

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CELULITIS FACIAL ODONTÓGENA. ESTUDIO DE DOS AÑOS

Por:

Dr. Luis Daniel Medina Vega¹, Dr. Willian Portal Fernández², Dra. Ana Cecilia Valdés Borroto¹,
Dr. Juan Ramón García Rivero³ y Est. Jenny Martín Pino⁴

1. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor. ISCM-VC.
3. Residente de Cirugía Maxilofacial.
4. Estudiante de 5to Año de Estomatología. Instructora no graduada de Cirugía Maxilofacial.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de 117 pacientes ingresados con diagnóstico de celulitis facial odontógena en el Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”, durante 1998 y 1999, con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico, clínico y terapéutico de esta afección en dichos pacientes. Predominó el sexo femenino y el grupo de edades entre 21 y 30 años. El tercer molar inferior fue el diente causal más involucrado; en este grupo dentario, la pericoronaritis constituyó la vía de entrada predominante, pero de forma general fue la caries dental la vía más frecuente (63,2 %). La antibioticoterapia de mayor utilización fue la asociación de penicilina y metronidazol. Al 70,1 % de la muestra se le realizó exodoncia convencional del foco séptico, y se informó un mínimo de complicaciones.

Descriptorios DeCS:

CELULITIS
INFECCION FOCAL DENTAL

Subject headings:

CELLULITIS
FOCAL INFECTION, DENTAL

Introducción

Las infecciones odontógenas han plagado la humanidad desde el inicio de su existencia. Tanto los chinos como los egipcios han dejado registros que describen caries y abscesos alveolares¹; no obstante, es a inicios del siglo XX cuando se identifica con certeza la causa de las graves infecciones cervicales descritas por Ludwig en 1836. Ya en este siglo, con los grandes progresos de la técnica de estudio microbiológico, el surgimiento de los antibióticos y el mejoramiento de los métodos anestésicos, varía la perspectiva de estos procesos².

La infección odontógena es aquella que tiene como origen estructuras que forman el diente y el parodonto; es la más común de la región facial. La gran diversidad de procesos clínicos que pueden derivarse de ella, depende de la cantidad y virulencia del agente microbiano, de las fuerzas defensivas del organismo atacado y de las características anatomotopográficas de la región maxilofacial donde la infección se origine^{2,3}. Cuando el proceso infeccioso se extiende por el tejido celular subcutáneo de forma difusa y extraoral, se denomina celulitis facial odontógena²; ocurre con más frecuencia que el resto de las celulitis faciales, ya que representa el 88,4 %⁴. Es de causa endógena y polimicrobiana, y los anaerobios doblan o triplican a los

aerobios³⁻⁵. Habitualmente presenta un fácil control, aunque pueden surgir complicaciones que le atribuyen una gravedad importante, hasta llegar a ser letal^{6,7}.

A pesar de manifestarse en los últimos años un alza en la aplicación de medidas de promoción y prevención en el campo de la Estomatología, en nuestro medio continúa siendo elevada la incidencia de la celulitis facial de origen odontógeno, lo que unido a su potencial gravedad y a la relativa facilidad con que puede ser prevenida y tratada, la han convertido en un importante problema de salud.

Lo anteriormente expuesto nos ha motivado a realizar el presente trabajo, para conocer el comportamiento epidemiológico, clínico y terapéutico de la celulitis facial odontógena, y transmitir nuestra experiencia al profesional de la salud encargado de prevenir, diagnosticar y tratar esta afección.

