

Comportamiento clínico de la celulitis facial odontógena. Hospital Universitario "General Calixto García"

Clinical behavior of odontogenic facial cellulitis: "General Calixto García" University Hospital

Denia Morales Navarro^I

^IEspecialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructora. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las infecciones dentarias afectan a un gran número de personas a nivel mundial, a pesar de ser prevenibles, por lo que nos sentimos motivados a realizar un estudio observacional, descriptivo, transversal para caracterizar el comportamiento de la celulitis facial odontogénica en los pacientes hospitalizados en el Hospital "General Calixto García". La muestra estuvo constituida por 75 pacientes que presentaron síntomas y signos de celulitis para lo cual se les realizó un minucioso examen físico general y regional, tanto extraoral como intraoral. El sexo masculino resultó ser el más afectado con 42 pacientes y el grupo de edades más dañado fue el de 35 a 59 años. La región anatómica superficial externa mentoniana estuvo involucrada en 36 casos. La misma región mentoniana pero en su porción vestibular inferior se destacó con 51 pacientes. De las regiones anatómicas profundas, la submandibular predominó en 51 individuos para un 68,0 %. Predominó la pulpa dental necrótica y los restos radiculares como mecanismos patogénicos fundamentales. El diagnóstico clínico de celulitis facial odontógena moderada resaltó en 40 pacientes (53,3 %).

Palabras clave: celulitis facial odontógena, infección dentaria, sepsis facial, infección cérvico facial.

ABSTRACT

Dental infections involved many persons at worldwide level, being in many occasions avoidable, thus, a cross-sectional, descriptive and observational study was conducted to characterize the odontogenic facial cellulitis course in patients admitted in "General Calixto García" University Hospital. Sample included 75 patients with symptoms and signs of cellulitis underwent a meticulous intraoral and extraoral regional and general physical examination, where male sex was the more involved with 42 patients and the age group of 35-39 years with 35 patients. The menton external superficial anatomical region includes 36 cases, and of this kind but the internal one, the inferior vestibular sulcus had 51 cases. From the deep anatomical regions, the submandibular one had 51 cases for a 68.0 % with predominance of necrotizing dental pulp and the radicular debris as main pathogenic mechanisms. Clinical diagnosis of moderate odontogenic facial cellulitis was significant with 40 patients (53.3 %). Data were showed in statistical tables and charts and as abstract measure we used the percentage of qualitative variables.

Key words: Odontogenic facial cellulitis, dental infection, facial sepsis, cervicofacial infection.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones odontógenas son un flagelo para la humanidad desde el inicio de su existencia.¹ 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.

La etiología de estas infecciones está en relación con microorganismos que forman parte de la flora bucal normal, los cuales viven saprófitos y desarrollan su patogenicidad cuando se rompe el equilibrio que existe entre dicha flora y la barrera orgánica defensiva, ya sea por aumento de la virulencia de los gérmenes o por disminución de las defensas del huésped. La etiología está dada por la penetración de estos, fundamentalmente los de tipo anaerobio y gram positivos de alta patogenicidad, a través de los tejidos.²

Al considerar el alto número de casos que se atienden en nuestro Servicio con esta afección, la complejidad del manejo de la celulitis facial odontógena como urgencia estomatológica, la potencialidad de desencadenar un cuadro séptico grave y la necesidad del conocimiento de la situación de salud en el desarrollo de acciones educativas y curativas específicas, nos motivamos a la realización de este estudio caracterizar el comportamiento clínico de la Celulitis facial odontógena en nuestro medio, así como: describir el comportamiento según sexo, edad y tipos clínicos de celulitis odontógena más frecuentes e identificar las regiones anatómicas más afectadas y los mecanismos patogénicos más observados.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y prospectiva de corte transversal en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García" del 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2008. El universo de estudio estuvo conformado por 75 pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se utilizaron métodos empíricos (observación, entrevista) y teóricos (el análisis y la síntesis, el histórico-lógico). Se tuvo en cuenta como criterio de inclusión en la investigación a pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena mayores de 15 años y que dieron por escrito el consentimiento informado de participación en el estudio.

