

# Situaciones de Urgencias en Odontoestomatología

## PARTE I: DOLOR E INFECCION

R. Baca Pérez-Bryan\*, J.M. Martínez González\*\*, M. Donado Rodríguez  
Escuela de Estomatología • Facultad de Medicina • Universidad Complutense de Madrid

---

### INTRODUCCION

Las situaciones de urgencia en odontoestomatología representan un capítulo importante dentro del contexto general de todas las urgencias, no por la importancia de las mismas, que en la mayoría de los casos no implican peligro vital para el paciente, pero sí en cuanto a su frecuencia y aparatosidad.

La falta de Servicios específicos para esta patología y la escasa preparación que al Médico General se le da durante la licenciatura sobre esta Especialidad, hace que estos enfermos no estén, en términos generales, bien atendidos.

En este servicio nos encontramos con que la demanda asistencial por parte de estos pacientes se basa en tres puntos:

- Aquellas situaciones que requieren una atención médica o quirúrgica inmediata.
- Determinadas condiciones que en opinión del paciente, sus familiares o responsables, requieren una atención inmediata.
- Necesidad asistencial, que en la mayoría de las veces, se hace fuera del horario normal de trabajo.

Planteada de esta forma la problemática que existe en los pacientes con urgencias odontoestomatológicas, expondremos aquellas circunstancias más frecuentes y comunes así como, sus

posibles soluciones, dirigidas, no al Estomatólogo, sino al Médico General de guardia en un Servicio de Urgencias.

Los objetivos que pretendemos alcanzar son los siguientes:

- Analizar aquellas situaciones que a nivel de la Cavidad Bucal y del territorio Maxilofacial, bien de una manera espontánea, como consecuencia de una patología ya existente, o bien tras un tratamiento previo, requieran una atención inmediata para llegar a un diagnóstico rápido y al tratamiento adecuado, médico o quirúrgico.

- Una vez expuestas estas situaciones llegar a unos criterios de actuación.

- Asumir la responsabilidad que el profesional Médico, no especialista en Estomatología, tiene de afrontar y resolver en la medida de sus posibilidades, estas situaciones de Urgencias.

Las Urgencias que con más frecuencia se nos van a presentar, las podemos agrupar en cuatro grupos:

- I. Dolor.
- II. Infecciones.
- III. Hemorragias bucales.
- IV. Traumatismos alveolo-dentarios.

### I.- EL DOLOR EN ODONTOESTOMATOLOGIA.

El territorio buco-máximo-facial es singular por la multiplicidad de elementos que lo componen y por la riqueza y variedad de su inervación. De esta manera nos podemos encontrar con dolores debidos a **neuralgias** esenciales, **dolores** vasculares (simpatalgias) o bien ser sintomáticos en relación con **órganos enfermos** (piel, tejido celular y graso, dientes, etc.).

El dolor es el motivo más frecuente de urgencias estomatológicas y sus características pueden

---

\* Adjunto del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos. Profesor Asociado de la Cátedra de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial.

\*\* Profesor Asociado de la Cátedra de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial.

\*\*\* Catedrático de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial.

ayudar al diagnóstico exacto o bien, en ciertas ocasiones, inducir a errores.

El dolor más banal es debido a las caries dental y difiere en naturaleza e intensidad según el estadio: pulpitis, periodontitis y absceso dentario.

Casi toda la patología buco-maxilar es dolorosa, tanto sea ósea, como las osteitis y fracturas, o bien mucosa, como las gingivoestomatitis, aftosis y tumores. Pero además de las algias faciales "multidisciplinarias" como la neuralgia trigeminal esencial, y las algias vasculares, dos procesos dolorosos son específicos en esta región: los dolores de la Articulación Témporo-Mandibular (ATM) y las glosodinias, expresión somática muy frecuente de problemas psicológicos. (TABLA I)

