

Caracterización de la celulitis facial odontógena en el servicio de urgencia estomatológica

Characterization of the odontogenetic facial cellulitis in a dental emergency service

Dr. Kadir Argelio Santana Fernandez; Dra. Yusleine Rey Ferrales; Dra. Nieves Morgado Quintero; Dra. María Elena Silva Colomé; Dr. Emilio Rodríguez Ricardo

Policlínico Camilo Torres Restrepo. Santiago de Cuba; Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la celulitis facial odontógena es un proceso séptico que puede presentarse en la práctica estomatológica, donde el paciente puede llegar, incluso, a la muerte.

Objetivo: en este estudio se describen las características de la celulitis facial odontógena en pacientes mayores de 15 años.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo prospectivo en el servicio de urgencia estomatológica perteneciente al policlínico Camilo Torres, en el período de enero de 2013 a enero de 2014. La población estuvo constituida por 99 pacientes con celulitis facial, la muestra quedó conformada por 75 pacientes.

Resultados: el sexo femenino fue el que con más frecuencia estuvo afectado en el grupo de edad entre los 35-59 años de edad, los pacientes afectados por esta enfermedad recibieron tratamiento después de las 48 horas, los dientes más

afectados fueron los molares, la región submandibular y los restos radiculares los principales agentes causales.

Conclusiones: la celulitis se comporta de manera similar que en otros estudios realizados.

DeCS: CELULITIS; ENFERMEDADES DE LA GLÁNDULA SUBMANDIBULAR/terapia; SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA; CAVIDAD PULPAR; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

Background: odontogenetic facial cellulitis is a septic process that may be presented in the dental practice, where the patient can even reach to the death.

Objective: in this study, the characteristics of odontogenetic facial cellulitis are described in patients older than 15 years who were treated in the dental emergency service at Camilo Torres Polyclinic.

Methods: a descriptive, prospective study was conducted in the mentioned service from January 2013 to January 2014. The universe was composed of 99 patients with odontogenetic facial cellulitis. The sample was made up of 75 patients.

Results: the female sex was the most frequently affected in the age group between 35-59 years. The patients affected by this disease received treatment after 48 hours; the most affected teeth were molars, the submandibular region, and the root remained the main causal agents.

Conclusions: cellulitis behaves similarly to other studies.

DeCS: CELLULITIS; SUBMANDIBULAR GLAND DISEASES/therapy; SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SÍNDROME; DENTAL PULP CAVITY; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud Cubano, ¹⁻³ reconoce a la familia como unidad fundamental de la sociedad, donde los logros alcanzados en la medicina familiar han jugado un papel protagónico desde su creación en 1984, lleva implícito la atención estomatológica integral a través del Programa Nacional de Atención

Estomatológica Integral a la población, que tiene como finalidad una mayor eficiencia, calidad y satisfacción en correspondencia con las necesidades de salud de la población.

La infección odontogénica es la más común en la región cervicofacial, tiene como origen las estructuras que forman el diente y el periodonto; su progresión espontánea afecta el hueso maxilar en su región periapical. Son más frecuentes el absceso dentoalveolar agudo y la celulitis facial odontogénica, las cuales constituyen una de las urgencias más comunes de nuestro medio.^{4,5}

La celulitis facial odontogénica es un proceso inflamatorio séptico cuya etiopatogenia fundamental se encuentra en un absceso dentoalveolar mal tratado, pericoronaritis u otros, por lo que supera la capacidad de defensa del organismo. Se manifiesta de formas muy diferentes, con una escala variable del cuadro clínico que va desde los procesos inocuos poco delimitados, hasta los progresivos y difusos que pueden desarrollar complicaciones que lleven al paciente a un estado crítico con peligro incluso para la vida.⁶

Los procesos sépticos de origen dentario son frecuentes en niños y adultos. Su etiología más común es la caries dental o resto radicular de uno o varios dientes, además puede originarse de enfermedad periodontal avanzada.^{7,8}

