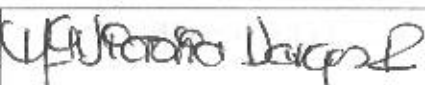
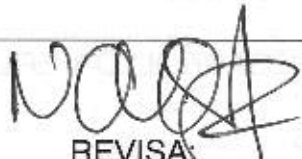
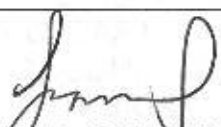
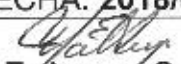


| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 1 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL

| | | |
|--|---|--|
|  ELABORO: Ma. VICTORIA VARGAS RIOBUENO Odontóloga |  REVISÓ: NANCY ORTIZ RONDON Subgerente Asistencial |  LUIS IGNACIO BETANCOUR SILGUERO. Gerente |
| FECHA: 2018/06/01 | FECHA: 2018/06/06 | APROBADO: RESOLUCIÓN No. 278 de 2018/06/13 |
| Vo.Bo:  Martha E. Amaya Cruz Oficina de Calidad | FECHA: 2018/06/08 | |

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-----------------------------|-------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 2 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

CONTENIDO

| | | |
|---------|--|----|
| 1. | OBJETIVO..... | 3 |
| 2. | ALCANCES Y RESPONSABLES..... | 3 |
| 3. | GENERALIDADES..... | 3 |
| 3.1 | PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL..... | 5 |
| 3.2 | EXAMEN CLÍNICO ODONTOLÓGICO..... | 3 |
| 3.2.1 | DEFINICIÓN..... | 3 |
| 3.2.2 | DESARROLLO DE LA CONSULTA..... | 3 |
| 3.2.3 | RELACIONES FUNCIONALES..... | 5 |
| 3.3 | ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUREZ DENTALES..... | 6 |
| 3.3.1 | CARIES..... | 7 |
| 3.3.1.1 | caries limitada al esmalte..... | 7 |
| 3.3.1.2 | caries de la dentina..... | 8 |
| 3.3.2 | ABRASIÓN..... | 8 |
| 3.4 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES..... | 9 |
| 3.4.1 | PULPITIS..... | 9 |
| 3.4.1.1 | pulpitis reversible..... | 9 |
| 3.4.1.2 | pulpitis irreversible..... | 10 |
| 3.4.2 | NECROSIS PULPAR..... | 11 |
| 3.5 | PERIODONTÍTIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA..... | 12 |
| 3.6 | ABSCESO PERIAPICAL CON Y SIN FÍSTULA..... | 14 |
| 3.7 | ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES..... | 15 |
| 3.7.1 | GINGIVITIS..... | 15 |
| 3.7.2 | PERICORONITIS..... | 16 |
| 3.8 | ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES..... | 17 |
| 3.8.1 | ALVEOLITIS..... | 17 |
| 3.9 | URGENCIAS ODONTOLÓGICAS..... | 18 |
| 3.9.1 | CELULITIS FACIAL..... | 18 |
| 3.10 | TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y ERUPCIONES DE LOS DIENTES..... | 19 |
| 3.10.1 | ANQUILOSIS DENTAL..... | 19 |
| 3.10.2 | DIENTES INCLUIDOS..... | 20 |
| 3.10.3 | ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA..... | 21 |
| 3.10.4 | DIENTES MOTEADOS..... | 22 |
| 4. | FLUJOGRAMA..... | 23 |
| 5. | TÉRMINOS Y DEFINICIONES..... | 23 |
| 6. | BIBLIOGRAFIA..... | 25 |
| 7. | REGISTRO DE CALIDAD..... | 25 |

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 3 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

1. OBJETIVO

Convertirse en la guía de manejo clínico de los pacientes que consultan y propender por la calidad de atención basada en oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad, accesibilidad, eficiencia, eficacia y satisfacción del usuario. Conociendo las primeras causas de morbilidad en odontología son de utilidad para el manejo de las más frecuentes enfermedades bucales y es una herramienta utilizada para unificar criterios clínicos odontológicos en la ESE Departamental "Solución Salud", además de servir como orientación a los profesionales del área de la salud bucal, para tomar conductas y decisiones acorde a cada caso presentado.

2. ALCANCES Y RESPONSABLES

Las primeras causas de morbilidad en odontología son de utilidad para el manejo de las más frecuentes enfermedades bucales y es una herramienta utilizada para unificar criterios clínicos odontológicos en la ESE Departamental "Solución Salud", además de servir como orientación a los profesionales del área de la salud bucal, para tomar conductas y decisiones acorde a cada caso presentado.

Los profesionales del área de odontología del centro de atención.

3. GENERALIDADES

3.1 EXAMEN CLÍNICO ODONTOLÓGICO

3.1.1 DEFINICIÓN

Conjunto de actividades clínicas encaminadas a diagnosticar y controlar la situación de salud que presenta el sistema estomatognático.

3.1.2 DESARROLLO DE LA CONSULTA

- Motivo de la consulta
- Antecedentes médicos familiares
- Examen estomatológico:
 1. Inspección visual: identificación de cambios de volumen, coloración, presencia de fisuras, fístulas, ulceraciones, tumefacciones o cualquier otro cambio en la arquitectura de los tejidos.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 4 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

2. Palpación bidigital y comparación bilateral para establecer las posibles asimetrías que puedan indicar presencia o no de alguna alteración.
3. Auscultación para determinar patologías principalmente de la articulación temporomandibular

El siguiente orden debe seguirse para realizar este procedimiento

1. Labio inferior
2. Labio superior
3. Comisuras
4. Mucosa oral
5. Surcos vestibulares
6. Procesos alveolares y gingival
7. Paladar duro
8. Paladar blando
9. Dorso de la lengua
10. Vientre de la lengua
11. Piso de boca

LABIOS Y COMISURAS

Observe los labios pidiéndole al paciente que mantenga los dientes en contacto. Examine primero el labio inferior y luego el superior, inmediatamente ordene al paciente que abra la boca y examine las comisuras.