Meritorio es aclarar que las celulitis faciales con criterio de ingreso hospitalario fueron aquellas clasificadas como moderadas o graves en la clasificación clínica. Sólo se ingresaron los pacientes en las consideradas leves cuando no mejoraron con el tratamiento inicial impuesto, o si existieron enfermedades sistémicas descompensadas o refirieron alergia a los antimicrobianos de elección, sin disponibilidad de otras opciones para el tratamiento ambulatorio.

FUeron excluidos del estudio los pacientes hospitalizados por celulitis facial no odontógena menores de 15 años de edad y aquellos que no accedieron a participar en el estudio. La investigación fue evaluada por el Consejo institucional de ética médica, lo que permitió obtener la aprobación para su presentación como trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias Estomatológicas. Se contó con el consentimiento oral y escrito de todos los pacientes, previa explicación del objetivo del estudio y los procedimientos médicos a seguir.

Para dar salida a los objetivos se usaron las siguientes variables: presencia de celulitis facial odontógena, sexo, edad, regiones anatómicas, mecanismo patogénico y tipo clínico.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se presenta la distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según sexo. En ella podemos apreciar la superioridad numérica del sexo masculino, con 42 pacientes para un 56,0 %; con respecto al sexo femenino, que estuvo representado sólo por 33 pacientes (44,0 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según sexo

Sexo	No.	%
Femenino	33	44,0
Masculino	42	56,0
Total	75	100,0

La [tabla 2](#) muestra la distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según grupos de edades. En ella sobresale que el grupo de edades de la población atendida más afectado fue el de 35 a 59 años, con 35 pacientes diagnosticados, lo que representa el 46,7 % del universo de estudio, seguido por el

de 19 a 34 años con 24 pacientes (32,0 %). En el rango de edades entre 15 y 18 años se detectaron 13 pacientes para un 17,3 %.

Tabla 2. Distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según grupos de edades

Grupos de edades	No.	%
15-18 años	13	17,3
19-34 años	24	32,0
35-59 años	35	46,7
60 y más	3	4,0
Total	75	100,0

La frecuencia de presentación de las regiones anatómicas superficiales afectadas en pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena se ofrece en la [tabla 3](#). En ella se observa que de las regiones anatómicas superficiales externas, es la mentoniana la más representada (36 casos para un 48,0 % de los 75 casos estudiados). De las regiones superficiales de tipo internas, de acuerdo con esta clasificación, el surco vestibular inferior fue el más afectado (51 pacientes), seguido del suelo de la boca en 43 convalecientes. La región vestibular superior fue asiento de sepsis en 24 de los enfermos, para un 32,0 %, mientras que la sepsis fue palatina en 10 de ellos, para un 13.3 %.

Tabla 3. Distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según regiones anatómicas superficiales

Regiones anatómicas superficiales		No.	%
Externas	Mentoniana	36	48,0
	Geniana	24	32,0
Internas	Vestibular inferior	51	68,0
	Suelo de boca	43	57,3
	Vestibular superior	24	32,0
	Palatina	10	13,3

Al analizar las regiones anatómicas profundas con sepsis en los pacientes hospitalizados ([tabla 4](#)), se constataron las siguientes: la submandibular en 51 enfermos (68,0 %), la maseterina en 41 de ellos (54,7 %) y la inframilohioidea en otros 38 (50,7 %). Por su parte la región orbitaria se afectó en 21 pacientes (28,0 %).

Tabla 4. Distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según regiones anatómicas profundas afectadas

Regiones anatómicas profundas		No.	%
Externas	Submandibular	51	68,0
	Maseterina	41	54,7
	Inframilohioidea	38	50,7
	Submentoniana	36	48,0
	Orbitaria	21	28,0

La [tabla 5](#) muestra la frecuencia en que se detectaron los diferentes mecanismos patogénicos. Resultó evidente la superioridad numérica de la pulpa dental necrótica, 32 pacientes para un 42,7 %. En otros 29, el factor desencadenante fue la presencia de restos radiculares, lo cual constituyó el 38,7 % del total.

Tabla 5. Distribución de pacientes hospitalizados por celulitis facial odontógena según mecanismos patogénicos

Mecanismos patogénicos	No.	%
Pulpa dental necrosada	32	42,7
Restos radiculares	29	38,7
Pericoronitis	6	8,0
Extracción dentaria	5	6,7
Quistes y neoplasias infectadas secundariamente	2	2,6
Periodontopatías	1	1,3
Total	75	100,0

El porcentaje de pacientes con celulitis facial odontógena en relación con la clasificación clínica se presenta en la [tabla 6](#). La celulitis facial odontógena moderada predominó con 40 individuos (53,3 %), mientras que los pacientes con celulitis leve constituyeron un 32,0 %. Afortunadamente solo 11 de ellos (14,7 %) presentaron un cuadro séptico grave.

