

Després, Matías

**Cuando la infección avanza:
evaluación y tratamiento del
absceso en la práctica
odontológica**

**Trabajo final de la práctica profesional
supervisada de odontología**

Directora: Lucca, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR:

**“CUANDO LA INFECCIÓN AVANZA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL
ABSCESO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA”**

AUTOR: DESPRÉS MATIAS

REALIZADO BAJO LA TUTELA DE LA PROFESORA: OD. CLAUDIA LUCCA.

FECHA: 2025

ÍNDICE

Contenido

INDICE	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN	3
DESARROLLO.....	4
• ETIOLOGÍA.....	4
• PREVALENCIA.....	5
• FISIOPATOGENIA.....	6
• CLINICA (SIGNOS Y SÍNTOMAS).....	9
• DIAGNÓSTICO.....	11
• PLAN DE TRATAMIENTO.....	13
• POSIBLES COMPLICACIONES.....	17
• INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA.....	19
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXO I	25
ANEXO II	26

RESUMEN

Fundamento: El absceso periodontal representa una infección aguda localizada en los tejidos de soporte del diente, causada principalmente por bacterias que proliferan en bolsas periodontales profundas. Su aparición está relacionada con factores locales y sistémicos, y puede generar síntomas severos como dolor, inflamación y, en casos avanzados, compromiso sistémico. Un diagnóstico preciso y un tratamiento oportuno son esenciales para controlar la infección, evitar complicaciones y preservar la salud bucal del paciente.

Objetivo: Como objetivo general caracterizar a los pacientes con absceso apical para realizar un correcto diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

como así también, realizar un correcto diagnóstico diferencial con absceso alveolar crónico y absceso alveolar fénix.

Materiales y métodos: se realizó una revisión a partir de literatura científica disponible, incluyendo estudios clínicos y revisiones en bases de datos como PubMed, Medline Plus y Scielo. Se establecieron interconsultas con profesionales en clínica odontológica de la Universidad Católica de Córdoba.

Resultados: El absceso periodontal se identificó como una infección aguda frecuente, caracterizada por dolor, inflamación, supuración y movilidad dentaria. Se asocia principalmente a bacterias en bolsas periodontales existentes. El diagnóstico clínico y radiográfico oportuno, junto con un tratamiento adecuado basado en drenaje y antibióticos, permite controlar eficazmente la infección y prevenir complicaciones sistémicas.

Conclusiones: El absceso periodontal requiere atención inmediata debido a su rápida evolución y potencial de causar complicaciones graves. Su correcto diagnóstico y manejo oportuno son esenciales para preservar la salud bucal y general del paciente. Además, se destaca la importancia de la prevención y del seguimiento adecuado para evitar recurrencias.

Palabras clave: ABSCESO PERIAPICAL; DIAGNÓSTICO; ENFERMEDADES DE LA BOCA; MEDICINA CLÍNICA. Descriptores: ABSCESO PERIAPICAL; ENFERMEDADES DE LA BOCA; MEDICINA CLÍNICA.

ABSTRACT

Introduction: Bacteria that inhabit the root canal can spread to the periapical tissues, potentially leading to the development of an acute apical abscess (AAA), which can progress into cellulitis. In these situations, the affected tooth becomes a focal point of infection. AAA presents with a

clinical picture that includes pain of varying intensity, ranging from mild to severe, and inflammation that may extend into the facial spaces. Common symptoms include fever, chills, headache, and nausea.

Objective: The general objective is to characterize patients with apical abscesses in order to make an accurate diagnosis, treatment, and prognosis. Additionally, a correct differential diagnosis between chronic alveolar abscess and Phoenix abscess is aimed.

Materials and Methods: A review was conducted based on available scientific literature, including clinical studies and reviews in databases such as PubMed, Medline Plus, and Scielo. Consultations were held with professionals in the dental clinic of the Catholic University of Córdoba.

Results: Periodontal abscess was identified as a common acute infection, characterized by pain, inflammation, purulence, and dental mobility. It is primarily associated with bacteria in existing periodontal pockets. Timely clinical and radiographic diagnosis, along with appropriate treatment involving drainage and antibiotics, effectively controls the infection and prevents systemic complications.

Conclusions: Periodontal abscesses require immediate attention due to their rapid progression and potential to cause severe complications. Accurate diagnosis and timely management are essential for preserving both oral and general health. Additionally, the importance of prevention and proper follow-up to avoid recurrences is emphasized.

Keywords: APICAL ABSCESS; DIAGNOSIS; ORAL DISEASES; CLINICAL MEDICINE.

Descriptors: APICAL ABSCESS; ORAL DISEASES; CLINICAL MEDICINE.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales representan un problema de salud debido a su alta prevalencia, los dolores que provocan, la alteración de las funciones orales y las molestias generales que causan. Esto hace que requieran atención urgente y un diagnóstico rápido para poder aplicar el tratamiento más adecuado. En los servicios de urgencias dentales, uno de los problemas más comunes es el absceso apical agudo, también conocido como osteítis periapical supurada o absceso alveolar. Este tipo de afección se define como una acumulación de pus en una cavidad creada por la descomposición de los tejidos, y generalmente se presenta como un estado avanzado de infección después de la necrosis pulpar, donde los tejidos alrededor de la raíz del diente reaccionan intensamente.