En épocas pasadas, anterior a la aparición de los antibióticos había un alto porcentaje de lesiones fatales, o aparecían lesiones residuales estéticas o funcionales incapacitantes de por vida. Al surgir los antibióticos, muchas de estas afecciones y sus complicaciones pudieron controlarse más fácilmente. Aún en la época de los antimicrobianos, la aparición de esta afección se considera un proceso grave que requiere un diagnóstico temprano y un tratamiento inicial agresivo.⁹

El tratamiento de esta enfermedad es médico-quirúrgico, basado en una combinación de modalidades terapéuticas, una eficiente antibioticoterapia, un tratamiento quirúrgico interceptivo y una adecuada fisioterapia. El tratamiento siempre va encaminado a la eliminación de los focos sépticos lo antes posible, que se puede lograr a través del alveolo dentario por la extracción dentaria, la incisión y drenaje o a través del conducto dentario, con medidas de soporte adicional.⁹

El conocimiento de nuestros profesionales de las posibilidades de tratamiento ambulatorio de esta afección depende principalmente del dominio de las técnicas

quirúrgicas que se tengan, así como una excelente comunicación con el paciente y sus familiares. El tratamiento ambulatorio de las afecciones quirúrgicas permite la posibilidad de que el paciente reciba un tratamiento más personalizado, evita el ingreso en una institución hospitalaria, lo cual evita las infecciones nosocomiales, así como una incorporación del individuo a la sociedad de manera más temprana. La edad, antecedentes alérgicos a antimicrobianos, estado general del paciente, intensidad y extensión del proceso séptico, la situación geográfica, etc., son factores que permitirán decidir por un tratamiento u otro.⁹

Dado el comportamiento de esta enfermedad y al no tener registros de cómo se evidencia la misma en nuestro centro, motivó a los autores a desarrollar esta investigación para describir las características de la celulitis facial odontógena.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en el servicio de urgencia estomatológica del policlínico Camilo Torres, desde enero de 2013 a enero de 2014. El universo estuvo constituido por 99 pacientes que acudieron al servicio de urgencia estomatológica presentando celulitis facial. Se realizó un muestreo discrecional intencional y resultó una muestra de 75 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Fueron examinados por el estomatólogo todos los pacientes que acudieron con celulitis facial, mediante una correcta anamnesis y examen físico, posteriormente se procedió a seleccionar los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Presentar signos clínicos de la enfermedad
2. Pacientes mayores de 15 años
3. Pacientes que no habían recibido tratamiento previo por otro personal médico

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que acudieron a cuerpo de guardia por presentar celulitis facial no odontógena
2. Pacientes menores de 15 años
3. Pacientes que recibieron tratamiento previo por otro personal médico

4. Pacientes que no desearon participar en el estudio
5. A los pacientes seleccionados se les explicó en qué consistía el estudio y cuál era su objetivo, además se le pidió su consentimiento de forma escrita para participar, así como a los padres de los pacientes menores de edad se les explicó también que podían abandonar el estudio si así lo deseaban.
6. Las variables a utilizar fueron:
7. Edad: según edad biológica
8. Sexo: según género masculino y femenino
9. Grupo de diente afectado: incisivos, caninos y molares superiores o inferiores.
10. Regiones anatómicas involucradas: labial superior, labial inferior, geniana, parotídea y labiomentoniana.
11. Factores causales de la invasión bacteriana: caries dental, exodoncias, restos radiculares, periodontopatías, restauraciones deficientes y endodoncia fallida.
12. Tiempo de realización de la exodoncia: entre las 6 horas y el séptimo día.
13. Para el examen de los pacientes se utilizó espejo bucal, pinza para algodón y explorador, así como una buena fuente de luz. Los datos se procesaron a partir de la base de datos con el empleo del paquete estadístico SPSS versión 15.0.
14. Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentaje. Los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

RESULTADOS

El sexo que predominó fue el sexo femenino con un 64 %, y el grupo de edad más afectado es el de 35-59 años de edad con un 52 %, seguido del grupo de 19-34 con un 32 %. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes afectados por celulitis facial odontogena según edad y sexo