Métodos

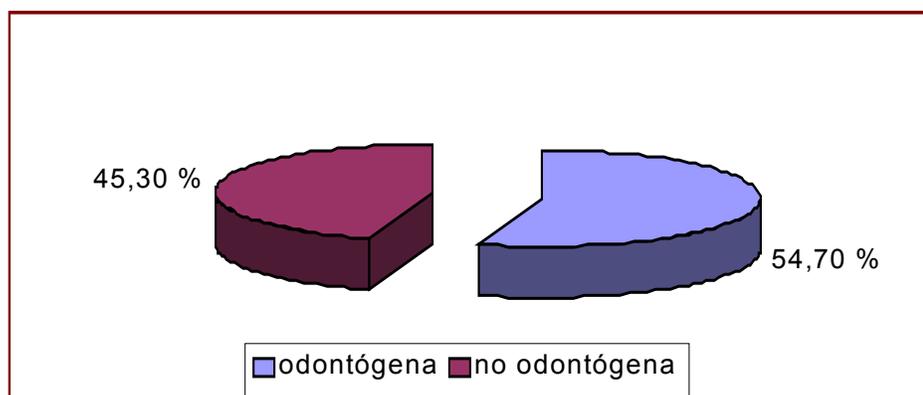
Se realizó un estudio descriptivo cuyo universo estuvo constituido por los 214 pacientes con celulitis facial ingresados en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido entre enero de 1998 y diciembre de 1999. La muestra estuvo constituida por los pacientes ingresados con diagnóstico de celulitis facial odontógena.

Para la recogida de la información se realizó la revisión de las historias clínicas individuales, archivadas en el Departamento de Estadística de la institución hospitalaria. Se recogieron las variables siguientes: sexo, grupos de edades, diente causal, vía de entrada y tipo de tratamiento.

Los datos fueron computadorizados y procesados mediante el sistema ACCESS, ejecutado en una Microcomputadora 486 IBM compatible, donde se estructuró una base de datos. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó el análisis porcentual.

Resultados

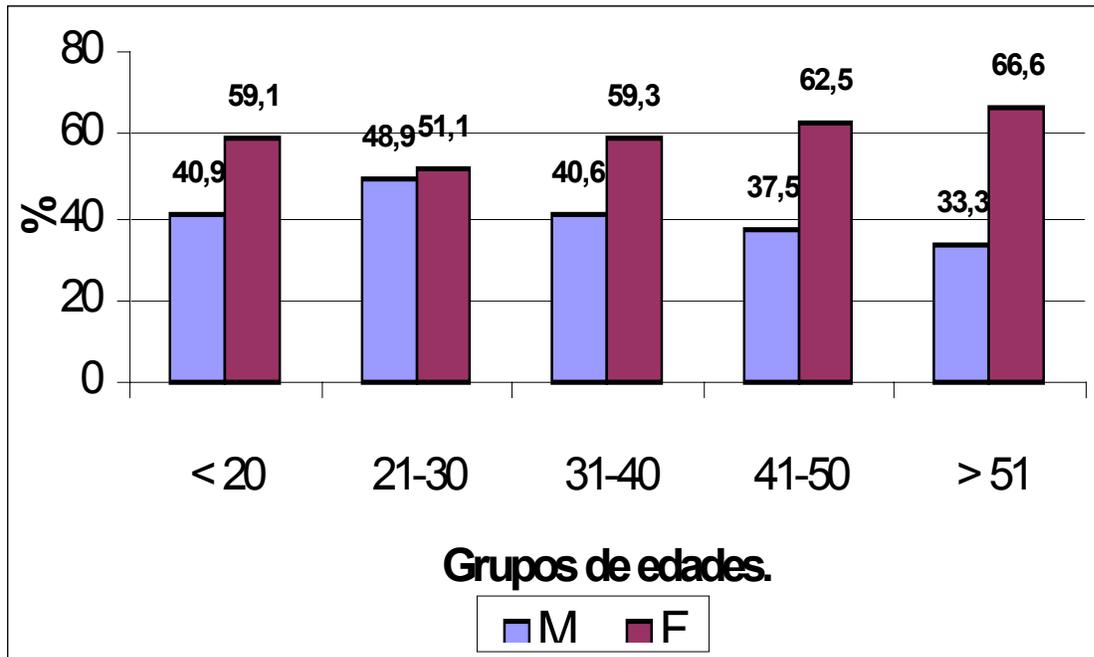
La celulitis facial de origen odontógeno representó el 54,7 % del total de ingresos con diagnóstico de celulitis facial, durante el período analizado (Fig 1).