La causa principal de estas infecciones bucales está asociada a microorganismos que forman parte de la flora bacteriana normal de la boca, que bajo condiciones favorables, como una disminución de las defensas del organismo o un aumento de la virulencia de los patógenos,

pueden volverse dañinos. Estos microorganismos, en su mayoría anaerobios y de tipo Gram positivos, atraviesan los tejidos y provocan la infección.

Las infecciones periapicales surgen como consecuencia de causas físicas, químicas o bacterianas, siendo las bacterias las más prevalentes. Generalmente, un absceso dentoalveolar agudo se desarrolla como complicación de una caries dental, y puede aparecer en los forámenes de las raíces o en conductos accesorios. Sin embargo, en algunos países como Cuba hay pocos estudios que exploren el comportamiento clínico de estos casos en relación con los irritantes pulpaes que pueden desencadenar un absceso de esta naturaleza.

Entre los síntomas más comunes del absceso dentoalveolar agudo se encuentran la sensibilidad del diente, especialmente al presionar la zona afectada, seguida de un dolor intenso y pulsátil acompañado de inflamación en los tejidos blandos. El diente afectado puede sentirse largo, móvil y doloroso, y puede generar una fístula que sane a través de un proceso de granulación, alejándose del diente afectado. Además, los pacientes pueden experimentar palidez, fatiga por el dolor, insomnio, fiebre, escalofríos, mal aliento, lengua saburral, dolor de cabeza y malestar general.

El examen clínico revela caries, obturaciones antiguas, secuelas de traumatismos dentales, movilidad dental, edema en el área apical, bruxismo, prueba eléctrica negativa, respuesta positiva a la prueba térmica y percusión dolorosa. En las radiografías, se observa un incremento en el espacio periodontal.

Algunos estudios han documentado cómo patologías pulpaes mal manejadas pueden llevar a infecciones que se extienden a la región periapical y provocan enfermedades de esta zona. Estas afecciones no solo causan dolor y molestias, sino que en ocasiones pueden complicarse y afectar el bienestar general, incluso poniendo en riesgo la salud del paciente. Es por esto que existe un programa de atención integral para la salud bucal, orientado al control y prevención de estas afecciones.

DESARROLLO

ETIOLOGÍA

En la mayoría de las situaciones, el absceso periodontal se desarrolla en una bolsa periodontal ya existente, lo cual representa un elemento clave en su origen. Tanto si la mejoría ocurre espontáneamente como si se logra mediante un tratamiento incompleto, la reparación suele darse principalmente en la parte más coronal de la bolsa. En estos casos, el epitelio puede volver a adherirse a la superficie radicular, mientras que residuos y microorganismos permanecen atrapados en la región apical. Cuando esta porción coronal se sella, el drenaje se ve comprometido, facilitando así la formación del absceso. La probabilidad de que esto ocurra

aumenta si la bolsa es especialmente profunda, angosta o con un trayecto complicado.

Diversos factores locales pueden inducir la aparición de un absceso periodontal. La introducción accidental o forzada de objetos extraños dentro de los tejidos gingivales, o la obstrucción de la entrada de la bolsa periodontal, puede favorecer el crecimiento bacteriano, dando lugar a una infección y posterior absceso periodontal o gingival. Asimismo, el uso incorrecto de dispositivos de irrigación bucal que empujen bacterias hacia los tejidos puede desencadenar este cuadro. Otras causas incluyen condiciones sistémicas como la diabetes, alteraciones oclusales, respiración bucal, retención de alimentos, características de los tejidos blandos, contactos oclusales traumáticos, factores emocionales y hormonales, uso de fármacos, enfermedades sistémicas, y malformaciones genéticas. También se han descrito causas relacionadas con la endodoncia, como perforaciones laterales durante la preparación de conductos, o anomalías anatómicas como perlas de esmalte o raíces fusionadas e invaginadas, especialmente en molares.

PREVALENCIA

El absceso periodontal es una infección aguda que ocurre en los tejidos periodontales, generalmente asociada a una acumulación bacteriana y una respuesta inflamatoria localizada. Su prevalencia puede variar según la población, los factores de riesgo y los métodos diagnósticos utilizados.

Datos generales y tendencias recientes:

- **Prevalencia variable:** Estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia de abscesos periodontales oscila entre el **2% y el 10%** en la población general, aunque algunos estudios en pacientes con enfermedad periodontal activa reportan cifras mayores, llegando hasta el **15-20%**.
- **Factores que influyen:** La prevalencia suele ser más alta en personas con periodontitis crónica o agresiva, fumadores, pacientes con diabetes y aquellos con higiene oral deficiente.