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
15-18	1	3,7	8	16,6	9	12
19-34	11	40,7	13	27,1	24	32
35-59	14	51,8	25	52,1	39	52
60 y mas	1	3,7	2	4,2	3	4
Total	27	36	48	64	75	100

Fuente: historia clínica

Se evidenció el diente causal según región anatómica donde se aprecia que los molares fueron los dientes más afectados con un 48 %, seguido de los premolares con un 34, 7 %. La región anatómica más afectada fue la mandibular con un 60 %. (Tabla 2)

Tabla 2. Grupo de dientes causal de la celulitis facial odontogena según región anatómica

Diente causal	Región Anatómica				Total	
	Maxilar		Mandibular		No	%
	No	%	No	%		
Incisivos	3	10	8	17,7	11	14,7
Caninos	1	3,3	1	2,2	2	2,8
Premolares	17	56,7	9	20	26	34,7
Molares	9	30	27	60	36	48
Total	30	40	45	60	75	100

Fuente: historia clínica

Se muestra las regiones anatómicas afectadas, se observó la mayor afectación en la región labiomentoniana con un 52, 9 %. (Tabla 3)

Tabla 3. Regiones anatómicas afectadas por celulitis facial odontógena

Región anatómica	No	%
Labial superior	12	10,3
Labial inferior	20	17,1
Geniana	20	17,1
Parotídea	3	2,6
Labio mentoniana	62	52,9
Total	117	100

Fuente: historia clínica

Se evidencian los factores causales de la invasión bacteriana donde se aprecia que los restos radiculares predominaban con un 46,7 % seguido de la caries dental para un 38,7 %. (Tabla 4)

Tabla 4. Factores causales de la invasión bacteriana

Factor causal	No	%
Caries Dental	29	38,7
Exodoncias	5	6,6
Restos radiculares	35	46,7
Periodontopatías	1	1,3
Restauraciones deficientes	4	5,3
Endodoncia fallida	1	1,3
Total	75	100

Fuente: historia clínica

El tiempo desde que los pacientes comienzan su tratamiento con antimicrobianos hasta la realización de exodoncia refleja que después de las 48 horas de tratamiento un 41,3 % de los pacientes se realizaron la exodoncia y solo el 9,3 % se realizó la exodoncia entre el cuarto y séptimo día.

DISCUSIÓN

Los resultados presentados en cuanto al sexo y la presentación de la enfermedad objeto de estudio coinciden con Morales Navarro, et al,¹⁰ y con Márquez Rodríguez, et al,¹¹ no así con Rodríguez Calzadilla, et al,¹² donde el sexo más afectado fue el masculino. Alegan que estos son grupos de mayor riesgo al estar más expuestos a traumas por accidentes, riñas y que tienen más relación con medios contaminados; fundamentan además la menor preocupación de este género por la estética facial, la salud bucal y el control de hábitos higiénicos dietéticos.^{13,14} Se considera que la prevalencia más elevada del sexo femenino está en relación con los cambios hormonales que en el mismo suceden.¹⁰

Con relación a la edad prevaleció el grupo de 35-59 años, esto se debe a que con el envejecimiento de los tejidos los mismos se encuentran más susceptibles ante las infecciones. Estudios similares^{10,11} evidencian el predominio de estas edades. Por otra parte, el estado periodontal de los pacientes comienza a tener mayor daño estructural y se hace patente el deterioro progresivo de los tejidos de soporte del diente, todo esto secundario a la aparición y desarrollo de procesos sépticos faciales. Delgado Sánchez, et al,¹⁵ realizó un gran estudio en España y observó resultados coincidentes.