Fuente: Historias clínicas individuales.

Fig 1 Comportamiento de la celulitis facial según su origen.

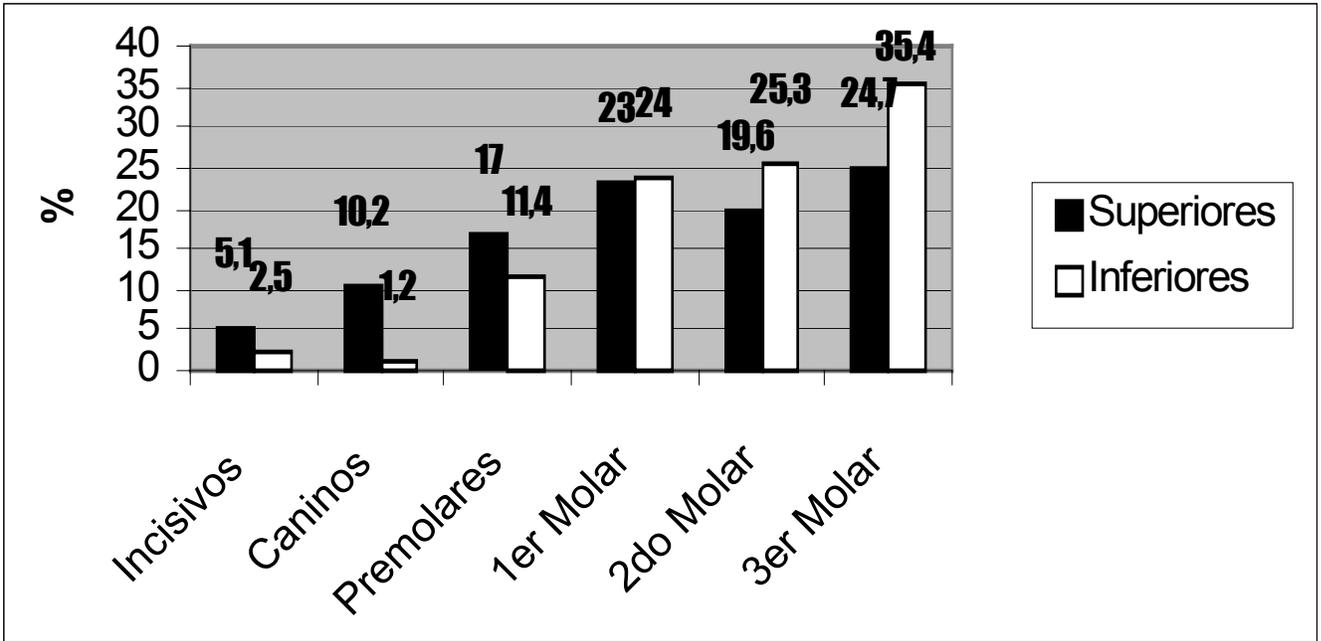
Predominó el grupo de edades de 21 a 30 años (42 %). Hubo un discreto predominio del sexo femenino, el cual representó el 56,4% de la muestra (Fig 2).



Fuente Historias clínicas individuales.

Fig 2 Celulitis facial odontógena según edad y sexo.