MUCOSA ORAL


Sí el paciente usa prótesis removible, hacer que la retire y con ayuda del bajalenguas y espejo bucal, inspeccione la mucosa así inicie en la zona retroalveolar superior derecha (tuberosidad) surco vestibular superior derecho, frenillo labial, surco vestibular superior izquierdo, zona retroalveolar izquierda, pase luego al lado izquierdo del maxilar inferior, siguiendo el mismo orden hasta llegar a la zona retromolar inferior derecha. En esta etapa además de los frenillos labiales, debe incluirse los procesos alveolares en su parte vestibular

PALADAR DURO Y PALADAR BLANDO

Obsérvese posibles cambios de la arquitectura y coloración tanto del paladar duro como el blando.

LENGUA

Examine en primer lugar el dorso pidiendo al paciente que la lleve hacia delante, para revisar los bordes; pídale que la lleve a la derecha y a la izquierda, o hágalo usted mismo tomándole la punta con una gasa. Luego solicite al paciente que coloque la punta de la lengua en la parte posterior del paladar e

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 5 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

inspeccione la parte ventral Aproveche esta posición para revisar también el piso de la boca.

PISO DE BOCA

En la posición que ya se menciona revise el piso de la boca, frenillo lingual, zona lingual de procesos alveolares, permeabilidad de los conductos de Warthon y Vartolini correspondientes a las glándulas salivares sublingual y submaxilar.

3.1.3 RELACIONES FUNCIONALES

Examen extraoral

- Palpación muscular
- Palpación articular
- Auscultación articular
- Función de músculos oro faciales

Examen intraoral

- Oclusión (relación entre arcos dentarios, posición dental, contactos prematuros, áreas edentulas)
- Función de músculos linguales.
- Hábitos nocivos (succión digital, lengua protráctil, otros)

Examen Funcional

Movimientos mandibulares (apertura, cierre en céntrica, retrusión, protrusión y lateralidad)

Nota: Generar ordenes de servicio correspondientes cuando el caso amerite confrontación para el diagnóstico.

3.2 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL

| PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL EN ODONTOLOGÍA | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------|----------------------|--------------------|----------------------------------|
| No | CAUSAS MORBILIDAD ODONTOLOGICA | DE | CODIGO CIE 10 | CODIGO CUPS | PROCEDIMIENTO CODIGO CUPS |
| 1 | CARIES DE LA DENTINA | LA | K021 | 232101 | AMALGAMA |
| | | | | 232102 | RESINA |
| | | | | 232103 | IONOMERO DE VIDRIO |
| 2 | CARIES LIMITADA AL | AL | K020 | 990203 | EDUCACION EN CEPILLADO |

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 6 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

| | | | | | |
|----|---|-----------|-----------|----------------------------------|---|
| | ESMALTE | | 997102 | SELLANTES DE FOTOCURADO | |
| | | | 997103 | OPIFICACIÓN DE FLUOR GEL | |
| 3 | GINGIVITIS | K050 | 997300 | DETARTRAJE | |
| | | | 997310 | PROFILAXIS | |
| | | | 990203 | EDUCACION EN HIGIENE ORAL | |
| 4 | ABRASION DE LOS DIENTES | K031 | 232102 | RESINA | |
| | | | 990203 | EDUCACION EN CEPILLADO | |
| 5 | PULTITIS REVERSIBLE IRREVERSIBLE | / K040 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTOS | |
| | | | 232200 | CEMENTO TEMPORAL | |
| | | | 230201-02 | EXODONCIA TEMPORAL | |
| | | | 230101 | EXODONCIA UNIRADICULAR | |
| | | | 230102 | EXODONCIA MULTIRADICULAR | |
| 6 | ABSCESO PERIAPICAL CON/SIN FISTULA | K046/K047 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTOS | |
| | | | 232200 | CEMENTO TEMPORAL | |
| | | | 230201-02 | EXODONCIA TEMPORAL | |
| | | | 230101 | EXODONCIA UNIRADICULAR | |
| | | | 230102 | EXODONCIA MULTIRADICULAR | |
| 7 | PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA | K044 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTOS | |
| | | | 232200 | CEMENTO TEMPORAL | |
| | | | 230201-02 | EXODONCIA TEMPORAL | |
| | | | 230101 | EXODONCIA UNIRADICULAR | |
| | | | 230102 | EXODONCIA MULTIRADICULAR | |
| 8 | NECROSIS PULPAR | K041 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTOS | |
| | | | 232200 | CEMENTO TEMPORAL | |
| | | | 230201-02 | EXODONCIA TEMPORAL | |
| | | | 230101 | EXODONCIA UNIRADICULAR | |
| | | | 230102 | EXODONCIA MULTIRADICULAR | |
| 9 | PERICORONITIS | K052 | 890703 | URGENCIA (MEDICACION CONTROL) | Y |
| 10 | ALVEOLITIS DEL MAXILAR | K103 | 890703 | URGENCIA (MEDICACION CONTROL) | Y |
| | | | 230102 | EXODONCIA MULTIRADICULAR | |
| 11 | CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA | K122 | 890703 | URGENCIA (MEDICACION CONTROL) | Y |
| 12 | ANQUILOSIS DENTAL | K035 | | | |
| 13 | DIENTES INCLUIDOS | K010 | | | |
| 14 | ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA | K006 | | | |
| 15 | DIENTES MOTEADOS | K003 | | | |