El hecho de que sean los molares el grupo de dientes más afectado guarda cierta relación con la edad de brote dentario y el mayor tiempo de exposición de los dientes al medio bucal, por lo que son más susceptibles a la acción de microorganismos de la flora bucal, lo que explica la mayor incidencia etiológica de la caries dental como causa de la celulitis facial odontogénica.¹⁶

En el presente estudio se observa que de las regiones anatómicas superficiales externas, la mentoniana fue la más afectada. Kimura, et al,¹⁶ sin embargo, en un estudio de pacientes hospitalizados por celulitis cervicofacial, reporta la región geniana como la localización más frecuente para esta enfermedad a diferencia de este estudio que es en la segunda región. Se analizan resultados de los dientes causales los cuales coinciden con las regiones anatómicas afectadas.

Con relación a la etiopatogenia muchas son las polémicas al respecto. La colonización e infección bacteriana de la región periapical pueden obedecer a varias causas, aunque en este ámbito la propagación de la infección por vía pulpar, que tiene como origen primario una caries, sigue siendo la más importante. García-Roco, et al,¹⁷ Flynn, et al,¹⁸ y Lima Reyna MT, et al,¹⁹ reportaron que la caries

dental resultó ser el principal problema de salud estomatológico, como el mecanismo patogénico fundamental en el desarrollo de la celulitis facial odontógena.

La presencia de restos radiculares fue la primera causa de aparición de la celulitis facial odontógena en este estudio. No se puede dejar de mencionar en la patogenia a la celulitis postexodoncia, a pesar del pequeño número de casos contabilizados por este mecanismo patogénico. Por ello, es importante recalcar el cumplimiento de las medidas de asepsia y antisepsia básicas por parte de todo el personal de salud con el objetivo de disminuir el número de casos registrados por este mecanismo. Rodríguez Calzadilla, et al, ¹² y Morales Navarro, et al, ¹⁰ no concuerdan con este estudio pues señalan a la pulpa dental necrosada como consecuencia fundamentalmente de la caries dental como el mecanismo patogénico principal en relación con esta grave urgencia estomatológica, también difiere de este estudio al presentar la exodoncia contaminada como la segunda causa relacionada con este proceso.

Antes del descubrimiento de los antimicrobianos, era casi universal la opinión de que un diente no debía ser extraído durante una infección. Algunos estomatólogos opinan que la extracción en la etapa aguda de la celulitis es peligrosa, ya que puede constituir un factor desencadenante de la extensión de la infección a los tejidos vecinos y a distancia, y se recomienda aplazar toda intervención quirúrgica incluso la extracción dentaria hasta que haya desaparecido el período agudo de la exacerbadón. ¹⁶

El no realizar la exodoncia en las primeras horas de comenzar el proceso puede agravar al paciente. En los procesos infecciosos la gran acidez dificulta la anestesia, lo cual se describe en la bibliografía, pero no se contradice con la extracción, debido a la existencia de técnicas anestésicas tronculares a distancia; en la experiencia diaria se demuestra que estas técnicas anestésicas son adecuadas para la realización de la exodoncia. ²⁰

CONCLUSIONES

Prevalció como más afectado el sexo femenino en el grupo de edad entre los 35-59 años. Los pacientes recibieron tratamiento después de las 48 horas, los dientes