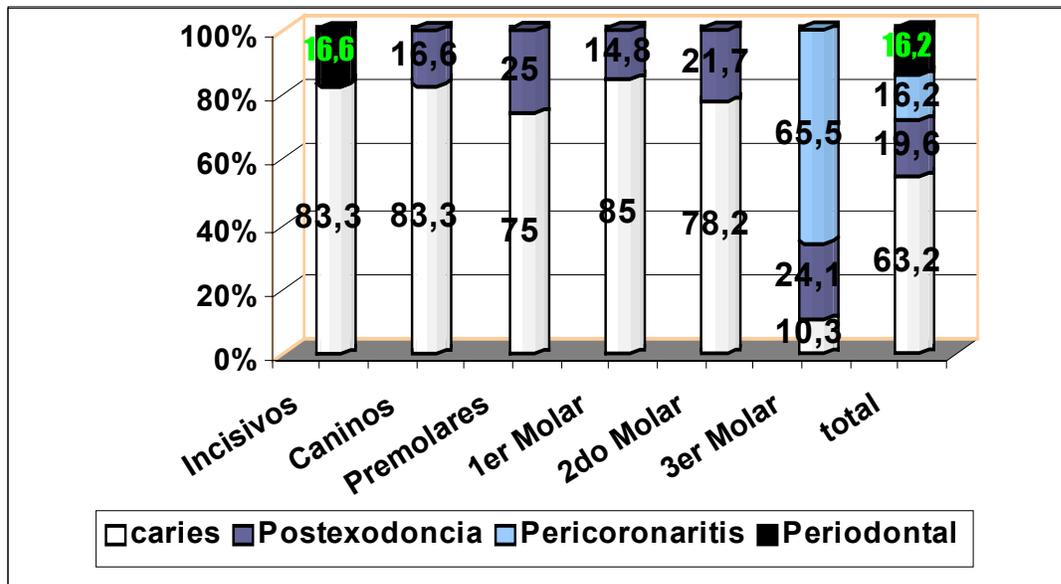
El 67,5 % del total tuvo su origen en dientes mandibulares; de ellos, el 35,4 % correspondió al tercer molar, que fue el grupo dentario más afectado (Fig 3).



Fuente Historias clínicas individuales.

Fig 3 Grupos dentarios involucrados en el proceso infeccioso.

La caries dental fue el proceso infeccioso primario a partir del cual se desencadenó el 63,2% de la afección analizada (Fig 4), aunque en los terceros molares la pericoronaritis obtuvo cifras elevadas (65,5 %).



Fuente: Historias clínicas individuales.

Fig 4 Vía de entrada del proceso infeccioso según grupo dentario causal.

Con relación al tratamiento (tabla), sólo el 7,7 % recibió tratamiento odontológico conservador, por existir posibilidades futuras de realizar un tratamiento endodóntico. Al 70,1% le fue efectuada exodoncia convencional. La antibioticoterapia basada en la asociación de penicilina y metronidazol fue la predominante en el 71,8 % de los pacientes; en el resto se emplearon otros grupos de antibióticos sin protocolo establecido, en dependencia de la disponibilidad. Al 100 % de los pacientes se le indicó la termoterapia y administración de analgésicos como terapia de apoyo. Requirió hidratación el 33,3 % de la muestra, y el 6,8 % necesitó la administración endovenosa de corticosteroides por presentar compromiso de las vías aéreas, lo cual resultó ser severo en un paciente, por lo que se recurrió a la traqueostomía. El desbridamiento quirúrgico se realizó en el 5,9% de los enfermos.

Tabla Tratamiento utilizado en la celulitis facial odontógena.

Tratamiento	Pacientes	Pacientes	
		No	%
Odontológico	Acceso cameral	9	7,69
	Exodoncia	82	70,1
Antimicrobiano	Penicilina + Metronidazol	84	71,8
	Otros	33	28,2
Complementario	Termoterapia	117	100
	Hidratación	39	33,3
Quirúrgico	Esteroides	8	6,8
	Incisión y drenaje	7	5,98
	Traqueostomía	1	0,85

Fuente: Historias Clínicas Individuales

Discusión

Es imprescindible establecer un diagnóstico y tratamiento precoz de las infecciones odontógenas, con vistas a disminuir la incidencia de la celulitis facial que de ellas pueden derivarse.

Algunos autores plantean que el sexo no ejerce influencia en la susceptibilidad a la infección, aunque estudios de Díaz⁶ y Calzadilla⁹ abogan por un ligero predominio del sexo femenino, lo cual es similar a nuestros resultados. Con relación al grupo de edades más afectado, diversos estudios^{7,8} coinciden con nosotros.