**TABLA I**

**Clasificación de los dolores  
Odontoestomatológicos**

- 1º.- Dolores sintomáticos.  
Originados en cualquiera de las estructuras Maxilofaciales.
  - Piel. Forúnculos  
Erisipela
  - Tejido celular y graso. Celulitis
  - Hueso. Osteitis  
Osteomielitis
  - Dientes. Pulpitis  
Periodontitis
  - Músculo
  - ATM. Síndrome dolor-disfunción
  - Senos. Sinusitis
  - Glándulas salivales. Litiasis  
Infecciones
  - Mucosas. Aftas  
Úlceras traumáticas
  - Encías
- 2º.- Neuralgias.
  - a) Esenciales
    - N. del trigémino
    - N. del glosofaríngeo
  - b) Sintomáticas
- 3º.- Dolores vasculares.  
Síndrome de Sluder
- 4º.- Enfermedad de Horton.
- 5º.- Psicalgias.  
Glosodinias.

**1.- DOLORES SINTOMÁTICOS**

Las afecciones de la piel que con mayor frecuencia pueden prestarse a confusión con un dolor de origen bucal son los forúnculos, que por medio de una exploración cutánea cuidadosa junto a la ausencia de causas que justifiquen el dolor en la cavidad oral nos llevarían al diagnóstico.

Los dolores dentales, a veces intensos, lancinantes, llevan con mucha frecuencia al enfermo a un Servicio de Urgencias.

La pulpitis es la inflamación del tejido pulpar dentario mientras que la periodontitis, es la inflamación de los tejidos de sostén del diente, o sistema periodontal. Entre las causas más frecuentes de estas inflamaciones tenemos:

- Infecciones (Caries)
- Traumatismos dentarios.
- Causas químicas.

Respecto a las caries, decir únicamente que no es dolorosa en sí, pero que al afectar a la pulpa dentaria produce la inflamación de la misma que sí es muy dolorosa.

Los traumatismos dentarios los veremos más detenidamente en un apartado específico, no obstante queremos hacer referencia a una situación que se da con relativa frecuencia y es la rotura del paquete vasculonervioso y consiguiente necrosis pulpar que se da, sobre todo, en los incisivos inferiores debido a pequeños traumatismos de repetición, como puede ser en las costureros, por el hecho de cortar hilos con los dientes, en personas con hábito de morderse las uñas, etc. y que acarrea la necrosis aséptica de la pulpa y posterior infección de la misma.

Las periodontitis de causa química la podemos considerar yatrógena y están producidas por el paso a través del foramen apical de diversos medicamentos usados en el tratamiento endodóncico. (desvitalización).

La sintomatología más característica de la periodontitis es la sensación por parte del paciente de "diente largo" debido al edema del periodonto. No suele existir mal estado general.

A la inspección se puede ver un diente con caries penetrante, o bien una restauración (obtusión o empaste) más o menos grande.

En otras ocasiones, como hemos señalado anteriormente, solo se aprecia el cambio de color del diente debido a la gangrena pulpar por microtraumatismos de repetición. En este caso el diente se nos presenta más oscuro que los adyacentes sanos.

A la percusión, aparte de ser dolorosa, el diente afecto, da un sonido más mate y apagado que los sanos.

La realización de una radiografía intraoral,

cuando sea posible, nos pondrá de manifiesto la causa de la pulpitis, o bien de las lesiones propias de la periodontitis o lesión periapical cuando exista. (Fig. 1)



**Fig. 1: Radiografía intraoral. Obsérvese la presencia de caries a nivel del cuello dentario, en contacto con la pulpa, traduciéndose clínicamente por una periodontitis.**

En la mayoría de los casos no es necesario la realización de ningún tipo de diagnóstico diferencial, salvo en el maxilar superior, donde una sinusitis puede dar este tipo de manifestaciones. La ausencia de causas dentales a este nivel que justifiquen el dolor y la confirmación de un seno ocupado, por medio de una radiografía específica, nos dará el diagnóstico.

El hecho de haber padecido un diente una pulpitis o periodontitis no implica necesariamente que haya que extraerlo. El tratamiento conservador consiste en realizar la endodoncia o apicectomía.

