

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto"

Comportamiento clínico y manejo terapéutico de pacientes diagnosticados con Celulitis facial odontógena. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto"

Clinical Behavior and therapeutic handling of patients diagnosed with facial Odontogenic Cellulitis. Central Army Hospital "Dr. Luis Díaz Soto"

Naydit Martínez Gómez^I, Dayana Díaz Díaz^{II}, Orlando Guerra Cobián^{III}, Maritza Guillán Carrión^{IV}, Nurysell Martínez Gómez^V

^I Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". e.mail: nayditm@infomed.sld.cu

^{II} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". e.mail: dayanadiaz@infomed.sld.cu

^{III} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". e.mail: orlando.guerra@infomed.sld.cu

^{IV} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto".

^V Licenciada en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica. Policlínico Docente "Mario Escalona Reguera".

RESUMEN

Introducción: la Celulitis Facial Odontógena constituye una urgencia relativamente frecuente en los servicios de emergencias hospitalarios.

Objetivo: caracterizar a los pacientes con diagnóstico de Celulitis facial odontógena según su comportamiento clínico y manejo terapéutico.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo descriptivo tomando

como muestra 56 pacientes ingresados en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" con diagnóstico de Celulitis facial odontógena, en el período 2011-2012. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, severidad, modalidad de tratamiento y estadía hospitalaria. La información fue presentada en tablas de frecuencia.

Resultados: el grupo de pacientes de 15 a 24 años fue el más afectado (39,3%), la Celulitis moderada resultó la más frecuente (75%), la terapia antimicrobiana más implementada resultó la combinación Penicilina Cristalina + Metronidazol (39,3%), el mayor porcentaje de pacientes estuvo ingresado entre 4 y 7 días (64,3%).

Conclusiones: la Celulitis facial odontógena constituyó un motivo frecuente de hospitalización siendo variada la severidad de la infección y la terapéutica antimicrobiana implementada.

Palabras clave: Celulitis Facial Odontógena, características clínicas, terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: the odontogenic cellulitis is an emergency relatively frequent in the emergency services of hospitals.

Objective: to characterize the patients with diagnose of facial odontogenic cellulitis according to the clinical behavior and therapeutic handling.

Material and Methods: a retrospective, descriptive study was carried out; the sample was integrated by 56 patients admitted at the Central Army Hospital "Dr. Luis Díaz Soto" diagnosed with facial odontogenic cellulitis during the period 2011-2012. Variables: age, sex, severity treatment modalities and time of hospitalization were analyzed. The results are showed in frequency tables.

Results: patients among 15-24 years (39,3%), Moderate cellulitis (75%), crystalline penicillin + metronidazole (39,3%), and the most frequent time of hospitalization was between 4 to 7 days(64,3%).

Conclusions: the odontogenic cellulitis was a frequent cause of hospital admission, and its antimicrobial therapy was wide according with clinical history and specifics characteristics of patient.

Key Words: Odontogenic Cellulitis, clinical feature, therapeutic.

INTRODUCCIÓN

El mayor número de infecciones bacterianas que aparecen en los maxilares o alrededor de ellos son de origen odontógeno y junto a estas las no odontógenas desempeñan numéricamente un papel poco significativo.^{1, 2}

Entre las patologías infecciosas de origen dentario, la Celulitis Facial Odontógena es una de las urgencias más graves que puede presentarse en la práctica estomatológica. Constituye un proceso séptico inflamatorio severo, sin tendencia a la localización, que tiene implicaciones sistémicas. Su origen está en relación con los dientes o estructuras de sostén de los mismos.³⁻⁸

El manejo de la Celulitis Facial Odontógena ha sido polémico con el decursar del tiempo. Actualmente todos los profesionales coinciden en la necesidad de emplear una terapia antimicrobiana enérgica para lograr el control de la infección, pero existen contradicciones entre los estomatólogos sobre qué antibiótico usar y cuándo realizar el tratamiento del diente causal.⁹⁻¹¹

Antiguamente se planteaba que la extracción dentaria en la etapa aguda de la infección odontógena era peligrosa, en estos casos se recomendaba aplazar toda intervención quirúrgica incluyendo la extracción del diente hasta que hubiese pasado el período agudo de la infección.¹²