más afectados fueron los molares, la región submandibular y los restos radiculares los principales agentes causales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Márquez Rodríguez O, González Calzada N. Celulitis facial odontógena. Estudio de 96 casos en la provincia de Sancti Spíritus. 2009-2010. *Gaceta Médica Espirituana*, 2011; 13(3), 3. (internet) [citado 14 Feb 2013] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.\(3\)_01/p1.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.(3)_01/p1.html).
2. Abay Debs V, Palma López M, Pérez Álvarez S. Resolutividad de los servicios de urgencia en estomatología: necesidad de estrategias para el cambio. *Arch Méd Camagüey*. 2004,8(4). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n4/927,OK,Orig..htm>
3. Cuba, MINSAP. Programa nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: MINSAP; 2011.
4. Beers MH, Berkow R. Infections diseases. En: *The Merck Manual of diagnosis and therapy* [Internet]. New Jersey: Merck Research Laboratories; 1999[citado 14 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.merck.com/mmpe/index.html>
5. Torres Márquez M, Rodríguez Calzadilla OL, Trujillo Alayón S, Rodríguez Aparicio A. Resultados del tratamiento del absceso dentoalveolar y la celulitis facial odontogénica. *Revista de Ciencias Médicas* [revista en Internet]. La Habana. 2008[citado 21 Ene 2013];14(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_2_08/hab09208.htm
6. Pereira Dávalos CI, Sánchez Acuña G, Basulto Varela F. Fascitis necrotizante de origen odontogénico. A propósito de un caso. *Rev Haban Cienc Méd*[revista en Internet]. 2008 [citado 20 Ene 2013];7(1):[aprox.11p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100010.
7. Whitesides L, Cotto-Cumba C, Myers RA. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a case report and review of 12 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58:144-51.
8. Shome D, Jain V, Natarajan S, Agrawal S, Shah K. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (CAMRSA). A rare cause of fulminant orbital cellulitis. *Orbit*. 2008;27(3):179-81.
9. Ducasse Olivera PA, Roca Rodríguez R. La extracción dentaria en la celulitis facial odontogénica. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2004 Ago [citado 2013 Ene 25] ; 41(2):Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200007&lng=es.

10. Morales Navarro D. Comportamiento clínico de la celulitis facial odontógena. Hospital Universitario "General Calixto García". Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Ene 31] ; 46(4): 102-110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400010&lng=es.

11. Márquez Rodríguez O, González Calzada N. Celulitis facial odontógena. Estudio de 96 casos en la provincia de Sancti Spíritus. 2009 - 2010. Gaceta Médica Espirituana [revista en la Internet]. [citado 2014 Ene 25] 2011; 13(3). [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.\(3\)_01/p1.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.(3)_01/p1.html)

12. Rodríguez Calzadilla OL, Pérez Pérez O, Rodríguez Aparicio A. Celulitis facial odontógena como urgencia en estomatología. Rev Cienc Méd Hab. 2009;15(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_1_09/hab13109.html.

13. Sivakumar R, Ghosh P, Khan SA. Infective endocarditis in older people. Age Ageing. 2007;32(1):116.

14. Swartz MN. Clinical practice. Cellulitis. N Engl J Med. 2006;350(9):904-12.

15. Delgado Sánchez M, Ruiz Masera JJ. Eficacia de la monoterapia con piperacilina-tazobactam en infecciones del área maxilofacial. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2004;26(2):97-106.

16. Kimura AC, Pien FD. Head and neck cellulitis in hospitalized adults. Am J Otolaryngol. 1993 Sept-Oct; 14(5):343-9.

17. García-Roco PO, Zequeira Peña JL, Dueñas Rosquete L, Correa Moreno A. Infección odontogénica grave: Posibles factores predictores. Rev Cubana Estomatol. 40(1) [revista en la Internet]. 2003 Abr [citado 2014 Mar 25]; [aprox. 12 p.] . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000100005&lng=es.

18. Flynn TR, Hayes C. Severe odontogenic infections: Prospective outcomes study. J Oral Maxillofac Surg. 2006 Jul; 64(7):1104-13.

19. Lima Reyna MT. Incidencia de celulitis facial odontógena en el territorio de Matanzas. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2009 Ago [citado 2014 Mar 25]; 31(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000400003&lng=es.

20. Pereira Dávalos CI, Sánchez Acuña G, Basulto Varela F. Fascitis necrotizante de origen odontogénico. A propósito de un caso. Rev Haban Cienc Méd. 2008 Ene-Mar;

7(1), [revista en Internet]. [citado 20 Ene 2014]; [aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100010.

Recibido: 1ro de mayo de 2014

Aprobado: 13 de agosto de 2014

Dr. Kadir Argelio Santana Fernández. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Camilo Torres Restrepo. Heredia 354. Santiago de Cuba. Email: kadir.santana@medired.scu.sld.cu