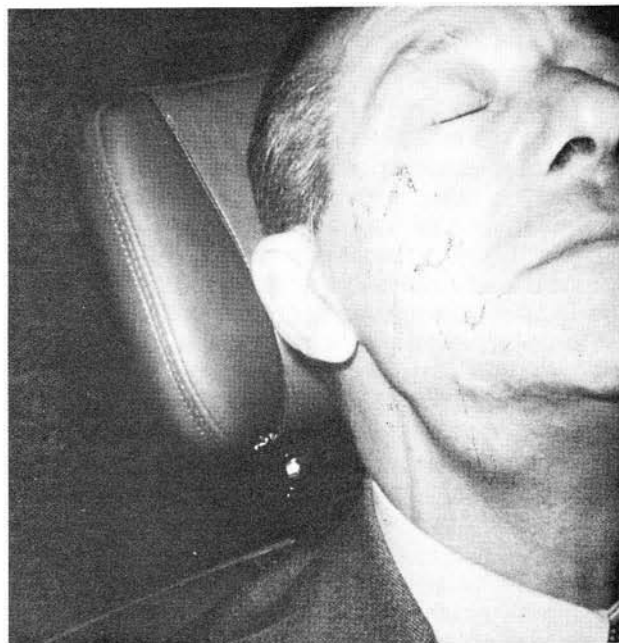
El tratamiento médico, mientras el paciente puede ser atendido por un especialista con los medios adecuados, consiste en la administración de antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.

Si el proceso es superado se puede hacer el drenaje de la colección purulenta.

Por último la exodoncia, estará indicada cuando la conservación del diente sea posible, o bien cuando haya peligro de complicaciones con otras enfermedades como puede ser la endocarditis bacteriana, prótesis valvulares o nefropatías.

Respecto a los dolores de las glándulas salivares quizás el más frecuente en el adulto sea la litiasis, de localización, en la mayoría de los casos, en la glándula submaxilar y que clínicamente se nos presenta como dolor en el borde inferior mandibular, hacia el ángulo, acompañado de tumefacción de aparición brusca, en la misma zona. (Fig. 2)

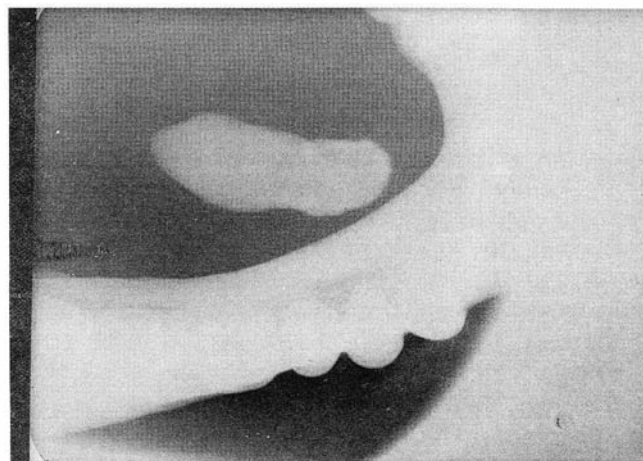
Esta sintomatología se relaciona con el hecho de comer o pensar en la comida.



**Fig. 2: Tumefacción a nivel del ángulo mandibular (Hernia de Gariel) como consecuencia de una sialolitiasis submaxilar.**

Para el diagnóstico es definitivo la palpación del cálculo tanto en el conducto de Wharton, en el suelo de la boca o bien en la pelvis glandular.

Por medio de una radiografía simple, intraoral se puede ver el cálculo, si es radioopaco y si no lo es, se puede poner de manifiesto mediante una sialografía. (Fig. 3)



**Fig. 3: Radiografía oclusal en la que se pone de manifiesto la existencia de un sialolito en el conducto de Wharton.**

La litiasis parotídea es menos frecuente y produciría la misma sintomatología a nivel parotídeo.

El tratamiento de la litiasis consiste en la extirpación del cálculo, siempre que esté en los conductos y la glándula sea funcionante. Cuando son grandes e intraglandulares, suele ser necesi-

ria la extirpación de la glándula.