- **Aumento en casos diagnosticados:** En los últimos años, la mejoría en técnicas diagnósticas y una mayor conciencia clínica han permitido identificar más casos, especialmente en clínicas especializadas en periodoncia.

- **Estudios recientes:**
 - Un estudio de 2020 en población latinoamericana encontró que alrededor del **7% de pacientes con periodontitis presentaban abscesos periodontales** durante el curso de su enfermedad.
 - Investigaciones en Europa y Asia reportan prevalencias similares, aunque hay variabilidad según región y grupo de edad.
 - Un estudio realizado por Romanelli et al. En 2016 evaluó a 3.694 pacientes en 23 regiones de Argentina utilizando el Índice Periodontal Comunitario (IPC). Los resultados mostraron que el 26,4% de los participantes presentaba bolsas periodontales entre 3,5 y 5,5 mm, y el 14,3% tenía bolsas de $\geq 5,5$ mm. Sin embargo, este estudio tampoco reporta específicamente la prevalencia de abscesos periodontales .

- **Importancia de la detección temprana:** Debido a que el absceso periodontal puede causar destrucción rápida de tejidos y pérdida ósea si no se trata a tiempo, su detección y manejo precoz son vitales para reducir complicaciones y preservar la salud oral.

FISIOPATOGENIA

Un absceso periodontal está compuesto por bacterias, productos derivados del metabolismo bacteriano, células inflamatorias, restos de tejido destruido y componentes del suero sanguíneo. La destrucción de los tejidos es ocasionada, principalmente, por las enzimas liberadas por las células del sistema inmunológico. Aunque aún no se comprende con exactitud la patogenia del absceso periodontal, se postula que este se origina tras un bloqueo u obstrucción del acceso del saco periodontal, ya sea por trauma o por acumulación de detritos, lo que provoca la propagación de la infección hacia los tejidos blandos que rodean la bolsa. En consecuencia, se

genera una respuesta inflamatoria con infiltración celular, daño del tejido conectivo, encapsulamiento del foco infeccioso y posterior formación de pus. La evolución de esta infección depende de factores como la capacidad defensiva de los tejidos, la agresividad de los microorganismos y la cantidad de bacterias presentes.

Desde el punto de vista microscópico, se observan neutrófilos acumulados en el centro del absceso y en las zonas cercanas a los restos tisulares. En etapas posteriores, se desarrolla una estructura defensiva compuesta principalmente por macrófagos y neutrófilos. La rapidez con que se produce la destrucción de los tejidos está relacionada con el ritmo de multiplicación bacteriana, la virulencia de los agentes infecciosos y las condiciones del entorno local, como el pH. Un ambiente más ácido favorece la actividad enzimática lisosomal, intensificando la destrucción de los tejidos.

Etapas del desarrollo del absceso (según Chiapasco matteo“libro cirugía oral”)

Fase I – Absceso periapical:

En esta etapa inicial, el paciente experimenta un dolor agudo y bien localizado en la pieza dental afectada, que se intensifica al masticar o al percutir. El diente no reacciona a pruebas de vitalidad, y en el examen clínico puede observarse movilidad aumentada. Radiográficamente, los primeros signos pueden no ser evidentes, aunque más adelante se detecta ensanchamiento del ligamento periodontal y posibles imágenes radiolúcidas en la zona apical.

Fase II – Infiltración intraósea:

El absceso puede evolucionar hacia una forma crónica, como un granuloma periapical, o diseminarse desde el ápice hacia el hueso esponjoso adyacente, produciendo una infiltración ósea. En esta fase, las radiografías muestran una zona radiolúcida más extensa, pero con límites poco definidos.

Fase III – Infiltración subperióstica:

Cuando la infección atraviesa la cortical del hueso y alcanza el periostio, este se convierte en la última barrera anatómica antes de que el proceso infeccioso se extienda a tejidos blandos. El dolor se intensifica debido a la distensión del periostio. Los hallazgos radiológicos no muestran diferencias marcadas respecto a la fase anterior.

Fase IV – Flemón o celulitis:

Si el proceso infeccioso se propaga a los tejidos blandos, se produce un cuadro clínico de celulitis o flemón. Se caracteriza por inflamación sin una marcada acumulación de líquido. El paciente presenta una hinchazón firme y elástica, con enrojecimiento de la piel o mucosa, bordes mal definidos y dolor severo debido a la rápida expansión de la infección. Esta fase puede derivar en dos caminos: formación de un absceso con drenaje espontáneo o diseminación más severa.

Fase V – Abscesificación y formación de fístula:

La evolución natural del flegmón puede llevar a la creación de un absceso localizado, que consiste en una acumulación de pus delimitada por una cápsula. Esta forma es menos peligrosa que la celulitis, ya que tiende a estabilizarse. Al palpar, se detecta una masa blanda con límites claros, con enrojecimiento marcado en el sitio de máxima fluctuación. Si se forma una fístula (intra o extraoral), se permite el drenaje del pus, lo que suele aliviar el dolor y reducir la presión en los tejidos afectados.