3.3 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DURES DENTALES

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 7 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

3.3.1 CARIES

DEFINICIÓN

Enfermedad dinámica crónica que afecta los tejidos dentales duros en contacto con el biofilm bacteriano, tras el desequilibrio de la sustancia dental y el flujo de placa circundante debido a la síntesis de toxinas y ácidos microbianos. Lo cual conlleva a la pérdida mineral y la destrucción del esmalte dental y la dentina. En estados avanzados puede afectar la pulpa dental y aparecer síntomas como dolor.

Es la enfermedad dental más frecuente que afecta a la humanidad, de todos los sexos y razas, todos los estratos socioeconómicos y grupos de edad.

ETIOLOGÍA

Se considera como una enfermedad multifactorial, donde existen factores de riesgo intrínsecos o propios del huésped y extrínsecos. El desequilibrio entre dichos componente dará inicio a la caries dental.

Dentro de los factores de riesgo intrínsecos o propios del huésped se encuentran:

1. Condiciones sistémicas del individuo: el déficit inmunológico puede generar un ambiente propicio para la actividad microbiana.
2. Flujo salival: algunas patologías por sí mismas pueden generar hiposalivación por atrofia de las glándulas (Síndrome Sjörgen) o asociadas al consumo de medicamentos.
3. Acúmulo de placa: la inadecuada remoción de residuos alimenticios y elementos retentivos como aparatología ortodóntica o prótesis dentales.

Los factores extrínsecos son todas aquellas actividades o hábitos realizados por la persona que aumentan la susceptibilidad, tales como consumo excesivo de carbohidratos, tabaco, ausencia de elementos fluorados, entre otros.

3.3.1.1 caries limitada al esmalte

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dependiendo al tiempo de evolución serán o no perceptibles. Durante la primera semana las reacciones entre el esmalte dental y la placa bacteriana nos son visibles pero sí se evidencia un aumento del tamaño de los espacios intercristalinos y pérdida mineral bajo microscopía electrónica. A partir de la segunda semana se puede observar la afección del esmalte al aplicar aire.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 8 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

Luego de la tercera y cuarta semana del desarrollo de la caries, se hace evidente una lesión de mancha blanca que puede ser reversible al recibir tratamiento controlando el desequilibrio y los factores locales, de lo contrario y según su actividad seguirá afectando los tejidos a mayor profundidad.

EXAMEN CLÍNICO

Se debe realizar individualmente para todos y cada uno de los dientes presentes en la cavidad oral, recorriendo con el explorador cada superficie (oclusal, lingual, mesial, distal y vestibular). Además, secando cada superficie con aire para aumentar los índices de refracción obtener un mejor diagnóstico.

Hallazgos al examen clínico:

- Presencia o no de placa bacteriana.
- Opacidad del esmalte
- Fondo de fisuras y fosetas reblandecidas
- Compromiso mono-focal del diente

3.3.1.2 caries de la dentina

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Sin el control oportuno de la caries limitada al esmalte, pronto aparecerá una microcavidad, correspondiente a la pérdida de la integridad superficial dental. Esta desmineralización a su vez, acelera el progreso de la enfermedad por la invasión bacteriana a nivel tubular dada por la exposición de los prismas dentinales.

La acción microbiana puede ser de rápido avance afectando así, la respuesta odontoblástica sin lograr la reparación del órgano dentinal. Al mismo tiempo, consigue afectar la vitalidad pulpar generando síntomas como el dolor.

EXAMEN CLÍNICO

- Destrucción del esmalte y dentina
- Pigmentación marrón
- Dentina infectada y afectada
- Compromiso individual o múltiple
- Presencia o no de placa bacteriana

3.3.2 ABRASIÓN

DEFINICIÓN

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 9 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

Desgaste patológico de la sustancia dental a través de un proceso mecánico que se repite permanentemente. Es frecuente verla en las superficies radiculares expuestas del diente, aunque puede aparecer en cualquier tipo de superficie

ETIOLOGÍA

Teniendo en cuenta que estas lesiones se presentan por elementos externos que entran en contacto con la superficie dental, la abrasión dental se encuentra asociada principalmente al hábito de higiene oral. Dependiendo de:

- Factores inherentes del paciente: técnica de cepillado, frecuencia, duración de la exposición, tiempo de evolución, fuerza ejercida.
- Factores inherentes al material usado: consistencia de las cerdas del cepillo dental, agentes abrasivos y cantidad de la crema dental.

La abrasión ocupacional es poco frecuente, pero también puede aparecer en personas que tienen el hábito de coger elementos de trabajo con los dientes como lo son carpinteros, zapateros, sastres, etc.

EXAMEN CLÍNICO

Por lo general la abrasión se manifiesta como una ranura en forma de V o de canal en la unión amelo cementaria de los dientes con alguna retracción gingival. Las abrasiones en borde incisal y superficie interproximal se presentan de acuerdo a los hábitos del paciente.