Numerosos estudios han demostrado que cuanto antes sea eliminada la causa de la Celulitis Facial Odontógena, será más rápida y mejor la evolución del paciente. Se recomienda la extracción temprana siempre que se cuente con una concentración adecuada de antibiótico en sangre y las condiciones locales y generales del paciente lo permitan. Cuando la extracción se demora o difiere aumenta el período de curación, el consumo de antibióticos y la estadía hospitalaria, si el paciente requirió de ingreso.^{3, 5, 6, 10, 12,13}

Atendiendo a que la Celulitis Facial Odontógena es la urgencia estomatológica que más ingresos genera en el servicio de Cirugía Máxilo-Facial del HMC "Dr. Luís Díaz Soto" donde no ha sido investigada esta entidad, nos propusimos realizar este trabajo con los **objetivos** de caracterizar a los pacientes con diagnóstico de Celulitis facial odontógena según su comportamiento clínico y manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo sobre el comportamiento clínico de la Celulitis Facial Odontógena en el Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto", durante 2011 y 2012.

La muestra quedó conformada por 56 historias clínicas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena, con edades entre 15 y 64 años, historias clínicas con adecuada información para definir severidad de celulitis y modalidad de tratamiento.

Se excluyeron a los pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Las historias clínicas fueron revisadas y los datos obtenidos fueron recogidos en formularios individuales. Se analizaron las siguientes variables:

Edad: Se establecieron los siguientes grupos de edades: 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54 y 55-64 años.

Severidad de la celulitis: clasificada siguiendo los siguientes parámetros:

§ Celulitis Facial Odontógena Leve: Edema que comprende solo dos regiones anatómicas, de consistencia suave o pastosa. Buen estado general, signos vitales normales, con solo un ligero aumento de la temperatura hasta 38°C. El dolor se alivia con analgésicos y el paciente no presenta alteraciones funcionales, pudiendo alimentarse sin dificultad.

§ Celulitis Facial Odontógena Moderada: Edema extendido a dos o más regiones anatómicas de la cara de consistencia suave o pastosa. El paciente está indispuerto y febril. Signos vitales alterados con temperatura entre 38,1°C hasta 39°C. Hay dolor que puede ser de variable intensidad. Puede presentar alteración funcional dada por trismo de hasta 15mm de apertura bucal, con dificultad para la masticación.

§ Celulitis Facial Odontógena Grave: El paciente fatigado y febril. Signos vitales están alterados: el pulso puede sobrepasar los 100 latidos / min, la frecuencia respiratoria elevada, temperatura que sobrepasa los 39°C. El dolor de variable intensidad. Pueden presentarse alteraciones funcionales importantes tales como: trismo de -15 mm de apertura bucal, con dificultad o imposibilidad para ingerir alimentos, disfagia, dislalia, disnea, etcétera. El edema toma varias regiones anatómicas de la cara pudiendo extenderse al cuello, la consistencia es indurada, pudiendo presentar áreas de fluctuación con zonas de colección purulenta. Dependiendo de la severidad de la infección puede presentarse astenia, anorexia, cefalea, escalofríos, taquicardia y otros signos que pueden poner al paciente en un estado crítico.

Terapia antimicrobiana empleada: En casos de cambios en el tratamiento antimicrobiano se escogió el que resultó más efectivo (valorándose las modificaciones de parámetros clínicos a 72 horas) Incluyendo las siguientes formulaciones: Penicilina Cristalina, Penicilina Cristalina más metronidazol, Ceftriaxona, Cefotaxima, ceftazidima, Ceftriaxona más metronidazol, amikacina, y amikacina más Metronidazol. Los casos que incluyeron otras combinaciones de antibióticos se registraron como otras variantes.

Estadía hospitalaria: incluyó el número de días que estuvo ingresado el paciente en el hospital sin tener en cuenta la hora de ingreso. Se consideró la siguiente escala: De 1 a 3 días, de 4 a 7 días, y más de 7 días.

Los datos obtenidos fueron agrupados en tablas de frecuencias.

Esta investigación se realizó teniendo en cuenta los principios éticos planteados en el código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki. La información acopiada de las Historias Clínicas de los pacientes fue tratada de forma confidencial y solo fue empleada con fines relacionados con nuestra investigación.

RESULTADOS

La Tabla 1 exhibe la distribución de pacientes según grupo de edades y sexo. Se aprecia que los pacientes con edades comprendidas entre 15 y 24 años resultaron los más afectados de celulitis odontógena (39,3%). El sexo masculino fue el más aquejado con 66% de la muestra.