El tratamiento médico en el momento del cólico consiste en administrar espasmolíticos.

Entre las inflamaciones de las glándulas salivares que cursan con dolor tenemos la parotiditis epidémica que se da sobre todo en la segunda infancia y que cursa con dolor en tres puntos: articulación temporomandibular, a nivel mastoideo y por delante del trago seguido inmediatamente de inflamación de una o ambas parótidas levantando el lóbulo de la oreja y haciendo prominencia delante del trago.

La sialadenitis bacteriana está producida sobre todo por el estafilococo dorado y en el momento actual se puede presentar en enfermos depauperados o ancianos. Clínicamente se manifiesta por dolores intensos a nivel parotídeo, con fiebre alta y toda la sintomatología general de una enfermedad bacteriana.

En las exploraciones vemos una tumefacción durísima a nivel parotídeo, la piel está primero roja y después violácea.

Hay posibilidad de abrir la boca y no puede el paciente deglutir. Del conducto de Stenon sale pus del que se puede tomar muestra para cultivo y antibiograma.

La patología infecciosa de la Articulación Temporomaxilar (ATM) es hoy día poco frecuente lo mismo que su afectación en el curso de una artritis reumática. Sin embargo es cada día más frecuente el llamado síndrome de Dolor-Disfunción de la ATM.

La ATM se diferencia del resto de las articulaciones en que sus movimientos no solo están dictados por las superficies articulares y los músculos sino que está supeditada también a los dientes de ambas arcadas, por lo que las alteraciones a cada uno de estos niveles puede repercutir en el buen funcionamiento de la misma. Otra característica de esta articulación es que consta de dos compartimentos separados por un menisco.

El conjunto de síntomas y signos que el paciente refiere son múltiples pero fundamentalmente se traducen en chasquidos, crujidos articulares, dolor a nivel articular o en sus inmediaciones y limitación de la apertura bucal.

El dolor lo puede referir el paciente en la misma articulación o bien alejado de ella, a nivel facial indeterminado, o irradiado a la región temporal, hacia el cuello o a lo largo del cuerpo mandibular.

A la exploración los contornos de la ATM suelen estar sensibles a la palpación existiendo con cierta frecuencia una limitación de la apertura. Puede existir una desviación mandibular a derecha o izquierda, independientemente de si la sensación de dolor o chasquido las refiere el pa-

ciente a una o ambas articulaciones.

Con respecto al tratamiento se puede administrar de entrada, y para aliviar la sintomatología aguda, antiinflamatorios, relajantes musculares si el trismo es importante, e incluso sedantes ya que la angustia y la ansiedad empeoran el cuadro.

El tratamiento de la causa que lo origina exige un estudio más amplio y el dominio de varias subespecialidades dentro de la Estomatología.

De la patología de las mucosas que puede cursar con un cuadro doloroso como para llevar al paciente a un Servicio de Urgencias tenemos la gingivitis, aftas y úlceras traumáticas.

La inflamación de la región marginal de la encía (gingivitis) pueden deberse a múltiples causas; aunque ellas deben ser objeto de tratamiento por parte del Estomatólogo, en ocasiones algunas formas de gingivitis van a cursar con predominio del dolor por lo que estos pacientes suelen requerir alguna terapia para contrarrestar inicialmente su sintomatología.

La realización de una buena historia clínica, así como, la exploración intrabucal, puede sugerirnos inicialmente el diagnóstico. En ocasiones, nos enfrentamos con pacientes en los que el hábito de fumar, junto a un estado de sobrecarga emocional a la vez que, una mala higiene oral, hacen que pueda aparecer una gingivitis de forma úlcero necrótica recubierta de membranas blanco-amarillentas-grisáceas que duelen al simple contacto y sangran con mucha facilidad (Gingivitis úlceronecrotizante aguda. GUNA). En estos casos es aconsejable administrar inicialmente tratamiento del tipo del peróxido de hidrógeno al 3% o clorexidina al 0,2%.