3.4 ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES

3.4.1 PULPITIS

3.4.1.1 pulpitis reversible

DEFINICIÓN

Inflamación del tejido pulpar dental por diversos factores. Denominada también como Hiperemia Pulpar (Dilatación vascular). Aparece como consecuencia de una irritación dentaria y pulpar transitoria, reversible una vez retirado el estímulo. Los cambios inflamatorios que ocurren son: vasodilatación, congestión, estasia, trombosis, aglomeración de leucocitos dentro de los vasos sanguíneos, edema, ruptura de los vasos y hemorragia local.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 10 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

ETIOLOGÍA

El desarrollo de la pulpitis se asocia a agentes microbianos que entran en contacto con la pulpa dental al tener acceso por:

- Vía coronal: caries, dens un dente, invaginación.
- Vía radicular: caries radicular, enfermedad periodontal.
- Trauma agudo: fractura coronal y/o radicular, luxación.
- Trauma crónico: abrasión, abfracción, erosión,
- Químicos: cementos, desmineralizantes.
- Iatrogénicos: refrigeración durante el fresado, pulido y polimerización de los de los materiales restaurativos.
- Ideopáticos: propios del individuo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor intenso inicial que aumenta con el frío y disminuye o se conserva con el calor; dulces y ácidos, desapareciendo al retirar la causa.

EXAMEN CLÍNICO

- Pruebas positivas de vitalidad al contacto con el frío.
- Pérdida de tejidos dentarios.
- Dentina reblandecida.
- Posible exposición pulpar.
- Cavidad clínicamente- visible

3.4.1.2 pulpitis irreversible

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor espontáneo e irradiado que se exagera con el calor, de duración prolongada, se alivia con el frío; persistente aun después de retirada la causa, por minutos u horas, aumentando la frecuencia o elongación; algunos pacientes lo refieren como dolor pulsátil.

EXAMEN CLÍNICO

- Pérdida de tejidos dentarios.
- Cavidad clínicamente visible.
- Exposición pulpar.
- Puede haber trauma oclusal.
- Posible fractura coronaria.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 11 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

- Obturaciones desadaptadas.
- Coronas mal adaptadas.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

- Solución de continuidad en el lecho de la cámara pulpar.
- Posible ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal
- Obturaciones profundas y/o sin fondo.
- Desadaptación de obturaciones y coronas.
- Fracturas coronarias
- Caries recurrente

3.4.2 NECROSIS PULPAR

DEFINICIÓN

Muerte del tejido Pulpar o pérdida de la vitalidad dental como consecuencia de la interrupción inmediata de la circulación sanguínea por injuria traumática o también por inflamación aguda o crónica. Dependiendo de la severidad puede ser parcial o total. Se han descrito dos tipos de necrosis según el trauma: Necrosis por licuefacción, la cual se caracteriza por la presencia de flujo de pus a través de una cavidad de acceso obtenido por la acción de licuado y reblandecimiento del tejido llevada a cabo por la enzimas proteolíticas; Necrosis por coagulación, se presenta por atrofia de la circulación sanguínea de manera traumática, la isquemia genera un subproducto de consistencia cremosa.

ETIOLOGÍA

La necrosis pulpar se origina por cualquier injuria al órgano dentino pulpar. Desde el momento mismo de la invasión bacteriana a los túbulos dentinales, la pulpa dental reacciona mediante un proceso inflamatorio que dependiendo del tiempo de exposición acarreará el colapso pulpar. El acceso de los microorganismos puede ser a través de restauraciones desadaptadas, caries profundas o exposición de la cámara pulpar por iatrogenia. Sin embargo, la pulpa puede permanecer inflamada por mucho tiempo o sufrir necrosis rápida, la dinámica de la reacción pulpar se relaciona con la virulencia de las bacterias, la respuesta del huésped, la cantidad de circulación pulpar y el grado de drenaje.

De igual forma, se asocia al trauma por ruptura de los vasos sanguíneos que tienen acceso al conducto radicular por medio del foramen apical. La pérdida de circulación sanguínea dejan al diente sin nutrientes ni células inmunes por lo cual se desintegra la pulpa.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 12 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De acuerdo a la extensión del tejido pulpar involucrado el paciente puede o no referir dolor. Debido a los subproductos de la desintegración del tejido pulpar, se evidencia un cambio de coloración con tendencia hacia los tonos grisáceos.

EXAMEN CLÍNICO

- Destrucción extensa del tejido dentario
- Antecedentes de trauma
- Cambios de coloración
- Pruebas de vitalidad pueden arrojar falsos positivos en dientes multirradiculares en los que la necrosis no es simultánea en todos los conductos.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

- Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal
- Puede presentarse reabsorción externa.

3.5 PERIODONTÍTIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA

DEFINICIÓN

Se define como la inflamación aguda y sintomática del ligamento periodontal de la porción apical debida a la irritación, trauma o infección por el paso de los microorganismos por medio del conducto radicular.

La sintomatología de dolor es producto del proceso inflamatorio en el espacio de ligamento periodontal por acción de la línea de defensa primaria. En este caso los polimorfonucleares o neutrófilos se dirigen para contrarrestar la liberación de toxinas microbianas, desencadenando la cascada de inmunológica e inflamatoria.

Puede ser primaria si aparece en un periodonto sano posterior a un trauma o secundaria cuando hay historia de lesión apical.

ETIOLOGÍA

La periodontitis apical puede ser secuela de

- Enfermedad pulpar como necrosis sin recibir tratamiento oportuno, la infección puede avanzar hasta el ápice radicular.
- Tratamiento endodóntico: debe tenerse en cuenta el diagnóstico inicial del

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 13 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

diente para decidir la conducta terapéutica a seguir evitando el desplazamiento de patógenos a los tejidos periapicales. Además, en necesaria la adecuada asepsia y antisepsia durante el tratamiento, irrigando constantemente con agentes bactericidas y bacteriostáticos que aseguren la desinfección completa de los conductos radiculares y el éxito de la endodoncia.