Fase VI – Infección diseminada:

En los casos más graves y poco comunes, la infección puede diseminarse ampliamente, ya sea en la región cervicofacial (como en la angina de Ludwig) o a través del torrente sanguíneo, originando septicemia. Estas formas avanzadas pueden derivar en complicaciones severas como fiebre elevada, deshidratación y deterioro del estado general del paciente.

Estudios histológicos

DeWitt y colaboradores (1985) examinaron biopsias tomadas del área apical de 12 abscesos para su análisis microscópico. Encontraron que, aunque el epitelio oral y la lámina propia parecían normales, existía una intensa infiltración inflamatoria lateral al epitelio del saco. Se identificaron focos con neutrófilos, linfocitos y una gran destrucción tisular, junto con una acumulación de detritos amorfos, acidófilos y granulados en el interior del saco. En siete de las nueve muestras analizadas con microscopía electrónica, se observaron bacterias gram negativas invadiendo tanto el epitelio del saco como el tejido conectivo afectado.

Bascones (2001) describe el absceso periodontal como una acumulación localizada de leucocitos polimorfonucleares, vivos y muertos, dentro de la pared del saco. Estos leucocitos

liberan enzimas que digieren células y estructuras tisulares, dando lugar a la formación del pus. Esta colección purulenta está rodeada por una inflamación aguda, con edema intra y extracelular del epitelio, además de la infiltración de leucocitos, principalmente neutrófilos, que delimitan la zona activa de la infección.

CLINICA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

Síntomas Locales (en la zona del diente afectado)

1. Dolor intenso y pulsátil

- Es el síntoma más característico.
- El dolor suele ser constante, de tipo punzante y puede irradiarse hacia estructuras vecinas (oreja, cuello, cabeza).
- Se intensifica al masticar, al percutir o al aplicar presión sobre el diente.

2. Sensación de diente “flojo”

- El paciente siente que el diente sobresale o está fuera de su posición.
- Esto se debe a la presión del exudado purulento en el ápice, que empuja el diente hacia fuera del alvéolo.

3. Movilidad dental

- En algunos casos, puede haber movilidad debido al compromiso del soporte óseo.

4. Inflamación gingival o edema localizado

- El área periapical puede presentar enrojecimiento y aumento de volumen.
- Si la infección progresa, puede observarse una tumefacción visible en la cara (edema facial).

5. Presencia de fístula o supuración

- Si el absceso drena espontáneamente, puede formarse una fístula intraoral, generalmente en la encía.
- Esto suele aliviar parcialmente el dolor.

6. Disminución o ausencia de sensibilidad pulpar
 - A la prueba de vitalidad (térmica o eléctrica), el diente suele no responder, indicando necrosis pulpar.
 7. Dolor a la percusión
 - El diente está muy sensible a los golpes o presión vertical/oblicua (test de percusión positiva).
-

Síntomas Sistémicos (según la evolución del absceso)

1. Fiebre
 - Aparece especialmente cuando la infección se disemina a tejidos blandos o produce celulitis.
2. Escalofríos y malestar general
 - Señal de compromiso sistémico en infecciones más avanzadas.
3. Adenopatías regionales (ganglios inflamados)
 - Los ganglios cervicales o submandibulares pueden estar aumentados de tamaño, dolorosos y móviles.
4. Trismus (dificultad para abrir la boca)
 - Cuando el absceso se extiende a los músculos masticadores o espacios profundos de la cara.
5. Halitosis (mal aliento) y sabor desagradable
 - Asociado a la supuración y necrosis tisular.
6. Lengua saburral
 - Puede observarse revestimiento blanquecino sobre la lengua, en presencia de infección activa.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del absceso periodontal se basa en una combinación de los síntomas que describe el paciente, el examen clínico detallado, la interpretación integral y el apoyo de estudios radiográficos. Signos como dolor, inflamación gingival, hinchazón localizada, movilidad dental, y dolor a la palpación o percusión del diente afectado son suficientes para establecer un diagnóstico clínico. En muchos casos, estos hallazgos se presentan sobre un cuadro de periodontitis ya existente. La supuración puede surgir espontáneamente o al aplicar presión sobre el área, saliendo a través del saco periodontal o de una fístula, a veces incluso durante la evaluación clínica sin necesidad de estímulo.

El signo clínico más característico de un absceso periodontal es la aparición de una protuberancia con forma ovalada en la encía, ubicada sobre la superficie lateral de la raíz dental. Cuando el absceso está más profundo en los tejidos periodontales, puede manifestarse con menos claridad, observándose como una inflamación más difusa o simplemente una zona enrojecida. La presencia de supuración es también común, ya sea proveniente del saco o de una fístula, y puede aparecer de forma espontánea o tras ejercer presión sobre la encía. Los síntomas típicos incluyen dolor (que varía desde leve hasta muy intenso), sensibilidad gingival, hinchazón, respuesta dolorosa al golpeteo y mayor movilidad del diente comprometido.

