en pacients al·lèrgics a betalactàmics per la seva bona absorció, la baixa incidència de resistències bacterianes i l'alta concentració que aconsegueix en el teixit ossi. Aquest antibiòtic es mostra molt efectiu enfront d'anaerobis facultatius i estrictes, incloent els ceps productors de betalactamases. Aconsegueix altes concentracions alveolars i l'activitat bactericida clínicament s'aconsegueix amb la dosi habitualment recomanada.

TRACTAMENT

1. Per mitigar el dolor produït per la càries (polpitis serosa i purulenta), l'abscess periodontal i la pericoronaritis del cordal solen ser útils els analgèsics habituals. Paracetamol (500-1.000mg/6-8 h).
2. Si el component inflamatori és molt intens, com succeeix en els flemons i en la pericoronaritis del cordal, han d'emprar-se un AINE del tipus Ibuprofè (400mg/6-8 h) o naproxé (550mg/8-12 h).
3. Davant la presència de focus infecciosos i inflamatoris importants: amoxicilina (500mg/8h/10 dies) continua sent útil en la majoria de les infeccions odontògenes, si bé amb l'aparició de les resistències últimament es preconitza l'associació amoxicilina/àcid clavulànic (500/125mg/8h/10 dies) i en nens: (20-40 mg/kg/dia/8 h).
 - a. Polpitis reversible: analgèsic si dolor i derivació al odontòleg.
 - b. Polpitis irreversible: Tractament farmacològic amb analgèsics, AINE's i/o antibiòtics segons evolució. Derivació al odontòleg.
 - c. Abscess periapical agut: Drenatge si hi ha un abscess circumscribit accessible. Tractament antibiòtic. Analgèsics i antiinflamatoris.
 - d. Abscess periodontal: Drenatge si hi ha un abscess circumscribit accessible. Tractament antibiòtic. Analgèsics i antiinflamatoris.
4. En pacients al·lèrgics als betalactàmics, la clindamicina (300mg/6h/1 caixa; nens: 25mg/kg/dia/6-8h) és actualment el fàrmac més indicat.
5. Els nous macròlids, com azitromicina i claritromicina, semblen tenir un bon futur en el tractament de les infeccions odontògenes, però els estudis són encara escassos.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

6. Pericoronaritis: Tractament antibiòtic, analgèsic i antiinflamatori. En les pericoronaritis del queixal del seny sempre estan indicats els antibiòtics.
7. GUNA: Antibioteràpia, analgèsia i antisèptics orals com la clorhexidina (CLX) al 0.2 %. Davant la presència d'un quadre de GUNA sempre s'ha de descartar una possible immunosupressió.
8. Alveolitis: AINEs i antibiòtics, CLX 0.2%.

Quant al dosatge i durada del tractament no existeixen criteris establerts sobre una base d'evidència científica recomanant-se en general dosis altes durant períodes de temps relativament curts, entre 7 i 10 dies, per aconseguir una bona CMI (concentració mínima inhibidora). Així per exemple, la amoxicil·lina amb clavulànic es recomana a dosi de 875/125mg/8h o 2000/125mg/12h, amb l'abandó progressiu de la presentació de 500/125 mg/8h i la clindamicina de 300 a 600mg/8h. És important que l'antibiòtic aconseguixi una concentració adequada en el lloc de la infecció almenys igual o major a la CMI.

CONCLUSIONS

- El tractament de la infecció odontogènica es basa, en general, en terapeútiques combinades (farmacològica/odontològica/quirúrgica) on la antimicrobiana no sempre és necessària ni suficient.
- En els casos en els quals un antimicrobia estigui indicat l'elecció del mateix és empírica i ha d'adaptar-se a cada pacient i situació.
- L'antimicrobià ha de ser bactericida i d'ampli espectre en tractar-se de infeccions polimicrobianes i mixtes.
- El tractament per part del metge d'atenció primària del dolor d'origen odontològic serà sempre simptomàtic, i el pacient ha de ser remès al·l'odontoestomatòleg pel seu tractament etiològic.
- Finalment, cal assenyalar algunes mesures terapèutiques casolanes per combatre el dolor d'origen dental que, si bé estan molt esteses, resulten contraproductes i d'escàs poder analgèsic. Així, l'aplicació d'anestèsics tòpics sobre la geniva o la càries, a més de ser poc efectiva facilita l'aparició d'al·lèrgia als anestèsics locals. L'aplicació directa sobre la zona dolorosa de comprimits d'àcid acetilsalílic i els glopeigs amb licors d'alta graduació alcohòlica no només no mitiguen el dolor sinó que ho incrementen, doncs produeixen cremades en la mucosa.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

