

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "ENRIQUE NÚÑEZ". PROVINCIA LA HABANA.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DENTOALVEOLAR Y LA CELULITIS FACIAL ODONTÓGENA

Dra. Martha Torres Márquez¹, Dr. Orlando L. Rodríguez Calzadilla², Dra. Sonia Trujillo Alayón³, Dra. Aileneg Rodríguez Aparicio⁴.

1. Especialista de I grado en Estomatología General Integral.
2. Especialista de II grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesor Auxiliar. Master en Urgencias Estomatológicas.
3. Especialista de I grado en Ortodoncia.
4. Doctor en Estomatología. Residente de Estomatología General Integral.

RESUMEN

Los procesos sépticos odontogénicos son diagnosticados y tratados con frecuencia en los servicios estomatológicos, ocasionando complicaciones por el manejo inadecuado. Se realizó un estudio observacional transversal y descriptivo para evaluar los resultados en el tratamiento del Absceso Dentoalveolar y la Celulitis Facial Odontógena en un período de noviembre del 2005 a mayo del 2006 en pacientes que acudieron a la Atención Primaria. La muestra estuvo constituida por 55 pacientes que acudieron a la Clínica Estomatológica “Enrique Núñez”, del municipio de Madruga, provincia La Habana, la información se obtuvo de las historias clínicas individuales; se confeccionó un modelo de recogida de datos, el procesamiento se realizó en un tabulador electrónico Microsoft Excel 2003. El Absceso Dentoalveolar fue diagnosticado con mayor frecuencia, las regiones más afectadas fueron la geniana, maseterina y nasal, la etiología más frecuente, la caries dental, en ambas patologías la extracción dentaria y el tratamiento canalicular en las primeras 24 horas son de elección, los pacientes tratados con este método evolucionaron satisfactoriamente y sin complicaciones, la penicilina fue el antimicrobiano más usado. Los ingresados en su hogar manifestaron conformidad con el tratamiento aplicado, la estadía disminuye considerablemente cuando se elimina el agente causal.

Descriptores DeCS: **CELULITIS; REHABILITACIÓN BUCAL; ABSCESO PERIAPICAL**

INTRODUCCIÓN

La antibiòticoterapia ha ejercido una influencia profunda en el tratamiento de las infecciones

odontogénicas, no solo al contribuir a las defensas del organismo sino permitir que se haga una intervención quirúrgica más rápida. La extracción temprana del diente causal tiende a abreviar el curso usual de la infección y a reducir a un mínimo la probabilidad de que se produzcan complicaciones adicionales ¹.

Los dientes forman parte del hueso maxilar y mandibular y se relacionan con los tejidos blandos peridentarios; debido a esta relación ocurren patologías infecciosas por distintas causas ².

Las infecciones odontogénicas y, sobre todo, sus complicaciones, pueden producir manifestaciones a nivel sistémico, afectar gravemente al estado general y comprometer la vida del paciente ^{3,4}.

Los procesos sépticos de origen dentario son frecuentes en niños y adultos, la región cervicofacial es la más común. Su etiología más común es la caries dental o resto radicular de uno o varios dientes, además puede originarse del periodonto o infecciones y traumas del hueso maxilar y mandibular ⁵

La pulpitis es un proceso que cursa con dolor con diferente intensidad, lo que nos permite localizar la lesión desde el punto de vista clínico. Su evolución es variada, pudiendo incluso llegar a producir una necrosis pulpar que daría lugar a un dolor de tipo neurítico. Esta patología puede extenderse afectando a tejidos circundantes, dando lugar a cuadros de considerable gravedad, como el Absceso Dentoalveolar y la Celulitis Facial Odontógena ⁶.

La aplicación de antimicrobianos hasta el momento en que se observa una casi completa remisión de los síntomas es una conducta incorrecta, por lo que la gran mayoría de los pacientes atendidos son remitidos después de transcurridos algunos días de tratamiento medicamentoso, cuando su estado evolutivo es mantenido o ha sido evaluado como desfavorable ⁷.

