

HOSPITAL GENERAL DOCENTE. "ALEIDA FERNÁNDEZ CHARDIET". GÜINES FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA. CIUDAD DE LA HABANA. CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "ENRÍQUE NUÑEZ". LA HABANA.

CELULITIS FACIAL ODONTÓGENA COMO URGENCIA EN ESTOMATOLOGÍA

Dr. Orlando L. Rodríguez Calzadilla¹, Dr. Oviedo Pérez Pérez², Dra. Aileneg Rodríguez Aparicio³.

1. Especialista de II grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesor Auxiliar. Master en Urgencias Estomatológicas.
2. Especialista de II grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesor Instructor. Master en Urgencias Estomatológicas.
3. Doctora en Estomatología.

RESUMEN

La Celulitis Facial Odontógena puede convertirse en un grave riesgo vital cuando no se tiene en cuenta el tratamiento adecuado, la virulencia de germen, la región anatómica afectada y la resistencia del huésped. Se evalúan los resultados sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Celulitis Facial Odontógena, insistiendo fundamentalmente en los pacientes donde la afección puede desencadenar complicaciones severas. Realizamos un estudio observacional, transversal y descriptivo en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" del municipio de Güines, en un período de 11 años. El universo de trabajo lo constituyeron 686 pacientes remitidos por consulta externa y cuerpo de guardia. Las regiones anatómicas de mayor frecuencia corresponden a región geniana, nasal y párpado inferior, el tiempo más efectivo fue la extracción dentaria e inmediatamente la administración del antimicrobiano por vía endovenosa en dosis única diaria, la presencia de dientes incurables predominó como causa etiológica. Los pacientes diagnosticados y tratados en las primeras 24 horas se recuperaron rápidamente. Se concluye que la antibioticoterapia, el tratamiento canalicular, la extracción dentaria, y la incisión y drenaje en el momento que se requiera, son procedimientos de elección para la resolución de la infección, no se reportan complicaciones y la estadía se reduce considerablemente.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las infecciones bucales constituyen una de las patologías más frecuentes en la población, debido a una mala higiene bucal. Esto se traduce en un incremento de las necesidades y las demandas de atención Odontológica, a la vez hace necesario para el profesional conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patogenia y las diversas variables que determinan la especificidad de este tipo de infecciones, con el fin de poder seleccionar los agentes antimicrobianos adecuados para un correcto tratamiento ¹⁻⁷

A pesar de la reconocida frecuencia e importancia de las infecciones odontógenas, llama la atención la actual dispersión de criterio en varios aspectos referentes a su clasificación, terminología y recomendaciones terapéuticas ⁸⁻¹¹.

La Celulitis Facial Odontógena tiene su origen en Abscesos Dentoalveolares tratados por el Odontólogo de forma incorrecta ¹².

Generalmente en los servicios de Odontología se prefiere deferir la extracción dentaria y mantener la aplicación de antimicrobianos hasta el momento en que se observe una casi completa remisión de los síntomas, por lo que la gran mayoría de los pacientes atendidos en el segundo nivel de atención son remitidos después de transcurridos algunos días de tratamiento medicamentoso ¹³.

El tratamiento de esta entidad se basa en antibioticoterapia, tratamiento quirúrgico interceptivo y una adecuada fisioterapia si fuera necesario, pero muy importante es la eliminación de los focos sépticos lo antes posible, el tratamiento canalicular, la extracción dentaria y la incisión y drenaje con medidas de soporte adicional ^{1,14}.

Para el manejo ambulatorio de esta afección, es importante el dominio farmacológico, el tratamiento dentario y las técnicas quirúrgicas a emplear, así como una excelente comunicación con el paciente y sus familiares ¹⁵⁻¹⁷.

Motivados por la información recogida en las revisiones bibliográficas en el estudio de la patología de referencia durante 11 años, el diagnóstico de salud en atención primaria, el criterio de Estomatólogos y Cirujanos Maxilofaciales, Pediatras, Médicos Internistas y Cirujanos Generales que comparten multidisciplinariamente con nuestro servicio se realiza esta investigación con la intención de profundizar en el diagnóstico y tratamiento de la Celulitis Facial Odontógena como Urgencia en Estomatología y determinar donde la afección puede desencadenar complicaciones severas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, del Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet” en la provincia de La Habana durante un período de 11 años (1995-2005). El universo de trabajo estuvo constituido por 686 pacientes que fueron remitidos por consulta externa y cuerpo de guardia, con diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena. La información se obtuvo a través de las Historias Clínicas y fue recogida en un modelo de recolección de datos.