BIBLIOGRAFIA

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible a: www.agemed.es
2. Ali R, O'Sullivan D, Gray G, Vowles R, Hooper S. Teaching dental pain with and without underlying oral physiology: learning implications. *J Den Edu* 2009; 73: 1090-4.
3. Becker D. Pain management: Part 1: Managing acute and postoperative dental pain. *Anesth Prog* 2010; 57: 67-79.
4. Blondell R, Azadfar M, Wisniewski A. Pharmacologic Therapy for Acute Pain. *Am Fam Physician* 2013; 87: 766-72.
5. Cope A, Francis N, Wood F, Mann MK, Chestnutt IG. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 26: CD010136.
6. Cope A, Wood F, Francis N, Chestnutt I. General practitioners' attitudes towards the management of dental conditions and use of antibiotics in these consultations: a qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5: e008551.
7. Deangelis AF, Barrowman RA. Maxillofacial emergencies: Dentoalveolar and temporomandibular joint trauma. *Emergency Medicine Australasia (EMA)* 2014; 26: 439-45.
8. Deangelis AF, Barrowman RA, Harrod R, Nastri A. Maxillofacial emergencies: Oral pain and odontogenic infections. *Emergency Medicine Australasia (EMA)* 2014; 26: 336-42.
9. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician* 2004; 69: 548-56.
10. Herrera D, Alonso B, De Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontology* 2000 2014; 65: 149-77.
11. Institut Català de la Salut. Disponible a: www.essencialsalut.gencat.cat
12. Kingon A. Solving dental problems in general practice. *Aust Fam Physician* 2009 Apr; 38: 211-6.
13. Loza E. Aines en la práctica clínica: lo que hay que saber- *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011; 35: 88-95.
14. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 52-60.
15. Nagi R, Devi Y, Rakesh N, Reddy S, Patil DJ. Clinical implications of prescribing nonsteroidal anti-inflammatory drugs in oral health care-a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 264-71.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

16. Poveda R, Bagan JV, Sanchis JM, Carbonell E. Antibiotic use in dental practice. A review. Med Oral Patol Oral Cir bucal 2007; 12: E186-192.
17. Protocol de consens d'analgèsia en la pràctica odontològica. SAP Osona. Gerència Territorial Catalunya Central. Institut Català de la Salut 2014.
18. Protocol de demanda aguda d'odontologia. SAP Anoia. Gerència Territorial Catalunya Central. Institut Català de la Salut 2015.
19. Rodríguez-Alonso E, Rodríguez-Monje MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. Inf Ter Sist Nac Salud 2009; 33: 67-79.
20. Shepard M, MacGregor A, Zakrzewska J. Orofacial pain: A Guide for the Headache Physician. Headache 2014; 54: 22-39.
21. Verma S, Chambers I. Dental emergencies presenting to a general hospital emergency department in Hobart, Australia. Aus Dent J 2014; 59: 329-33.
22. Versporten A, Coenen S, Adrianssens N, Muller A, Minalu G, Faes C et al. European surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient penicillin use in Europe (1997-2009). J Antimicrob Chemother 2011; 66: Suppl 6: vi13 – vi23.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

ANNEX 1

PRIMERS AUXILIS EN LA AVULSIÓ DENTAL.

Una dent permanent avulsionada és una de les poques situacions reals d'emergència en odontologia.

La dent està completament fora de l'alvèol. Clínicament, la cavitat alveolar està buida o farcida per un coàgul.

Els metges d'atenció primària han de tenir els coneixements bàsics per poder informar al públic sobre els primers auxilis en casos de dents avulsionades.

A més de sensibilitzar al públic mitjançant campanyes publicitàries, els professionals de la salut, familiars i professors haurien de rebre informació de com procedir davant aquests greus traumatismes inesperats.

Davant d'una dent avulsionada:

1. Assegurar-se que no és una dent temporal ja que no han de reimplantar-se.
2. Mantenir al pacient en calma.
3. Netejar la zona amb spray d'aigua, solució salina o clorhexidina.
4. Suturar les ferides gingivals si les hi hagués.
5. Agafar la dent per la corona. Evitar tocar l'arrel.
6. Si la dent està bruta, rentar-la amb aigua corrent durant 10 segons.
7. Si no s'ha reimplantat la dent, reimplantar-la exercint una pressió suau. No exercir força. Fer mossegar en un mocador per mantenir-la en posició.
8. Ferulitzar la dent.
9. Pautar els antibiòtics sistèmics habituals a les dosis apropiades.
10. Si la dent avulsionada ha estat en contacte amb el sòl i si es desconeix si el pacient té o no la cobertura antitetànica, derivar al seu metge per a dosi de reforç antitetànic.
11. Cercar tractament dental d'urgència, el més immediatament possible.
12. Si no s'han trobat les dents avulsionades, ha de referir-se el pacient a un servei de pediatria perquè es pugui descartar una aspiració de les dents.

Tractament de l'odontàlgia en urgències i el seu abordatge posterior.

ANNEX 2

TÈCNIQUES DE FERULITZACIÓ

Les tècniques de ferulització temporal es realitzen de forma ràpida, no requereixen materials especialitzats i són ideals per poder ser usades pels metges d'atenció primària i en els serveis d'urgències, sempre que no es pugui comptar amb assistència odontològica immediata.

Les millors fèrules temporals que es poden aconseguir són els protectors bucals o els retenidors d'ortodòncia dels pacients.

En el cas que no es disposi d'aquests elements, es pot realitzar una fèrula temporal usant paper d'alumini i adaptant-lo a l'arcada dental. Per millorar la seva retenció, l'alumini es pot recobrir per acrílic termoplàstic (si es disposa d'ell) o per un tros d'embenatge de guix. Se li ha d'indicar al pacient que no ha de retirar la fèrula fins que sigui atès per un odontòleg.

ANNEX 3

ESCALA VISUAL ANALÒGICA