- Sobreinfección por filtración: el selle marginal en la totalidad de las superficie dental debe obtenerse a expensas de materiales restauradores, de tal forma se controlará el flujo salivar en medio de la obturación de los conductos.
- Sobre obturación con cementos: el sobrepaso de los cementos de obturación generará una respuesta inflamatoria normal a un cuerpo extraño.
- Perforación radicular: al presentarse una perforación durante el procedimiento, los agentes irrigantes y cementantes podrán fluir a través de esta y quedar inmersos en los tejidos circundantes. Así mismo, dará paso a células externas dentro del conducto.
- Sobre instrumentación: el exceso de instrumentación puede ampliar conductos accesorios que a simple vista no son perceptibles, permitiendo el intercambio de fluidos tanto dentro como fuera del conducto radicular.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor pulsátil que aumenta con la masticación
- Palpación positiva
- Percusión horizontal y vertical positiva, puede tener una reacción aumentada
- Movilidad dental
- Extrusión dental
- Inflamación de tejido y/o espacios continuos

EXAMEN CLÍNICO

- Destrucción de tejidos dentarios.
- Restauraciones profundas mal adaptadas.
- Posible destrucción coronal.
- Movilidad dental.
- Exudado purulento por cámara pulpar.
- Dolor a la percusión.
- Posible extrusión.
- Aumento de la coloración y volumen de la encía.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 14 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

EXAMEN RADIOGRÁFICO

- Generalmente no se aprecian cambios estructurales importantes.
- Zona radiolúcida en contacto o cercana a cámara pulpar.
- Ligero ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

3.6 ABSCESO PERIAPICAL CON Y SIN FÍSTULA

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso agudo o crónico caracterizado por la concentración de material purulento en el periápice dental. Puede o no presentar supuración por fístula en la encía y/o por cámara pulpar. La infección puede diseminarse a los tejidos circundantes, aumentando la posibilidad de convertirse en celulitis facial por compromiso de más de tres espacios anatómicos. Cuando se presenta en el maxilar inferior el riesgo de complicaciones es mayor y demanda especial atención por la cercanía con órganos vitales y de fácil penetración (mediastino).

ETIOLOGÍA

El absceso periapical agudo puede relacionarse con trauma, irritación química o mecánica, Sin embargo, la causa principal es la invasión bacteriana desde el tejido pulpa necrótico hacia el proceso alveolar pasando por el foramen apical.

La alto acúmulo de bacterias en dientes con gran diámetro de foramen apical y una baja resistencia orgánica, son determinantes en el rápido progreso de la infección, que se extiende en la dirección de menor resistencia. En ocasiones, los dientes no tienen expuestos los conductos radiculares por lo que el exudado puede exacerbar la patología hasta la aparición de abscesos.

Los patógenos aislados de abscesos periapicales son en su mayoría anaerobios estrictos, algunos anaerobios facultativos y muy pocas veces aerobios. Estudios han demostrado que casi todas las infecciones del conducto radicular son mixtas y los síntomas agudos se relacionan por lo general con la presencia de anaerobios específicos como: Porphyromonas (Bacteroides) gingivalis, Porphyromonas (Bacteroides) endodontalis y prevotella (Bacteroides) buccae.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Diente doloroso y destruido
- Linfadenitis

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 15 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

- Fiebre.
- Puede progresar rápidamente y presentar complicaciones que empeoran el cuadro clínico, pronóstico y tratamiento.

3.7 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

3.7.1 GINGIVITIS

DEFINICIÓN

La gingivitis es una enfermedad que se presenta con la inflamación del tejido gingival o encía por factores irritantes locales, cuya gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de la exposición y la resistencia de los tejidos. Puede producir hemorragia al contacto, durante el cepillado o en irritaciones severas la hemorragia es espontánea.

ETIOLOGÍA

La etiología de la gingivitis es siempre la placa bacteriana, esta asociada a malos hábitos de higiene oral, sin embargo existen factores que pueden favorecer o agravar esta patología pero no iniciarla por si solos, estos factores se dividen en locales y sistémicos.

Factores locales

- Biofilm Bacteriano
- Cálculos
- Comida impactada
- Restauraciones o prótesis defectuosas
- Respiración bucal
- Mal posición dental
- Aparatología ortodóntica

Factores sistémicos

- Factores nutricionales
- Acción de medicamentos
- Disfunciones endocrinas (embarazo y diabetes)
- Infecciones granulomatosas específicas
- Disfunción neutrófila
- Alteraciones inmunológicas
- VHS-Sida

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 16 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Gingivorragia estimulada o espontánea
- Esporádicamente se presenta halitosis
- En ocasiones hay dolor leve.

EXAMEN CLÍNICO

El diagnóstico de la gingivitis se realiza con una sonda periodontal delgada, se inspecciona el surco gingival de cada uno de los dientes para observar

- Profundidad y condición del surco
- Gingivorragia
- Presencia de exudado
- Presencia de cálculos o placa bacteriana
- Relaciones interproximales anormales o restauraciones sobrecontorneadas.
- Cambios de coloración de la encía que puede ir del rojo al rojizo azulado, dependiendo de la cronicidad del proceso inflamatorio
- Presencia o no de bolsas (Pseudobolsas)
- Inflamación de papilas interdentes
- Edema y pérdida del punteado gingival
- Vocalización del margen gingival respecto al diente y encía insertada

3.7.2 PERICORONITIS

ETIOLOGÍA

Es considerada por algunos autores como una periodontitis aguda, que se presenta principalmente alrededor de los terceros molares en erupción o parcialmente impactados y que provocan celulitis y trismus. Con frecuencia pueden aparecer durante la erupción de primeros y segundos molares.