Variables.

- Regiones anatómicas o espacios aponeuróticos afectados.
- Síntomas y signos presentes durante la anamnesis, el examen físico general, regional y por sistemas y aparatos.
- Tiempo entre el inicio de la tumefacción y la remisión de los síntomas.
- Tiempo entre el inicio de la tumefacción y la extracción dentaria.
- Incisión y drenaje.
- Estadía y complicaciones.

Para el procesamiento de los datos se empleó una computadora Pentium IV, con sistema operativo Windows XP profesional y Microsoft Office 2003. Los datos obtenidos en el modelo de recolección de datos (anexo 1) fueron vaciados y procesados en programa de tabulación electrónica, Microsoft Excel. Los resultados se expresan en tablas y se utilizó como medida del resumen, el número y por ciento.

RESULTADOS

La región anatómica de mayor frecuencia fue la geniana (21.57%) y la nasal (21.14 %) seguida por la región del párpado inferior (15.60 %) y labio superior (11.22% %). El diente causal, el primer molar y canino superior derecho (tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de regiones anatómicas afectadas y espacios aponeuróticos.

Región anatómica o espacio aponeurótico	No.	%
Geniana.	148	21.57
Nasal.	145	21.14
Párpado inferior.	107	15.60
Labio superior.	77	11.22
Submandibular.	58	8.45
Submentoniano.	56	8.16

Región mase terrina.	47	6.85
Cervical.	29	4.23
Retrofaríngeo.	11	1.60
Tórax.	8	1.17
Total.	686	100.00

Fuente: Historias Clínicas.

El tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y la remisión del paciente corresponde a las primeras 24 horas (53.50 %), seguido de 3 a 7 días (34.69%) y de 1 a 3 días (8.60%) (tabla 2).

Tabla 2. Tiempo entre el inicio de la tumefacción y la remisión del paciente.

Tiempo	No.	%
0 a 24 horas.	367	53.50
3 a 7 días.	238	34.69
1 a 3 días.	59	8.60
7 y más días.	22	3.21
Total.	686	100.00

Fuente: Historias Clínicas.

El comienzo de la antibioticoterapia y la realización de la extracción correspondió de las 6 a las 24 horas (52,92 %), le continua la extracción dentaria e inmediatamente la administración del antimicrobiano por vía endovenosa (27.84%) como tiempo más efectivo, seguido de 1 a 3 días (14.72%) (tabla 3).

Tabla 3. Tiempo entre el comienzo de la antibioticoterapia y la extracción dentaria.

Tiempo	No.	%
6 a 24 horas.	363	52.92
Extracción dentaria y antimicrobiano (E.V).	191	27.84
1 a 3 días.	101	14.72
3 a 7 días.	15	2.19
7 y más días.	16	2.33
Total.	686	100.00

Fuente: Historias Clínicas.

Los dientes incurables como agente causal fueron los diagnosticados con mayor frecuencia (53.94%), siendo la hemiarcada superior derecha la más afectada (molar superior y canino), seguido de resto radicular (30.76%) y la pericoronitis (12.68%) como complicación clínica a la retención dentaria de molares inferiores (tabla 3).

Tabla 4. Distribución de patologías según la etiología o agente causal de la Celulitis Facial Odontógena.

Etiología	No.	%
Dientes incurables.	370	53.94
Resto radicular.	211	30.76
Pericoronitis.	87	12.68
Alveolitis Seca o Dry Socket.	8	1.17
Exodoncia.	6	0.87
Trauma Dentoalveolar.	4	0.58
Total.	686	100.00

Fuente: Historias Clínicas.

El comportamiento de la estadía según su clasificación en cuanto a conducta terapéutica se obtuvo de la siguiente forma: de 1 a 3 días (62.10%), siendo los de mayor número los ingresados en el hogar y en sala de observación de la policlínica y que en su mayoría fueron dados de alta entre 28 y 48 horas, continúan los de 3 a 7 días (34.69%) y 7 y más días (3.21%) con ingreso Hospitalario (tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento de la estadía según su clasificación en cuanto a conducta terapéutica.