La afectación de las mucosas de la cavidad bucal pueden ser objeto por parte de agentes virales (virus del herpes), en estos casos de gingivoestomatitis herpéticas, podemos observar durante la exploración la existencia de lesiones vesiculares múltiples que se rompen con celeridad dejando una erosión pseudomembranosa roja o blanca. Junto a estos datos exploratorios pueden advertirse la existencia de fiebre, malestar general y linfadenopatía cervical, refiriendo el paciente signos de dolor y trastornos durante la masticación. Ante este proceso es recomendable la administración de analgésicos, vit. B y C y una terapia de forma local basada en colutorios de peróxido de hidrógeno al 3% así como, la utilización de anestésicos tópicos o antivirales (IDU, Aciclovir).

La estomatitis aftosa recidivante es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición en cualquier lugar de la mucosa oral de ulceraciones redondas u ovaladas, únicas o múltiples de 2 a 10 mm de diámetro.

La úlcera está cubierta por un exudado fibrinoso blanco-grisáceo y rodeado por un halo de color

rojo vivo. Suele persistir durante una o dos semanas y cura sin cicatriz residual. Son lesiones que duelen tanto espontáneamente, como por estímulos irritantes ya sean traumáticos o alimenticios (ácidos, sal).

No existe ningún tratamiento eficaz en cuanto a la etiología y se administran medicamentos tópicos que contengan algún anestésico local y antiinflamatorio.

Las úlceras traumáticas suelen ser muy dolorosas, a diferencia de las neoplásicas, y en mayoría de los casos están producidas por decúbitos de prótesis mal adaptadas. Las automordeduras, quemaduras y pequeñas lesiones orales completan las posibles etiologías de estas úlceras. (Fig. 4)



**Fig. 4: Ulceración por decúbito a nivel lingual. Tras la palpación de esta lesión y eliminada la causa etiológica debe mantenerse controles hasta la desaparición de la misma.**

El diagnóstico no es difícil cuando se localizan las posibles causas, a pesar de ello, resulta conveniente advertir a estos pacientes sobre la necesidad de control de este tipo de lesiones ya que, si en el caso de suprimir la causa, habiendo transcurrido quince días, no desaparece la lesión es aconsejable la realización de una biopsia con la finalidad de descartar procesos neoplásicos.

El tratamiento, en el caso del decúbito, consiste en retirar la prótesis durante unos días y arreglarla. Se pueden administrar antibióticos si se aprecia un componente infeccioso y antiinflamatorios.

Las lesiones dolorosas del tejido celular, hueso y senos maxilares son fundamentalmente las infecciones y las veremos más adelante en el

capítulo correspondiente.

## 2.- NEURALGIAS

El dolor de las neuralgias puede variar en intensidad, pero en el peor de los casos es uno de los dolores más horribles que pueda sufrir un ser humano. Su comienzo es brusco, fulgurante, el paciente puede referir que sobreviene como un "pinchazo de aguja" o como la "sensación de un rayo". la duración de un único espasmo es habitualmente de 30 o 60 segundos. Si un dolor es realmente continuo durante 10 minutos o más el diagnóstico de una verdadera neuralgia es improbable.

El dolor está limitado a la distribución conocida del nervio implicado o a una porción de ella.

La existencia de zonas y mecanismos desencadenantes es característica de estas entidades. estas zonas desencadenantes son las regiones próximas en la cara, la boca, la faringe o el oído, las cuales al ser estimuladas, pueden dar lugar a un típico paroxismo del dolor. No obstante, no se considera que sea necesario la demostración de una zona desencadenante para llegar al diagnóstico de una neuralgia.

La neuralgia más frecuente, con mucho, es la del trigémino.

Se inicia en la segunda o tercera rama pero puede abarcar en la evolución de la enfermedad a las tres ramas a la vez.

Se da con más frecuencia en pacientes que han sobrepasado los 40 años.

Para su diagnóstico hay que valorar los siguientes datos:

- Paciente de edad.
- Dolor fulgurante de breve duración.
- Siempre localizado en el mismo lado y el mismo lugar.
- Ocurre varias veces al día.
- Regularmente acompañado por unas contracciones espasmódicas de la cara.
- A menudo desencadenado por la excitación de unas "zonas gatillo".
- El examen neurológico es normal.