Puede progresar súbitamente gracias al acumulo de placa bacteriana, al trauma durante el cepillado dental o la masticación.

Los signos clínicos presentes en esta patología son: edema, eritema, exudado purulento, dolor espontáneo que aumenta al contacto, la corona dental puede o no ser visible debido al espacio retromolar y al edema.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 17 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

- Dolor localizado en la zona retromolar o irradiado al oído, garganta y piso de la boca.
- Trismus
- Mal sabor
- Puede haber fiebre y malestar general
- Dificultad para la higiene oral

EXAMEN CLÍNICO

- Encía traumatizada por contacto con el antagonista
- Puede presentar trisques.
- Diferentes grados de inflamación asociada a la presencia de factores irritantes.
- Hinchazón de la mejilla en el ángulo mandibular.
- Linfadenitis.
- Fiebre.
- Empaquetamiento alimentario.
- Erupción parcial.

Nota: Se presenta con mayor frecuencia en el último molar inferior

3.8 ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

3.8.1 ALVEOLITIS

DEFINICIÓN

Reacción inflamatoria que ocurren el alvéolo dentario debido a una alteración de la cicatrización post exodoncia, caracterizada por la pérdida total o parcial de coágulo. A partir del segundo o tercer día de la extracción puede presentar dolor intenso e irradiado que dificulta la realización de actividades diarias. La sintomatología continúa alrededor de dos semanas. Debido a la pérdida del coágulo también es conocida como alvéolo seco u osteítis alveolar.

ETIOLOGÍA

Es un proceso multifactorial, asociado a factores predisponentes y coadyuvantes etiológicos, dentro de los cuales hacen mención: trauma transoperatorio, infección local, aplicación de anestésicos con vasoconstrictor, técnica anestésica intraligamentaria, ausencia de sutura, edad, alcoholismo,

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 18 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/05/13 | Documento Controlado | | |

entre otros. La interacción de uno o más factores pueden dar origen a la alveolitis.

Es importante resaltar que según las revisiones sistemáticas realizadas, no se asocia a infección microbiana, por lo tanto no hay manifestaciones sistémicas ni linfadenopatías.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor intenso post exodoncia
- Trismus
- Halitosis
- Calor local
- Dolor continuo pulsátil o irradiado, el alveolo presenta total o parcialmente descubierto el proceso alveolar con coágulos desorganizados y adheridos en forma dispareja

EXAMEN CLÍNICO

- Alveolo en proceso de cicatrización
- Halitosis
- Inflamación de tejidos adyacentes.

3.9 URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

3.9.1 CELULITIS FACIAL

DEFINICIÓN

Infección invasiva bacteriana de los espacios intersticiales aponeuróticos cercanos a los tejidos dentales de origen dentario. Donde la infección puede ser localizada o no dependiendo de los factores de resistencia del huésped de la región.

Esta propagación está influenciada por diferentes factores:

- **Anatomía:** inserciones músculo-aponeuróticas.
- **Mecánicos:** fuerza de gravedad que favorece la progresión hacia puntos declives.
- **Sistémicos:** sistema inmune del paciente. El deterioro estructural y funcional de los tejidos por causas diversas como alteraciones

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 19 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

metabólicas (diabetes), nutricionales (malnutrición, deficiencias vitamínicas).

•Exógenos (radioterapia), permite la colonización bacteriana a planos más profundos.

ETIOLOGÍA

El proceso infeccioso del cual se deriva la celulitis facial tiene generalmente dos causas:

1. Odontogénico: complicaciones por enfermedad pulpar no tratada. El tipo de bacterias aisladas en estas patologías es de predominio anaerobio y altamente patógeno lo cual, favorece la destrucción de las estructuras anatómicas hasta encontrar un ambiente propicio para su crecimiento.
2. Traumático: sobreinfección post trauma dentoalveolar, osteomielitis, sinusitis maxilar, infecciones de glándulas salivares, infecciones dérmicas y ganglionares.

ASPECTO CLÍNICO

- Paciente con temperatura alta
- Ritmo cardiaco acelerado
- Piel de la zona afectada con inflamación, dolor, calor, rubor de aspecto liso y brillante
- Tejidos edematizados duros a la palpación
- Marcado trismus y dolor

MANEJO HISTORIA CLÍNICA

- Excelente historia clínica
- Se verifican signos vitales normales
- A la palpación bilateral evaluación de espacios aponeuróticos involucrados.

3.10 TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y ERUPCIONES DE LOS DIENTES

3.10.1 ANQUILOSIS DENTAL

DEFINICIÓN

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 20 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

Enfermedad que se caracteriza por la adhesión directa del diente al hueso alveolar por la obliteración de las fibras musculares del ligamento periodontal. Debido a ello, se altera el crecimiento y el desarrollo de los órganos dentales. La anquilosis dental puede presentarse en la dentición temporal o permanente, en cualquier momento de la formación dental y en cualquier sexo. En consecuencia, la pulpa y la vitalidad de los dientes anquilosados se afecta a causa del bloqueo del foramen apical y conductos accesorios.

Al mismo tiempo, el movimiento es nulo y los procedimientos quirúrgicos demandan un grado de complejidad mayor.