Estadía	Hogar	%	Policlínica	%	Hospital	%	Total	%
1 a 3 días.	130	18.95	178	25.95	118	17.20	426	62.10
3 a 7 días.	33	4.81	69	10.06	136	19.83	238	34.69
7 y más días.	0	0.00	0	0.00	22	3.21	22	3.21
Total.	163	23.76	247	36.01	276	40.23	686	100.00

Fuente: Historias Clínicas

DISCUSIÓN

Los pacientes con diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena fueron remitidos por consulta externa y servicio de cuerpo de guardia, la pieza dentaria que más incide es el primer molar y canino superior derecho donde se realizó la extracción dentaria debido a una mala higiene bucal, por lo que debe incrementarse acciones de promoción y prevención en las instituciones, servicios y áreas de salud, a la vez es necesario para el profesional conocer los factores etiológicos, patogenia y diversas variables que determinan los procesos sépticos odontógenos ^{1,3,5-7}

El sexo masculino es el predominante, debido a que el sexo femenino cuida más, detalladamente, de su porte, aspecto personal e higiene bucal.

En nuestro estudio las regiones anatómicas más afectadas fueron la geniana, nasal y párpado inferior, siendo esta zona o área de menor resistencia, no coincidiendo con otros trabajos realizados ¹⁷.

Los microorganismos predominantes fueron el estreptococo y estafilococo coagulasa positivo, seguido por el neumococo y fusobacterium. No se obtuvo crecimiento bacteriano en el mayor número de muestras tomadas debido a que los pacientes acudieron con tratamiento antimicrobiano por prescripción facultativa donde fueron atendidos por primera intención.

Los remitidos en las primeras 24 horas evolucionaron satisfactoriamente debido a que su diagnóstico se realizó tempranamente, hubo mayor satisfacción para recibir el tratamiento en aquellas personas que su ingreso fue realizado en el hogar.

El comienzo de la antibioticoterapia y la realización de la extracción correspondió de las 6 a las 24 horas, debido a que durante varios años ha sido la conducta terapéutica que se ha llevado a cabo en nuestro servicio, teniendo en cuenta la vida media del antibiótico, actualmente los pacientes con Celulitis Facial Odontógena, si no existen contraindicaciones para la extracción dentaria, se le realiza inmediatamente y se le administra seguidamente el antibiótico por vía endovenosa en dosis única diaria o fraccionada.

La distribución de las patologías según la etiología o agente causal fueron: dientes incurables, resto radicular y pericoronitis, debido a la mala higiene bucal.

CONCLUSIONES

- Las regiones anatómicas más afectadas fueron la geniana, nasal y párpado inferior.
- El tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y la remisión del paciente corresponde a las primeras 24 horas.
- El comienzo de la antibioticoterapia y la realización de la extracción correspondieron de las 6 a las 24 horas y los dientes más afectados, el primer molar y canino superior

derecho.

- La infección odontógena es polimicrobiana (Mixta). Es raro encontrar una especie bacteriana.
- Los dientes incurables como agente causal fueron los diagnosticados con mayor frecuencia.
- La estadía según su clasificación en cuanto a conducta terapéutica se comportó de 1 a 3 días
- Los pacientes diagnosticados y tratados tempranamente se recuperan rápidamente, no se producen complicaciones postoperatorias y la estadía se reduce considerablemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto Prieto J, Calvo A. Bases microbiológicas en las infecciones bucales y sensibilidad en los antibióticos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9 Suppl:S11-8.
2. Sweeney LC, Dave J, Chamvers PA and Heritage J. Antibiotic resistance in general dental practice, a cause for concern? *J Antimicrob Chemother* 2004;53:567-76.
3. Kolenbrander PE, Andersen RN, Blehert DS, Eglund PG, Foster JS, Palmer RJ Jr. Communication among oral bacteria. *Microbiol Mol Biol Rev* 2002; 66:486-505.
4. Trombelli L, Tatakis DN. Periodontal diseases: current and future indications for local antimicrobial therapy. *Oral Dis* 2003; 9:11-5.
5. Aldridge KE, Ashcraft D, Cambre K, Pierson CL, Jenkins SG, Rosenblatt JE. Multicenter survey of the changing in vitro antimicrobial susceptibilities of clinical isolates of *Bacteroides fragilis* group, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas*, and *Peptostreptococcus* species. *Antimicrob Agents Chemother* 2001; 45:1238-43.
6. Chan Y, Chan CH. Antibiotic resistance of pathogenic bacteria from odontogenic infections in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2003; 36:105-10.
7. Liñares J, Martín-Herrero JE. Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Av Odontoestomatología* 2003; Número Especial: 23-33.
8. Bascones A, Aguirre JM, Bermejo A, Blanco A, Gay-Escoda C, González-Moles MA, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento anti-microbiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9:363-76.
9. Gay-Escoda C, Berini Aytés L, editors. *Tratado de Cirugía Bucal*. Madrid: Ergon; 2004; T 1.
10. Pérez-Trallero E, Vicente D, Montes M, Marimón JM, Piñeiro L. High proportion of pharyngeal carriers of comensal streptococci resistant to erythromycin in Spanish adults. *J Antimicrob Chemother* 2001; 48:225-9.
11. Prieto J, Maestre JR. Tratamiento de las infecciones de etiología mixta. En: Bascones A, Perea EJ, editors. *Infecciones orofaciales*. Madrid: Dentisnet; 2003; Vol 2.
12. Díaz Fernández JM, Gutiérrez I. Angina de Ludwing: análisis de 11 casos. *Rev Cubana Estomatol* 1996; 33:101-4.