Desde el punto de vista radiográfico, se pueden observar desde hallazgos normales en el hueso interdental hasta signos claros de pérdida ósea, como el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal o reabsorción del hueso alveolar. Estas imágenes, junto con el análisis del estado pulpar, ayudan a identificar la causa de la infección y a confirmar el diagnóstico. En algunos casos, se visualiza una zona radiolúcida a lo largo de la raíz del diente. Sin embargo, si la lesión está ubicada en las superficies vestibular o lingual, puede pasar desapercibida en la radiografía.

Además del cuadro local, pueden presentarse manifestaciones sistémicas como fiebre, ganglios linfáticos aumentados de tamaño, leucocitosis y un desplazamiento hacia la izquierda en el recuento leucocitario (lo que indica un aumento de neutrófilos jóvenes o no segmentados). Estas alteraciones hematológicas son comunes en procesos infecciosos agudos y en situaciones graves como la hemólisis.

La historia clínica del paciente puede aportar datos relevantes sobre antecedentes de tratamiento periodontal, endodoncia, presencia de cuerpos extraños o infecciones previas. Van

Winkelhoff propuso ciertos criterios clínicos para definir un absceso periodontal, entre los que se incluyen:

- Bolsas periodontales de 6 mm o más de profundidad,
- Presencia de sangrado al sondaje,
- Evidencia radiográfica de pérdida ósea,
- Ausencia de lesiones de origen periapical.

En algunos casos, el absceso periodontal puede acompañarse de fiebre, malestar general y aumento de los ganglios linfáticos regionales. En estudios realizados, se ha observado que hasta un 30% de los pacientes presenta un recuento elevado de leucocitos, y en un 20-40%, también se encuentran incrementados los niveles de neutrófilos y monocitos en sangre.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TIPO DE ABSCESO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	ESTADO PULPAR	TRATAMIENTO Y URGENCIA	TRATAMIENTO DEFINITIVO
Absceso apical agudo	Ensanchamiento ligero del ligamento periodontal	Dolor intenso, edema, fiebre, adenopatías, sensibilidad a la percusión	Pulpa necrótica	Apertura y drenaje (intra o extra conducto) medicación intraconducto, antibioticos y analgesicos	Endodoncia
Absceso alveolar fenix	Imagen radiolúcida apical	Dolor moderado, molestias al masticar, sensibilidad	Pulpa necrótica	Igual al absceso agudo: drenaje y control sintomático	Endodoncia

		localizada			
Absceso alveolar crónico	Imagen radiolúcida apical bien definida	Generalmente asintomático, presencia de fístula	Pulpa necrótica	No requiere urgencia salvo signos agudos; control de fístula si presente	Endodoncia

TRATAMIENTO

El plan de tratamiento adecuado del absceso periodontal comienza con un examen clínico exhaustivo, seguido del análisis detallado de los síntomas del paciente y la realización de un diagnóstico diferencial para descartar otras patologías. Los estudios por imágenes y las pruebas clínicas complementarias permiten orientar el diagnóstico hacia una única causa probable. Un conocimiento profundo del comportamiento clínico del absceso periodontal permite al profesional actuar con mayor precisión y rapidez. Se estima que en clínicas odontológicas con gran volumen de pacientes, aproximadamente el 85 % de los dolores dentales tienen un origen pulpar, mientras que cerca del 15 % se deben a abscesos periodontales, aunque estos valores pueden variar según el tipo de población atendida.

En ocasiones, el proceso periodontal se puede complicar con una patología pulpar, presentando un cuadro clínico confuso o mixto, lo que dificulta distinguir entre un origen puramente periodontal o pulpar. En estos casos, es esencial un diagnóstico correcto para decidir el tratamiento adecuado.

El manejo del absceso periodontal agudo constituye una urgencia odontológica. El primer paso es drenar el contenido purulento para reducir la presión ejercida sobre los tejidos circundantes. Una técnica inicial consiste en sondear el saco periodontal para restablecer su drenaje natural. Esta maniobra alivia el dolor, reduce la inflamación y mejora la estabilidad del diente. Otra opción es realizar una incisión quirúrgica en la zona afectada. Para mantener abierto el drenaje, algunos profesionales emplean curetas periodontales finas o incluso insertan fragmentos de goma dique.

El tratamiento quirúrgico puede complementarse con la administración de antimicrobianos sistémicos, especialmente si hay signos de compromiso general. Aunque no todos los

odontólogos nos indican de forma rutinaria, en ciertos casos son necesarios para controlar la infección. La penicilina es el antibiótico más comúnmente utilizado. Según numerosos profesionales, la combinación de amoxicilina (875 mg) con ácido clavulánico (125 mg) tres veces al día durante siete días es una pauta eficaz. En situaciones más complicadas, puede añadirse metronidazol. Otra alternativa útil es la azitromicina, por su pauta simplificada de una dosis diaria durante tres días, lo que mejora la adherencia del paciente.