Respecto al diente causal más frecuente, muchos autores²⁻⁸ coinciden en que es el tercer molar inferior, por ser éste el grupo dentario más propenso a la retención, y una elevada frecuencia de éstos se presentan en retención mucosa parcial, lo que unido al difícil mantenimiento de una correcta higiene en esa zona, facilita el surgimiento de pericoronaritis y su diseminación; sin embargo, algunas investigaciones⁶⁻⁹ reflejan mayor frecuencia del primer molar inferior, y argumentan que es el primer diente que inicia el brote dentario permanente y está expuesto más tiempo al medio bucal.

La caries dental se reconoce como la causa esencial a partir de la cual se propaga la infección odontógena. Su frecuencia es muy elevada, pues afecta al 99 % de la población; de ahí que ésta haya sido la infección primaria predominante en nuestro estudio, lo cual se relaciona con los resultados obtenidos por Caufield¹⁰.

La enfermedad periodontal rara vez deriva en una celulitis, pues es más factible el drenaje a través de la bolsa paradontal. En los jóvenes es más frecuente encontrarla en forma de pericoronaritis, sobre todo relacionada con la erupción del tercer molar inferior. Varios autores¹¹ atribuyen a la pericoronaritis los dos tercios de las celulitis faciales odontógenas en terceros molares, lo cual apoya nuestros resultados.

Con respecto al tratamiento utilizado, se ha fundamentado en cuatro aspectos esenciales: el odontológico, la antibioticoterapia, el complementario o de apoyo y el quirúrgico. El tratamiento odontológico consigue el alivio del dolor, facilita el drenaje del flujo del conducto y región periapical, favorece la oxigenación de los tejidos y anula el hábitat ideal de los gérmenes anaerobios. Realizamos el acceso cameral cuando existen posibilidades futuras de realizar la endodoncia; de no ser así, se procede a la realización de la exodoncia convencional del foco séptico. Nuestro criterio es que sólo la limitación a la apertura oral que dificulte el acceso al diente causal, la presencia de un cuadro tóxico en el paciente o la no existencia de niveles elevados de un antibiótico eficaz, pueden retardar o posponer la exodoncia. Algunos autores¹² adoptan posturas extremas, como Axhausen, mientras otros como Gibaut, citado por Gay Escoda¹², son más flexibles y preconizan la realización de la exodoncia, incluso como un elemento esencial en la prevención del surgimiento de la celulitis.

Ha sido utilizada la asociación de penicilina y metronidazol, excepto en pacientes que refirieron alergia a alguno de estos fármacos. El antibiótico debe ser activo contra los gérmenes de la cavidad bucal, sobre todo contra los anaerobios, considerando siempre la causa endógena y polimicrobiana de las infecciones odontógenas. Desde el descubrimiento de la penicilina, esta se ha mantenido como antibiótico de primera elección en el tratamiento de infecciones odontógenas; los estudios de Kuriyama⁵, Bascones¹³ y Eckert¹⁴ así lo demuestran. Sin embargo, se combina con metronidazol para llevar al máximo la actividad contra los anaerobios y lograr un sinergismo con relación al espectro de acción, el cual favorece que se necesiten dosis menores de ambos medicamentos; esto es apoyado por varios autores^{15,16}.

La termoterapia fue utilizada en todos los pacientes como recurso agilizador de la colección purulenta, a la vez que aumenta el riego sanguíneo local y favorece la llegada del antibiótico y células de defensa, así como la salida o drenaje de toxinas y detritos.

El tratamiento oportuno evitó la aparición de graves complicaciones, excepto en un caso, donde se presentó una infección pulmonar severa. Otros autores¹⁷ señalan una mayor incidencia de complicaciones.

Cada estomatólogo necesita hacer suyo nuestro criterio, de que toda celulitis facial de origen odontógeno es prevenible.