13. Miconi M, Gallesio C, Berrero S. Clinic therapeutic observations on series of cases of odontogenic abscesses and phlegmons. *Odontology Journal* 1991; 32(3):158-5.
14. Steiner M, Gould AR, Brooks PJ, Porter K. Postextraction panfacial cellulitis (Sweet's syndrome) mimicking an odontogenic infection. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58:562-6.
15. Laloyaux P, Vanpee D, Gillet JB. Orbital cellulitis with abscess formation caused by frontal sinusitis. *J Emerg Med* 2000; 18:253-4.
16. Bachiller Luque P, Eiros Bouza JM, Blanco Quirot. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la infección por *Haemophilus influenzae*. *Ann Med Intern* 2000; 17:204-12.
17. Ducasse Olivera, Pedro A y Roca Rodríguez R. La extracción dentaria en la celulitis facial odontogénica. *Rev Cubana Estomatol (seriada en línea)*. 2004; 41(2) Acceso: 12 agosto 2006 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034772004000200007&lng=es&nrm=iso> .

SUMMARY

Odontogenic facial cellulitis may become into a serious vital risk when the proper treatment, germ virulence, the affected anatomical region and the resistance of the host are not taken into account. The results on prevention, diagnosis and treatment of the odontogenic facial cellulitis are evaluated, mainly emphasizing in patients where the condition may unleash severe complications. A transversal, observational, descriptive study was carried out in the service of maxillofacial surgery of “Aleida Fernández Chardiet” Teaching General Hospital of Güines municipality, in a period of 11 years. The work universe consisted of 686 patients sent from external consultations and the emergency department. The anatomical regions more frequent were the genian region, nasal and lower eyelid, the most effective time was dental extraction and immediately the administration of the antimicrobial via endovenous in once-daily dose, the presence of incurable teeth predominated as etiologic cause. The patients diagnosed and treated during the first 24 hours recovered very rapidly. It is concluded that antibioticotherapy, the canalicular treatment, dental extraction, and the incision and drainage at the required moment, are procedures of choice for the resolution of the infection, complications are not reported and the stay is reduced considerably.

Subject Headings: **CELLULITIS/therapy; CELLULITIS/diagnosis**

Dr. Orlando L. Rodríguez Calzadilla.

E-mail: orlandot@infomed.sld.cu

Anexo 1.



Figura 1. Paciente masculino raza negra con Diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena difusa, observe que la inflamación se extiende a región de párpado inferior, nasogeniana y cuerpo mandibular derecho.



Figura 2. Factor etiológico: dientes incurables por caries de dentina profunda con pulpa no vital crónica.



Figura 3. Paciente del sexo femenino raza blanca con Diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena circunscrita que se extiende a región de párpado inferior y nasogeniana izquierda.



Figura 4. Exodoncia de diente 23 por caries de dentina profunda con pulpa no vital crónica.



Figura 5. Rehabilitación protésica inmediata a la extracción.



Figura 6. Evolución a las 48 horas de la extracción dentaria y la rehabilitación protésica.