DISCUSIÓN

La homogeneidad de género que se aprecia en la tabla 1 muestra predominio del sexo masculino, esto concuerda con *Ducasse Olivera*³ y *Gálvez Díaz*,⁴ a pesar de que otros autores como *Rodríguez Calzadilla*⁵ plantean lo contrario basados, entre otros elementos, en la influencia de perturbaciones endocrinas metabólicas tales como el embarazo, períodos menstruales y menopausia en las féminas, que condicionen el desarrollo de infecciones. Otros investigadores abogan por una supremacía del sexo 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,^{6,7} lo que se corresponde con nuestros resultados.

El predominio de pacientes del grupo de edades de 35 a 59 años, y en segundo lugar el de 19 a 34, que expone la tabla 2, pensamos está justificado porque esta suele ser la época de la vida con más afectación promedio por caries dental y sus complicaciones. 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*⁸ realizó un gran estudio en España y observó resultados coincidentes. Al analizar el número de pacientes en el rango de edades comprendido entre 15 y 18 años pensamos, al igual que *Ducasse Olivera*,³ que este comportamiento puede estar justificado por esta etapa de la adolescencia, en que muchas veces se priorizan otros temas como las relaciones interpersonales, pero se suele obviar en cierta medida la higiene personal y la atención a la salud bucal. Se observa entonces una tendencia al aumento de la incidencia de procesos sépticos en este grupo etáreo. No debe olvidarse, además, que esta etapa de la vida coincide cronológicamente con la edad de brote de los terceros molares, y se presentan frecuentemente accidentes eruptivos a punto de partida de los mismos, capaces de desencadenar cuadros de celulitis faciales.⁹

En nuestro estudio, según la tabla 3, observamos que de las regiones anatómicas superficiales externas, fue la mentoniana la más afectada. *Kimura*,⁹ sin embargo, en un estudio de pacientes hospitalizados por celulitis cérvico facial, reporta la región geniana, como la localización más frecuente para esta entidad a diferencia de nuestro estudio. Al presentarse mayoritariamente afección del surco vestibular inferior y el suelo de la boca, dentro de las regiones superficiales de tipo internas, consideramos que el arco dentario inferior fue punto de partida frecuente de los procesos estos sépticos, a diferencia de aquellos a punto de partida del arco dental superior, cuyo origen estuvo en relación con los dientes o estructuras de sostén de los mismos. *Fleisher*¹⁰ en el 2000, en un amplio estudio plantea que para él las más frecuentes son las infecciones con origen en el arco dentario superior y presenta una distribución contraria a la de nuestro estudio.

En la tabla 4 se reafirma la idea que planteamos en la tabla anterior de que el arco dentario inferior fue punto de partida frecuente de los procesos sépticos analizados según el conocimiento de las vías locales de propagación de la infección, lo cual se traduce en alto número de casos que mostraron como regiones anatómicas afectadas la submandibular, maseterina e inframilohioidea. *Ginsberg*¹¹ en una investigación de 101 casos, concuerda con nuestro estudio en la observación de las regiones submandibular y maseterina como las más afectadas por la propagación de la infección.

En el análisis de los mecanismos patogénicos, y según la tabla 5, resultó evidente la superioridad numérica de la pulpa dental necrosada ya fuera por caries, micro y macrotraumatismo o agentes químicos, en 32 casos para un 42,7 %, como desencadenante de este grave proceso séptico. La colonización e infección bacteriana de la región periapical pueden obedecer a varias causas, aunque en nuestro ámbito la propagación de la infección por vía pulpar, que tiene como origen primario una caries, sigue siendo la más importante.^{10,11} *García-Roco*¹² y *Flynn*¹³ reportaron igualmente que la caries dental resultó ser el principal problema de salud estomatológico, como el mecanismo patogénico fundamental en el desarrollo de la Celulitis facial.