Otros autores concluyeron que ambos tratamientos, amoxicilina-clavulánico y azitromicina, son eficaces a corto plazo. Aunque el absceso puede causar una pérdida ósea significativa en la fase aguda, el tejido periodontal tiene una buena capacidad de regeneración si se actúa a tiempo. El pronóstico depende de la localización, la morfología y la actividad de la lesión. Los estudios de Nabers ya en 1963 demostraron una mejor recuperación en abscesos agudos frente a los crónicos.

En general, se busca favorecer la cicatrización y recuperar inserciones periodontales sanas. El uso de antibióticos apropiados es clave para el éxito terapéutico.

Tratamiento específico según tipo de absceso

a) Absceso Periodontal Agudo

Se trata de una emergencia odontológica. El objetivo inicial es calmar el dolor, detener la diseminación infecciosa y establecer un drenaje efectivo. Puede ser difícil distinguirlo de un absceso de origen pulpar, por lo que el diagnóstico diferencial es fundamental. El drenaje puede hacerse a través del saco periodontal, introduciendo cuidadosamente una sonda o cureta para distender el tejido y permitir la salida del pus. Si se elige hacer una incisión, esta debe realizarse en la zona más fluctuante, evitando inyecciones directas en el área inflamada para prevenir la propagación de la infección. Tras el drenaje, la zona se limpia con antiséptico y se indican enjuagues con clorhexidina o antisépticos similares. Se prescriben antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios según el caso, y el paciente debe seguir una dieta líquida y evitar esfuerzos físicos.



Figura 1: Absceso periodontal agudo en la zona de primer molar izquierdo del maxilar superior.

("Abscesos del periodonto: Conducta odontológica" de Salinas M., Millán I. y León M., publicado en la revista *Acta Odontológica Venezolana* en 2008.)

b) Absceso Gingival

Este tipo de absceso afecta exclusivamente a la encía marginal o interdental, generalmente causado por la introducción de cuerpos extraños. Se realiza una pequeña incisión bajo anestesia para permitir el drenaje, seguido de limpieza con suero fisiológico y protección con una gasa estéril. En la mayoría de los casos, la lesión mejora rápidamente con medidas mínimas. Si persiste una lesión extensa, se puede requerir cirugía posterior.



Figura 2: Absceso gingival a nivel de incisivos centrales del maxilar superior.

("Abscesos del periodonto: Conducta odontológica" de Salinas M., Millán I. y León M., publicado en la revista *Acta Odontológica Venezolana* en 2008.)

c) Absceso Pericoronario

La gravedad de este absceso varía según el grado de inflamación, el compromiso sistémico y si el diente implicado (por lo general un tercer molar) está retenido. El tratamiento consiste en eliminar los restos acumulados bajo el capuchón pericoronario mediante irrigación con solución salina y antisépticos. En casos de gran inflamación, se realiza una incisión para drenar el pus. Si el diente puede erupcionar adecuadamente, se elimina el tejido que lo cubre; de lo contrario, se evalúa la extracción del molar. La cirugía debe ser cuidadosa para evitar la formación de un saco distal que pueda generar recidivas.

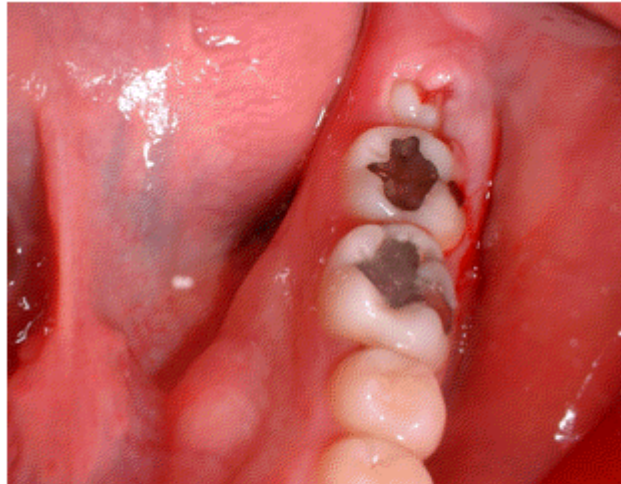


Figura 3: Absceso Pericoronario en la zona del 3er. molar izquierdo de maxilar inferior.

(Salinas M., Yuni J., Millán I., Ronald E., & León M., Juan C. (2008). Abscesos del periodonto: Conducta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*, 46(3), 346–360.)

Gingivitis Necrosante y abscesos pericoronarios

Los capuchones pericoronarios inflamados pueden evolucionar hacia una gingivitis necrosante si no se tratan adecuadamente. Una vez que ceden los síntomas agudos, se debe eliminar este tejido como parte del manejo preventivo para evitar recurrencias. Esta medida forma parte de un enfoque más amplio para prevenir la reaparición de la enfermedad.