La Tabla 2 muestra la distribución de pacientes con Celulitis facial odontógena según severidad de la infección. Se observa que la Celulitis Grave fue la menos frecuente (5,4%), siendo la variante moderada la más registrada (75%).

La distribución de pacientes acorde a terapia antimicrobiana implementada se exhibe en la Tabla 3. Se aprecia que la combinación de Penicilina + Metronidazol resultó la más utilizada empleándose en 39,3% de los casos, seguida de la Ceftriaxona + Metronidazol con 21,4%.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-24	6	10,7	16	28,6	22	39,3
25-34	8	14,3	12	21,4	20	35,7
35-44	2	3,6	4	7,1	6	10,7
45-54	2	3,6	4	7,1	6	10,7
55-64	1	1,8	1	1,8	2	3,6
Total	19	34	37	66	56	100

Tabla 2. Distribución de pacientes según severidad de la infección

Grado de severidad	No.	%
Leve	11	19,6
Moderada	42	75,0
Grave	3	5,4
Total	56	100

Tabla 3. Distribución de pacientes según terapia antimicrobiana empleada

Terapia antimicrobiana	No.	%
Penicilina Cristalina	7	12,5
Penicilina Cristalina + Metronidazol	22	39,3
Ceftriaxona	2	3,6
Cefotaxima	2	3,6
Ceftazidima	1	1,7
Ceftriaxona + Metronidazol	12	21,4
Amikacina	4	7,1
Amikacina + Metronidazol	3	5,4
Otras Variantes	3	5,4
Total	56	100

La Tabla 4 muestra la distribución de pacientes acorde a estadía hospitalaria. Se observa que la estadía entre 4 y 7 días resultó la mas frecuente representando 64,3% del grupo estudiado.

Tabla 4. Distribución de pacientes según estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria	No.	%
1 - 3 días	12	21,4
4 - 7 días	36	64,3
Más de 7 días	8	14,3
Total	56	100

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el grupo de edades más aquejado de celulitis odontógena resultó el de 15 a 24 años. Nuestros resultados discrepan con los obtenidos por Morales Navarro,⁶ pero coinciden con los que obtuvieron Ducasse Olivera¹⁴, Pérez García-Roco¹⁵, Solano Pérez¹⁶ y Rodríguez Calzadilla¹⁷ en sus respectivas investigaciones. Es preciso señalar que nuestro estudio se realizó en un hospital militar con alta afluencia de cadetes y soldados comprendidos en este rango de edades, que dada la dinámica de vida usualmente no tienen tiempo suficiente para ocuparse de su salud bucal.

El sexo masculino como más afectado coincide con todos los estudios consultados,^{6, 14, 15, 17} pensamos que ello se deba a que el sexo femenino presenta hábitos higiénicos sanitarios de calidad superior con respecto al masculino.

Como puede observarse la celulitis grave fue la menos frecuente. En esto coincidimos con la mayoría de las investigaciones realizadas en nuestro país sobre el comportamiento de la celulitis facial odontógena, donde las formas graves de la enfermedad son menos frecuentes.^{6, 14, 15, 17} Sin embargo, debemos destacar que en nuestro estudio como en el de Morales Navarro⁶ predominaron las celulitis moderadas.

Nuestros resultados no discrepan con la mayor parte de los autores revisados en cuanto al empleo de la Penicilina como antimicrobiano de elección ante los procesos sépticos odontógenos salvo que los pacientes fuesen alérgicos a dicho antimicrobiano.⁵⁻¹⁷ Particularmente coincidimos con los resultados obtenidos por Hernández Izquierdo en su investigación,¹³ quien trató el mayor porcentaje de sus pacientes con la combinación de Penicilina y Metronidazol. Debe destacarse que los pacientes que fueron tratados con amikacina combinada o no con metronidazol es porque eran alérgicos a los betalactámicos.

El mayor número de pacientes tuvo una estadía hospitalaria entre 4 y 7 días. En esto no coincidimos con Hernández Izquierdo¹³ y Ducasse Olivera¹⁴, en cuyos estudios el mayor número de pacientes fue egresado antes de las 72 horas. Pensamos que en nuestro caso la mayor estadía hospitalaria se deba a que un gran porcentaje de los pacientes concurrieron con celulitis moderadas que tenían asociada una limitación de la apertura bucal, lo cual retardó el tratamiento del diente causal y por tanto la pronta resolución del proceso.