La presencia de restos radiculares fue la segunda causa de aparición de la Celulitis facial odontógena en nuestro estudio. No podemos dejar de mencionar en la

patogenia a la celulitis post-exodoncia, a pesar del pequeño número de casos contabilizados por este mecanismo patogénico. Por ello es importante recalcar en 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*⁵ concuerda con nosotros en señalar a la pulpa dental necrosada como consecuencia fundamentalmente de la Caries dental como el mecanismo patogénico principal en relación con esta grave urgencia estomatológica, aunque difiere de nuestro estudio al presentar la exodoncia contaminada como la segunda causa relacionada con este proceso.

En cuanto a la distribución de pacientes según la clasificación clínica, que se presenta en la tabla 6, podemos analizar que la categoría con mayor cantidad de pacientes es la que nombra la celulitis facial odontógena como moderada, seguida por la leve. Sólo un relativo pequeño número de los pacientes en nuestro estudio presentaron un cuadro séptico considerado como grave. La atención médica oportuna por personal altamente calificado, así como la aplicación de terapias poli antimicrobianas, de soporte medicamentoso y la implementación del tratamiento quirúrgico para la eliminación de los focos sépticos y drenaje de las colecciones purulentas, permitió que no se produjera la pérdida de ninguna vida, aún cuando se trataba de procesos sépticos que producían un cuadro clínico extremadamente crítico y potencialmente mortal, lo cual coincide con otros autores.¹⁴

Consideramos que debe enfatizarse en el cardinal papel de la atención primaria de salud, con la labor del estomatólogo general básico y del estomatólogo general integral, en la conservación y rehabilitación de los tejidos bucales, para lograr una menor incidencia de procesos sépticos y proveer además un rápido diagnóstico, tratamiento y remisión al segundo nivel de atención de los casos que lo requieran.

CONCLUSIONES

El sexo más afectado fue el masculino y el grupo de edades fue el de 35-59 años. Dentro de las regiones anatómicas superficiales externas la mayormente infectada fue la mentoniana y de tipo interna, el surco vestibular inferior, mientras que dentro de las regiones anatómicas profundas fue la submandibular. El mecanismo patogénico más frecuente fue la pulpa dental necrosada y el tipo clínico de celulitis odontógena fue el moderado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltran J. Magnetic resonance imaging of soft tissue infection. *Magnetic resonance imaging. Den Clin North Am.* 2006;3:743-51.
2. Krogh H. Extraction of teeth in the presence of acute infections. *J Oral Surg.* 2006;9:136.
3. Ducasse Olivera PA. La extracción dental en la celulitis facial odontógena. *Rev Cubana Estomatol.* 2004;41(2).
4. Gálvez Díaz L. Celulitis facial en niños: Estudio retrospectivo. *Rev Cubana Estomatol.* 2003;40(1).

5. Rodríguez Calzadilla O. Celulitis facial odontógena. Rev Cubana Estomatol. 1997;34(1).
6. Sivakumar R, Ghosh P, Khan SA. Infective endocarditis in older people. Age Ageing. 2007;32(1):116.
7. Swartz MN. Clinical practice. Cellulitis. N Engl J Med. 2006;350(9):904-12.
8. 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;26:97-106.
9. Kimura AC, Pien FD. Head and neck cellulitis in hospitalized adults. Am J Otolaryngol. 1999;14(5):343-9.
10. Fleisher G, Ludwig S. Cellulitis: a prospective study. Ann Emerg Med. 2000;9(5):246-9.
11. Ginsberg MB. Cellulitis: analysis of 101 cases and review of the literature. South Med J. 2005;74(5):530-3.
12. García-Roco Pérez O, Zequeira Peña JL. Infección odontogénica grave. Posibles factores predisponentes. Rev Cubana Estomatol. 2003;40(1).
13. Flynn TR, Hayes C. Severe odontogenic infections: Prospective outcomes study. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64:1104-13.
14. Dinatale E. Diseminación de la infección odontogénica. Acta Odontol Venezolana. 2000;38(1):37-43.

Recibido: 15 de julio de 2009.
Aprobado: 10 de septiembre de 2009.

Dra. *Denia Morales Navarro*. Hospital "General Calixto García". E-mail: deniamorales@infomed.sld.cu

Tabla 6. Distribución de pacientes hospitalizados por Celulitis facial odontógena según clasificación clínica

Clasificación clínica	No.	%
Leve	24	32,0
Moderada	40	53,3
Grave	11	14,7
Total	75	100,0