COMPLICACIONES Y CUIDADOS POST OPERATORIOS

Varios estudios, especialmente informes de casos, han documentado diversas infecciones sistémicas en distintas áreas del cuerpo, en las que la fuente probable de infección era un absceso periodontal. Se mencionaron dos posibilidades principales: la propagación de bacterias a través de los tejidos durante el tratamiento, o la diseminación bacteriana a través de la sangre debido a una bacteriemia proveniente de abscesos no tratados. Los abscesos dentoalveolares de origen endodóntico suelen asociarse más frecuentemente con complicaciones como la propagación bacteriana en comparación con los abscesos de origen periodontal. En ocasiones,

un absceso periodontal puede diseminarse y afectar otros tejidos faciales, lo que puede llevar a celulitis, infecciones subcutáneas, y flemones. La celulitis puede ocasionar síntomas sistémicos graves, afectar las vías respiratorias o incluso poner en riesgo el desarrollo de una infección en el seno cavernoso. En casos graves y generalizados, se recomienda el uso de penicilina hasta obtener los resultados de los cultivos y las pruebas de sensibilidad.

Sin embargo, un absceso periodontal también puede ser un foco de infección fuera de la cavidad bucal, desde donde las bacterias y sus productos pueden diseminarse a otras partes del cuerpo, provocando infecciones al propagarse a espacios cercanos, como el orofaríngeo, la base de la lengua (por ejemplo, absceso sublingual, absceso peritonsilar, absceso perimandibular). El tratamiento mecánico de un absceso periodontal puede generar bacteriemia, que en pacientes con prótesis implantadas o aquellos con un sistema inmunológico debilitado, puede dar lugar a infecciones fuera de la cavidad bucal.

Los pulmones pueden actuar como una barrera en la que las bacterias periodontales quedan atrapadas y, eventualmente, provocan enfermedades. Existen casos reportados de patógenos periodontales aislados de abscesos intracraneales. Otras infecciones relacionadas con abscesos periodontales incluyen fascitis cervical necrosante y celulitis en pacientes con cáncer de mama. Los abscesos periodontales se han señalado como una causa frecuente de extracciones dentales durante la fase de mantenimiento de la terapia periodontal. Un diente con antecedentes de abscesos recurrentes suele tener un pronóstico desfavorable. En un estudio retrospectivo, el 45% de los dientes con abscesos periodontales en pacientes en tratamiento de mantenimiento fueron extraídos. Otro estudio retrospectivo que incluyó 455 dientes con pronóstico incierto encontró que el 12% se perdieron después de un promedio de 8,8 años, siendo la principal razón para la extracción la aparición de un absceso periodontal.

El cuidado postoperatorio es crucial para el éxito del tratamiento de un absceso periodontal. Se debe realizar una revisión del paciente a los dos días y a intervalos semanales, si es necesario, para evaluar la resolución del absceso. Se llevará a cabo un desbridamiento minucioso, eliminando el cálculo dental, el biofilm y las manchas. Debido a que los abscesos periodontales son comunes en pacientes con periodontitis, es recomendable realizar un examen exhaustivo del paciente de 1 a 2 semanas después de la cicatrización del absceso, para detectar signos de enfermedad periodontal. Si se diagnostica periodontitis, se elaborará un plan de tratamiento adecuado para manejar la zona afectada por el absceso.

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Paciente femenina de 28 años se presentó a la consulta en la Clínica Sixto Castellano de cátedra de práctica profesional supervisada de la U.C.C. Se procede a realizarle examen clínico donde se observa una fístula en encía vestibular del elemento 14, la cual se presenta como una lesión elevada, de color blanquecino y muy sintomática. Con respecto al elemento dentario se observa una restauración con resinas compuestas. **Imagen (1)**. A la anamnesis la paciente relató que hace 7 días le habían realizado un reemplazo de restauración con estética, forma y anatomía. **Imagen (2)**. Con antecedentes de dolor previo a la masticación, pulsátil que se irradia a nivel superior. Se decide tomar una radiografía periapical para continuar con el diagnóstico donde se observa un área radiolúcida a nivel del ápice radicular, ensanchamiento del ligamento periodontal y reabsorción ósea, la cual nos revela la presencia de foco patológico a nivel apical. Inmediatamente se procede a realizar alivio del dolor, con apertura cameral, drenaje del absceso apical agudo y comprimiendo la cámara pulpar con una pasta amarilla formada por (yodoformo, polvo de hidróxido de calcio y solución fisiológica). Luego, se comprueba radiográficamente el fin de este proceso. **Imagen (3)**.

Se medica a la paciente con amoxicilina 875 mg + Ácido clavulánico 125 mg durante 7 días, para luego realizar la endodoncia correspondiente, con una planificación completa y detallada acorde al caso clínico. **Imagen (4)**.



Imagen (1) Elemento 14 con restauración de resina compuesta



Imagen (2) Reemplazo de restauración, con el fin de mejorar forma, función y estética.