CONCLUSIONES

1. El grupo de pacientes de 15 a 24 años resultó el más afectado, predominando el sexo masculino.
2. La Celulitis moderada constituyó la más frecuente acorde a su severidad.
3. La terapia antimicrobiana más empleada fue combinación de la Penicilina Cristalina con el metronidazol.
4. La estadía hospitalaria entre 4 y 7 días resultó la más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thikkurissy S, Rawlins J, Kumar A, Evans E, Casamassimo P. Rapid treatment reduces hospitalization for pediatric patients with odontogenic-based cellulitis. *The American Journal Of Emergency Medicine* [serial on the Internet]. 2010, July; 28(6): 668-672. [Cited February 9, 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675709001028>
2. DeCroos F, Liao J, Ramey N, Li I. Management of Odontogenic Orbital Cellulitis. *Journal Of Medicine & Life* [serial on the Internet]. 2011, July; 4(3): 314-317. [Cited February 9, 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168817>
3. Tavakoli M, Bagheri A, Faraz M, Salehirad S, Roghaee S. Orbital cellulitis as a complication of mandibular odontogenic infection. *Ophthalmic Plastic And Reconstructive Surgery* [serial on the Internet]. 2013, Jan; 29(1): e5-e7. [Cited February 9, 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22743698>
4. Pereira Dávalos CI, Sánchez Acuña G, Basulto Varela F. Necrotizing fasciitis of an odontogenic origin: Case presentation. *Rev haban cienc méd* [revista en la Internet]. 2008 Mar; 7(1). [Citado 2013 Nov 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100010&lng=es .
5. Kinzer S, Pfeiffer J, Becker S, Ridder G. Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment. *Acta Oto-Laryngologica* [serial on the Internet]. 2009, Jan; 129(1): 62-70. [Cited February 9, 2013]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/full/10.1080/00016480802008181> .
6. Morales Navarro D. Comportamiento clínico de la celulitis facial odontógena. Hospital Universitario "General Calixto García". *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2009 Dic; 46(4): 102-110. [Citado 2013 Feb 09]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400010&lng=es.
7. Lima Reyna MT. Incidencia de celulitis facial odontógena en el territorio de Matanzas. *Rev. Med. Electrón.* [revista en la Internet]. 2009 Ago; 31(4). [Citado 2013 Feb 09]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000400003&lng=es.

8. Lima Reyna MT. Impacto social de la estrategia para disminuir la incidencia de celulitis facial odontogena: Matanzas. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2009 Oct; 31(5). [Citado 2013 Feb 09]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000500010&lng=es.
9. Jundt J, Gutta R. Characteristics and cost impact of severe odontogenic infections. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology [serial on the Internet]. 2012, Nov; 114(5): 558-566. [Cited February 9, 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440312001812>
10. Bascones A, Aguirre JM, Bermejo A, Blanco A, Gay-Escoda C, González MA. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Med Bucal Patol. 2004; 9:363-76.
11. Ries Centeno G. Cirugía Bucal. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1962, t 1.
12. Rodríguez Calzadilla O, Pérez Pérez O, Rodríguez Aparicio A. Celulitis Facial Odontogena como urgencia estomatológica. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2009; 15 (1).
13. Hernández Izquierdo DA. Celulitis Facial odontogena, su manejo como urgencia. Trabajo para optar por el título de *Master* en urgencias estomatológica. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana; 2008.
14. Ducasse Olivera PA, Roca Rodríguez R. La extracción dentaria en la celulitis facial odontogénica. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2004 Ago; 41(2). [Citado 2013 Nov 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200007&lng=es .
15. García-Roco Pérez O, Zequeira Peña JL, Dueñas Rosquete L, Correa Moreno A. Infección odontogénica grave: Posibles factores predictores. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2003 Abr; 41(2). [Citado 2013 Nov 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000100005&lng=es
16. Solano Pérez GR. Celulitis Facial Odontogénica. Su manejo como Urgencia. La Habana: Facultad de Estomatología; 2007.
17. Rodríguez Calzadilla OL. Diagnóstico y tratamiento de la Celulitis Facial Odontogena. Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39(3): 25-31.

Recibido: 27 de noviembre de 2013

Aprobado: 26 de mayo de 2014