ETIOLOGÍA

La etiología de la anquilosis dental no tiene un factor específico ni se han reportado factores predisponentes. No obstante, se considera importante la relación genética, heredándose de manera autosómica-dominante siendo una patología frecuente en núcleo familiar.

Existen algunos factores desencadenantes como el traumatismo, la inflamación de larga duración y la infección periapical, ya que estos tienen estrecha cercanía con el ligamento periodontal. Adicionalmente, los dientes tratado endodónticamente tienden, como mayor incidencia, a presentar una anquilosis posterior.

3.10.2 DIENTES INCLUIDOS

DEFINICIÓN

Es una patología donde los dientes no realizan su proceso eruptivo normal y quedan sumergidos en el tejido óseo. Se diferencian tres términos:

- Dientes impactados: son aquellos que no erupcionan según la cronología por barreras mecánicas.
- Dientes retenidos: dientes que no hay hecho ruptura de mucosas y no tienen posición en la arcada maxilar.
- Dientes incluidos: dientes sumergidos en el lecho óseo con o sin patologías asociadas por la pérdida de fuerza durante la erupción.

Afecta indistintamente, pero se halla con mayor prevalencia la retención de los terceros molares superiores e inferiores y caninos superiores pues al ser los últimos dientes en erupcionar, no obtienen el espacio suficiente para su posición normal.

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 21 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

Los dientes pueden tener diversas trabas mecánicas como dientes adyacentes, quistes y hasta tumores. Allí la importancia de los exámenes complementarios como toma de Rx panorámica que corroboren el diagnóstico y permitan plantear la conducta terapéutica tratando de conservar los tejidos.

ETIOLOGÍA

Las causas a quienes se les atribuye esta patología pueden distinguirse de la siguiente manera:

1. Locales
 - a. Malposición dental
 - b. Pérdida del espacio en las arcadas por ausencia prematura de dientes
 - c. Rotación de los gérmenes dentales
 - d. Patologías
 - e. Inflamación crónica de la gingiva con la consecuente fibrosis y firmeza de la mucosa dificultando su ruptura
2. Locales adquiridas:
 - a. Hábitos: succión digital, lengua protráctil.
 - b. Infección o necrosis tisular
 - c. Cambios inflamatorios en el hueso
3. Sistémicos:
 - a. Respiradores bucales
 - b. Herencia
 - c. Paladar hendido
 - d. Malnutrición
 - e. hipotiroidismo

3.10.3 ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA

DEFINICIÓN

Conjunto de alteraciones durante el proceso de erupción dental en cronología, secuencia, tamaño, cantidad y calidad de los dientes.

1. Cronología: Puede ser adelantada o retrasada.
2. Secuencia: alteración del orden de erupción.
3. Tamaño: macrodoncia, microdoncia.
4. Cantidad: anodoncia, agenesia, supernumerarios.
5. Calidad: Amelogénesis imperfecta, hipoplasia, hipomineralizaciones.

| | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 22 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/01/13 | Documento Controlado | | |

Todos los dientes gozan del mismo proceso de desarrollo y erupción dental pero su cronología y características internas son individuales.

ETIOLOGÍA

La causa principal de las alteraciones de la erupción dental es la genética, pues todas dependen de la formación interna y los componentes nutricionales durante la gestación.

Una vez concluye la formación coronal y se tienen 2/3 de la raíz, el diente inicia el proceso de erupción y conforme a las condiciones de los maxilares, se alojarán en la arcada. Factores funcionales pueden interrumpir este proceso como hábitos de succión digital o labial.

3.10.4 DIENTES MOTEADOS

DEFINICIÓN

Enfermedad que afecta la calidad de la mineralización de los tejidos dentales y es evidente por la presencia de manchas blanquecinas conocidas como motas de algodón.

Se origina durante la formación dental (a partir de la sexta semana de vida intrauterina) donde las células del germen captan minerales para su crecimiento.

ETIOLOGÍA

La nutrición juega un papel importante en el curso de la enfermedad, pues se relaciona directamente con la ingesta excesiva de flúor. Mineral absorbido y fusionado a los cristales de hidroxapatita que afecta las características de dureza y resistencia dental. Se desconoce la acción exacta mediante la cual el flúor altera la formación dental, se cree que puede haber atrofia de los odontoblastos y por lo tanto la amelogénesis se interrumpe.

En Colombia, durante la década de los 40's se implementó la estrategia de fluorización del agua para disminuir el índice de caries en la población. Los resultados arrojados no fueron los esperados pues además de ser una medida insuficiente por la dificultad de acceso al agua potable en todas las regiones, encontraron casos de fluorosis dental y decidieron abolir esta

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 23 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

medida. La sal de consumo humano también fue fluorizada según mediciones no tóxicas.

De igual forma, el flúor se encuentra en los dentríficos del mercado, lo que implica un uso restringido en menores de 3 años por riesgo de ingesta y moderado y supervisado en menores de 6 años.

La severidad de la enfermedad depende de la cantidad de iones de flúor consumidos y adheridos al órgano dental.