Imagen (3) Radiografía periapical confirmando el éxito de alivio del dolor.



Imagen (4) Endodoncia realizada

CONCLUSIONES

Como conclusión final manifestamos que el absceso periodontal es una urgencia odontológica común que puede tener un impacto significativo en la salud bucal y general del paciente. Su origen multifactorial, mayoritariamente bacteriano, suele estar relacionado con la acumulación de placa, enfermedades periodontales previas y otros factores locales o sistémicos. Clínicamente, se manifiesta con dolor intenso, inflamación, movilidad dental y, en casos más graves, síntomas sistémicos como fiebre y malestar general.

El diagnóstico oportuno, basado en la historia clínica, el examen físico, pruebas de vitalidad y estudios radiográficos, es fundamental para diferenciarlo de otras patologías como los abscesos de origen endodóntico. El tratamiento inmediato debe enfocarse en el drenaje del pus, el control del dolor y la infección, y, posteriormente, en la resolución definitiva mediante procedimientos periodontales o endodónticos, según el origen del absceso.

Si no se maneja adecuadamente, el absceso puede derivar en complicaciones severas, incluyendo celulitis, bacteriemia o infecciones sistémicas, especialmente en pacientes

inmunocomprometidos. Por ello, además del tratamiento clínico, se requiere un seguimiento cuidadoso y un enfoque preventivo basado en la educación del paciente, el control de la placa y el tratamiento de enfermedades periodontales subyacentes.

En definitiva, el abordaje integral del absceso periodontal es clave no solo para aliviar los síntomas, sino también para preservar la salud dental, evitar complicaciones mayores y mejorar la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Att, M. (2012). *An unusual presentation of a dental abscess*. Oral & Maxillofacial Department, Royal Berkshire Hospital, Reading, UK, pp. 132–135.
2. Báscones, A. (2010). *Periodoncia e Implantodontología clínica* (2ª ed.). Madrid, España: Ediciones Avances.
3. Berman, L. H., & Hargreaves, K. M. (Eds.). (s.f.). *Vías de la pulpa* (12ª ed.).
4. Clinical analysis of patients with oral and maxillofacial infections in oral emergency. (s.f.). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37291932/>
5. Fernández Collazo, M. E., Vila Morales, D., Rodríguez Soto, A., Mesa González, D. L., & Pérez Clemente, N. G. (2012). Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(2), 107–116. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000200004
6. Favorable periodontal surgical outcome of a severe endodontic-periodontal lesion. (s.f.). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36732179/>
7. Hernández Millán, A. B., Sueiro Sánchez, I. A., & Hernández Millán, Z. L. (2015). Complicaciones derivadas del absceso dentoalveolar agudo en pacientes pertenecientes al área VII, Cienfuegos (2013). *Revista Cubana de Estomatología*, 52(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000400003
8. Herrera, D., Roldán, S., O'Connor, A., & Sanz, M. (2000). The periodontal abscess: I Clinical and microbiology findings. *Journal of Clinical Periodontology*, 27, 395–404.
9. Lindhe, J., Karring, T., & Lang, N. P. (2005). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica* (4ª ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
10. Salinas, M. J., Millán, R. E., & León, J. C. (2008). Abscesos del periodonto. *Acta Odontológica Venezolana*, 46(3). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300022
11. Stroeve, W., Haug, R. H., & Lillich, T. T. (2001). The changing face of odontogenic infections. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 59(7), 739–748.
12. Tsvetanov, T. S. (2019). Periodontal and periapical abscess – Rare case. *International Journal of Case Reports and Clinical Images*, 1(2), 108. <https://www.pubtexto.com/pdf/?periodontal-and-periapical-abscess--rare-case>
13. Unidad 8: Patología periapical de origen pulpar. (s.f.). Universidad Nacional Autónoma de México.

<https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas8Patperiapical/2.5absdiagnostico.html>

14. Universidad de Buenos Aires. (2022, julio). *Revista de la Facultad de Odontología de la UBA*. <https://revista.odontologia.uba.ar/index.php/rfouba/article/view/133/202>
15. *Estudio epidemiológico de salud bucal en Argentina*. (s.f.). Saludarnos. <https://saludarnos.org/estudio-epidemiologico-de-salud-bucal-en-argentina/>
16. *The periodontal abscess: A review*. (s.f.). ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/12434981_The_periodontal_abscess_A_review

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR

“CUANDO LA INFECCIÓN AVANZA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL
ABSCESO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA”

AUTOR: Després Matias Ezequiel.

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: OD.CLAUDIA LUCCA.



FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 2025}

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Despres Matias Ezequiel, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado “Cuando la infección avanza: evaluación y tratamiento del absceso en la práctica odontológica”
DECLARÓ que el trabajo presentado es original y elaborado por mi.

FIRMA DEL AUTOR:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized capital letter 'D' followed by a cursive 'es'.

FECHA: 21/05/2025

Córdoba, 21 de mayo de 2025.