Summary

A descriptive study was carried out on 117 patients admitted with the diagnosis of odontogenic facial cellulitis in the University Hospital "Arnaldo Milian Castro" during 1998-1999 to establish the epidemiological, clinical, and therapeutical features of this entity in these patients. Females and 21-30 age groups prevailed. The lower third molar was the most frequent tooth involved; in this tooth group, pericoronitis was the main entrance way, but in general, dental caries was the most frequent way (63,2%). The most used antibiotic treatment was a combination of penicillin and metronidazole. Extraction of the septic site tooth was carried out and a minimal complication rate was reported.

Referencias bibliográficas

1. Pitt Ford TR. Introducción, historia y campo. En: Pitt Ford TR. Endodoncia en la práctica clínica. 4ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 1999. p. 1-5.
2. Berini Aytés L, Garatea Crelgo J, Gay Escoda C. La infección odontogénica: concepto, etiopatogenia, bacteriología y clínica. En: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía Bucal II. 1ª ed. Madrid: Ergón; 1999. p. 125-40.
3. Liu RS, Chu LS, Yen SH, Chang CP, Chou KL, Wu LC. et al. Detection of anaerobic odontogenic infections by fluorine-18 fluoromisonidazole. Eur J Nucl Med 1996;23(10): 1384-1387.
4. Kimura AC, Pien FD. Head and neck cellulitis in hospitalized adults. Am J Otolaryngol 1993; 14(5):343-349.
5. Kuriyama T, Karasawa K, Nakagawa K, Saiki Y, Yamamoto E, Nakamura S. Bacteriologic features and antimicrobial susceptibility in isolates from orofacial odontogenic infections. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2000;9(5):600-608.
6. Flynn TR. The swollen face. Severe odontogenic infections. Emerg Med Clin North Am 2000;18(3):481-519.
7. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Vías de propagación de la infección odontogénica. En: Cirugía Bucal II. 1ª ed. Madrid: Ergón; 1999. p. 151-171.
8. Díaz Fernández JM, Gross M. Caracterización epidemiológica y anatómica de las infecciones odontógenas. Rev Cubana Estomatol 1995;32(1):30-33.
9. Rodríguez Calzadilla OL. Celulitis facial odontógena. Rev Cubana Estomatol 1997;34(1):15-20.
10. Caufield PW, Griffen AL. Dental caries. An infectious and transmissible disease. Pediatr Clin North Am 2000;47(5):1001-1019.
11. Escuder O. Infecciones en el área cérvico-máxilo-facial. Infecciones odontógenas. En: Pericot I. Actualidades clínico-terapéuticas en cirugía maxilofacial. 1ª ed. Barcelona: J.Uriach & CIA; 1997. p. 221-245.
12. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Principios de la exodoncia. En: Gay Escoda C. Cirugía Bucal I. 1ª ed. Madrid: Ergon; 1999. p. 206-210.
13. Bascones A, Manso FJ, Muñoz M. Antibióticos y antimicrobianos en odontoestomatología. Av Odontoestomatol 1997;13(Supl A):37-52.
14. Eckert AW, Hohne C, Schubert J. Pathogen spectrum and resistance status of exclusively anaerobic odontogenic infections. Mund Kiefer Gesichtschir 2000;4(3):153-158.
15. Erick S, Pfister W, Korn-Stemme S, Magdefessel-Schumutzer U, Straube E. Pathogen and resistance spectrum in intraoral infections of the jaw-facial area with special reference to anaerobic bacteria. Mund Kiefer Gesichtschir 2000;4(4):234-239.
16. Santos Peña MA, Betancourt García A, Queiros Enríquez M, Curbeira Hernández EM, Santana Fernández. Manual de terapéutica antimicrobiana en estomatología. Temas de actualización. Rev Cubana Estomatol 1999;36(2):103-150.
17. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. Clin Microbiol Rev 2000;13(4): 547-58.