4. FLUJOGRAMA.

| PROCEDIMIENTO | | IDENTIFICACION DE LA PATOLOGIA | | | |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| No | QUE | QUIEN | CUANDO | DONDE | COMO |
| 1 | Inicio | | | | |
| 2 | Examen estomatológico | Odontólogo(a) | Consulta odontológica | Servicio de odontología | Apertura de Historia Clínica |
| 3 | Examen estomatológico | Odontólogo(a) | Consulta odontológica | Servicio de odontología | Identificación de la patología |
| 4 | Identificación de la patología | Odontólogo(a) | Consulta odontológica | Servicio de odontología | Procedimiento a seguir según patología |
| 5 | Fin. | | | | |

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

ABRACION: La causa más común de abrasión está asociada a una técnica inadecuada de cepillado más la utilización de cremas dentales abrasivas. Otra forma está asociada a la ocupación del paciente (personas que tiene el hábito de coger elementos de trabajo con los dientes) como son los carpinteros, zapateros, sastres, etc.

CARIES DENTAL: Enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por la desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la parte orgánica del diente. Es la enfermedad crónica del diente más frecuente que afecta a la humanidad, de todos los sexos y razas, todos los

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|--|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 24 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/08/13 | Documento Controlado | | |

estratos socioeconómicos y grupos de edad. Empieza tan pronto hace erupción los dientes en la cavidad oral.

LA INFLAMACIÓN: es una reacción de un tejido vivo vascularizado a una agresión local.

INFLAMACIÓN AGUDA: De duración relativamente corta, desde unos minutos a varias horas o a uno o dos días. Sus principales características son el exudado líquido y proteínas plasmáticas (edema) y la emigración leucocitaria predominantemente de neutrófilos. Independientemente del agente lesivo es bastante estereotipada. Los signos clínicos son: Rubor, Tumor, Calor, Dolor y pérdida de la función.

INFLAMACIÓN CRÓNICA: Es menos uniforme que la aguda, de mayor duración e histológicamente se asocia a la presencia de linfocitos y macrófagos y a la proliferación de vasos sanguíneos y tejido conjuntivo. Muchos factores modifican el curso y aspecto histológico.

EXUDADO: Líquido inflamatorio extravascular con alta concentración proteica, abundantes detritos celulares. Implica alteración importante en la permeabilidad de los vasos sanguíneos de pequeño calibre.

TRASUDADO LÍQUIDO: con bajo contenido proteico. Es un ultrafiltrado de plasma sanguíneo producido por el desequilibrio hidrostático a los lados del endotelio vascular. La permeabilidad del endotelio es normal.

EDÉMA: Es el exceso de líquido en el tejido intersticial en las cavidades serosas. Puede ser exudado o trasudado.

PUS: Es el exudado purulento, inflamatorio rico en leucocitos y detritos de células parenquimatosas. En el pus existen enzimas lisosómicas y el grado de proteolisis que producen determina su viscosidad.

ABSCESO: Son acúmulos localizados de pus, producidos por supuración limitada de un tejido, órgano o espacio cerrado. Se producen por implantación profunda de bacterias piógenas en los tejidos.

ULCERA: Excavación en la superficie de un órgano o tejido, producida por la descamación del tejido necrótico inflamatorio. Solo se puede producir cuando existe un área inflamatoria necrótica sobre o cerca de una superficie. Luego de una inflamación aguda, se presenta una inflamación crónica

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|----------------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 25 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

SUPURATIVA: Producción de gran cantidad de pus o exudado purulento. Ciertos microorganismos producen este tipo de supuración localizada y por ello se denominan bacterias piógenas (Estafilococos). El Absceso es un ejemplo de inflamación aguda supurativa localizada.

PULPITIS HIPERPLÁSICA (PÓLIPO PULPAR): Proliferación exuberante, excesiva de tejido pulpar dental crónicamente inflamado con epitelio plano estratificado.

GINGIVITIS CRÓNICA: Es la inflamación localizada del periodonto de protección o unidad dentó gingival la cual no compromete el soporte del diente (unión Dentó alveolar). El periodonto se divide en U Dentó gingival comprende Margen gingival, epitelio de unión y diente (hacen parte también las fibras gingivales y el corion*) y en U Dentó alveolar donde se encuentra el cemento radicular, el ligamento periodontal y el hueso.

PERICORONITIS: Infección aguda, con inflamación del tejido blando alrededor de la corona de un diente parcialmente erupcionado.

6. BIBLIOGRAFIA.

- Gay, Escoda; Berini, Aytes. Cirugía Bucal. Ed. Océano/Ergon. 2006.
- Guía de práctica clínica en Salud Oral – Cirugía Básica. Secretaria de Salud distrital. 2009.
- Guía de práctica clínica en Salud Oral – Enfermedad gingival. Secretaria de salud distrital. 2006.
- Guía de práctica clínica en Salud Oral – Patología pulpar y periapical. Secretaria de salud distrital. 2007.
- Guía de práctica clínica en Salud Oral – Caries Secretaria de salud distrital. 2007
- Tabla de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, decima revisión (cie-10).
- Olarte, Alberto. Microbiología endodóntica. Ciencias de la salud, Universidad del Magdalena. 2004.

7. REGISTRO DE CALIDAD.

Historia Clínica.

| | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|---|
|  | ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD | Versión 2 | Código GUI-CEODON- 05 | Página 26 de 26 |  |
| | CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL | Fecha Vigencia 2018/06/13 | Documento Controlado | | |

CONTROL DE CAMBIO

| VERSIÓN No | DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO | APROBÓ | FECHA |
|---------------|--|----------|------------|
| 1 | Se elabora la primera versión de la guía de práctica clínica en Odontología | Gerencia | 30/05/2011 |
| 2 | Se actualizan las patologías de morbilidad que presenta la Institución. Se cambia el nombre de Guías practicas clinica en Odontología a Causas de morbilidad oral. | Gerencia | 13/06/2018 |