La neuralgia del glossofaríngeo es mucho más rara que la del trigémino.

Afecta a personas mayores. El dolor de las mismas características ya vistas, puede sentirse en el oído, una amígdala, la base de la lengua o la pared lateral de la faringe.

El dolor se puede acompañar de algunos síntomas que se pueden interpretar como un reflejo de la activación de algunas de las funciones del complejo vagoglossofaríngeo. Estos síntomas pueden ser: síncope, tos vigorosa, aumento de salivación, afonía transitoria, etc.

Para corroborar el diagnóstico se puede anestesiar con un anestésico superficial la amígdala, la faringe o base de la lengua en el lado del dolor con lo que este desaparece mientras dura el efecto.

Es raro pero puede ser secundaria a neoplasia o aneurisma intracraneal.

Las neuralgias del laringeo superior y del ganglio geniculado son muy raras.

El tratamiento de las neuralgias consiste en la administración de Carbamazepinas, alcoholización del nervio afecto o bien su sección quirúrgica.

Las neurálgias faciales sintomáticas reúnen características semejantes a las esenciales pero con las siguientes diferencias:

- Dolor continuo aunque puede presentar crisis paroxísticas.
- Ausencia de "Zonas gatillo".
- Existencia de signos objetivos.

La etiología de estas neuralgias es muy numerosa y en realidad la pueden originar cualquier causa que produzca una irritación sobre el nervio.

Respecto al tratamiento debe ser etiológico en la medida de lo posible.

El tratamiento sintomático consiste en la administración de antiálgicos asociados a neurolépticos.

Parece ser que la Carbamazepina es eficaz cuando las manifestaciones son semejantes a las neuralgias esenciales.

### 3.- ALGIAS VASCULARES

Se trata de dolores que interesan a una parte de la cara sin topografía trigeminal precisa. Parece seguir el trayecto de un vaso: arteria facial, temporal superficial etc; con una proyección sobre una región o un órgano preciso (mejilla, ojo, etc.) con irradiación posible al cuello o cráneo, y acompañado de fenómenos vasomotores y secretorios que pueden durar de varias decenas de minutos a varias horas.

El comienzo de la crisis es brutal, sin prodromos y alcanza su máxima intensidad en algunos minutos, es permanente, muy violento, intolerable, pulsátil, acompañado de agitación más a menudo que postración. No hay zonas gatillo. El dolor se mantiene durante un cierto tiempo, fijo para cada enfermo y que varía entre treinta minutos y dos horas.

El dolor es siempre localizado en el mismo lado (estrictamente unilateral, hasta tal punto que un dolor bilateral debe hacer cambiar el diagnóstico).

Se acompaña muy frecuentemente de fenómenos neurovegetativos, que tienen un valor considerable para el diagnóstico, son del mismo

lado del dolor y se pueden encontrar:

- Lagrimeo, inyección conjuntival y fotofobia.
- Congestión nasal del mismo lado, con sensación de obstrucción nasal y rinorrea.
- Vasodilatación con enrojecimiento de la hemifara, calor local, a veces sudación localizada en este mismo lado o raramente difusa.
- Abultamiento anormal de la arteria temporal superficial del mismo lado con aumento del pulso e hipersensibilidad a la palpación.
- Síndrome de Claude-Bernard-Horner incompleto: miosis y disminución de la hendidura palpebral unilateral.

La forma clínica más frecuente de algia vascular de la cara es el llamado síndrome de Sluder.

Es un síndrome doloroso de tipo neurálgico que aparece en la proximidad del maxilar superior, que se irradia a la órbita y a veces al cuello y hombro.

A la palpación se pone de manifiesto dolor en la salida del nervio palatino anterior (en el paladar a nivel del 1º ó 2º molar).

El tratamiento sintomático nos depara al mismo tiempo un diagnóstico bastante exacto de este síndrome. Se realiza con una anestesia tópica a nivel del ganglio esfenopalatino por medio de una torunda de algodón montada en un vástago e introduciéndola por la fosa nasal hasta el final de la misma para que se ponga en contacto con la pared nasal externa, en las inmediaciones del ganglio esfenopalatino.

En general el tratamiento de estas algias vasculares es sintomático, encaminado a disminuir el dolor.

En la crisis solo los antiálgicos mayores pueden producir algún alivio. La inyección subcutánea o IM de 0,5mg de Tartrato de Ergotamina puede calmar el dolor.

La Carbamazepina no tiene ningún efecto.

### 4.- ENFERMEDAD DE HORTON

La enfermedad de Horton o arteritis obliterante de células gigantes es la manifestación local, en la arteria superficial, de una enfermedad general inflamatoria que afecta a las arterias de medio y grueso calibre.

Es una enfermedad de la tercera edad y afecta preferentemente a las mujeres.

Clínicamente se caracteriza por dos síntomas esenciales:

- Cefalea temporal uni o bilateral.

Sobre un fondo doloroso permanentemente como de quemazón, con hiperestesia del cuero cabelludo aparecen crisis violentas, a menudo nocturnas y resistentes a los analgésicos.

La arteria temporal superficial está indurada y redondeada de una zona edematosa y violácea formando un cordón arterial doloroso.

En algunos casos la arteria puede estar normal.

- El segundo, esencial para el diagnóstico, es la pseudopoliartritis rizomélica. El dolor predomina a nivel de la cintura pelviana y sobre todo escapular que siempre afecta.

El cuadro clínico se completa por la alteración del estado general y febrícula. Se acompaña de adelgazamiento y astenia importante.

En la analítica llama la atención un aumento muy importante de la VSG por encima de 100, anemia hipocroma, hiposideremia y aumento de la alfa 2 y gamma globulina.

El tratamiento consiste en corticoterapia a grandes dosis.

## 5.- PSICALGIAS

Son otro tipo de dolor que hay que tener en cuenta, sobre todo en las mujeres, y en general, en aquellos pacientes con problemas psicosomáticos.

Es un dolor mal definido, de naturaleza incierta, con una localización vaga, bilateral, constante y no paroxístico. es característico la excesiva descripción por parte del paciente de sus dolores y de la aparición de los mismos en otras partes del cuerpo.

Dentro de estas psicalgias la más frecuente es la glosodinia que se caracteriza por un dolor o picor localizado en la lengua, que aparece por las mañanas y se agrava al final del día, pero que no

le impide el sueño.

Suele aparecer con las comidas. Es frecuente que se asocie a sequedad bucal.

Para encuadrar a las glosodinias dentro de las psicalgias es necesario descartar que no se trate de un síntoma de una enfermedad sistémica como puede ser el síndrome de Plummer Vinson, cirrosis hepática, diabetes o síndrome de Sjögren.

Se pueden tratar con sedantes o analgésicos ligeros. En general el calor, los masajes, cambios de actividad así como la psicoterapia pueden ser útiles.

Las Carbamazepinas no tienen efecto.

## BIBLIOGRAFIA

CALATRAVA, L.: Lecciones de Patología Quirúrgica Oral y maxilofacial. Edit. Oteo. Madrid. 1979

DONADO, M.: Exploración y técnicas en Cirugía Oral. Edit. Universidad Complutense. Madrid. 1983

LASKIN, D.M.: Cirugía Bucal y maxilofacial. Edit. Med. panamericana. Buenos Aires. 1987

LORENZO, B.: Guía terapéutica de urgencia. Edit. Oteo. 15ª edición. Madrid. 1976

MORGAN, D.H.: Enfermedades del aparato temporomandibular. Edit. Mundi. Buenos Aires 1979

MUSTER, D.: Medicaments de la douleur. Encyclop. Med. Chir. Stomat. I, 22012 GIO. Paris. 1985

NOTO, R. et al.: Abregué des urgences médicales au cabinet dentaire. Edir. Masson 2ª edición. Paris 1985

THOMA.: Patología Oral. Edit. Salvat. Barcelona. 1977