La Celulitis Facial Odontógena tiene su origen además, en Abscesos Dentoalveolares tratados por el Estomatólogo de forma incorrecta, de esta forma supera la capacidad defensiva del organismo e invade los tejidos vecinos causando severas complicaciones ⁸.

El tratamiento de esta entidad se basa en antibióticoterapia, tratamiento quirúrgico interceptivo y una adecuada fisioterapia si fuera necesario, pero muy importante es la eliminación de los dientes incurables lo antes posible ^{9,10}.

Publicación realizada en el año 2003 clasifica el Absceso Dentoalveolar como: periapical agudo, Absceso Dentoalveolar subperióstico crónico y Absceso Dentoalveolar supraparióstico crónico ¹¹.

En las últimas décadas las infecciones bucales constituyen unas de las patologías más frecuente de la población debido principalmente a las complicaciones infecciosas asociadas a una mala higiene bucal. Esto se traduce en un incremento de las necesidades y las demandas de atención estomatológicas ¹²⁻¹⁴. La extracción temprana es una intervención inocua y efectiva, por lo cual debe realizarse lo antes posible en el curso del Absceso Dentoalveolar o la Celulitis Facial Odontógena en presencia de dientes incurables ¹⁵.

Estudios retrospectivos se han realizado en el Department Pediatric Dentistry, University of Tennessee Memphis, determinando que las infecciones odontógenas constituyen el mayor por ciento. Se repasaron los archivos completos de los médicos de 60 pacientes admitidos al hospital de niños de Pittsburg de 1980-89 con un diagnóstico de Celulitis Facial ¹⁶.

En la sección de Cirugía Oral y Maxilo Facial de Charles Clifford Dental el Hospital, Shesffield, destacan la importancia de realizar un diagnóstico correcto cuando estamos en presencia de un Absceso Dentoalveolar o una Celulitis Facial, destacando pesquisar correctamente el diente causante del proceso inflamatorio periapical ¹⁷.

Taichenacher ¹⁸; reporta 31 pacientes con inflamaciones Maxilofaciales severas, que fueron ingresados en servicio de terapia intensiva, los pacientes se siguieron de 4 a 42 días. Los resultados fueron cronometrados, observando fluctuaciones onduladas según los parámetros de laboratorio de los casos letales.

Dos casos clínicos se reportan con complicación de tromboembolismo bacteriano con diseminación de la infección por vía hemática a otras regiones del organismo indicando la hospitalización ¹⁹.

Durante el tratamiento de un Absceso Dentoalveolar fue involucrada la córnea de un hombre de 54 años de edad, remitiéndose al oftalmólogo. Se diagnosticó hipertensión arterial con deficiencia cardiaca y Diabetes Mellitus, la temperatura ascendió a 38,9 grados centígrados ²⁰.

Karchiev ²¹; informó que las complicaciones en las enfermedades inflamatorias con presencia de pus en la región Maxilofacial son responsables de 0,56% de resultados letales, dentro de la presente se encuentran la trombosis séptica del seno cavernoso, absceso cerebral y la sepsis generalizada.

Díaz Fernández ²², estudió 2190 niños atendidos en el servicio de emergencia, las afecciones que predominaron fueron las traumáticas y las infecciosas y dentro de ésta última la Celulitis Facial Odontógena (18,31%).

Un estudio exploratorio y prospectivo en el servicio de emergencia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente " Saturnino Lora", comprendido entre marzo y agosto de 1989, de un total de 4360 pacientes, 226 se diagnosticaron con Celulitis Facial Odontógena representando el 5,18%; lo que ocupó el cuarto lugar de las entidades que acudieron como urgencia ²³.

Con frecuencia los pacientes acuden a los servicios de Cirugía Maxilofacial con la aplicación de terapéuticas inadecuadas como la administración de antimicrobianos por vía oral e intramuscular empleando dosis excesivas y la presencia del factor etiológico causante ²⁴.

En los últimos años se incrementa la aplicación de medidas de promoción y prevención en el campo de la Estomatología, pero aún continúa siendo elevada la incidencia del Absceso Dentoalveolar y la Celulitis Facial de origen odontógeno ^{25,26}.

Teniendo en cuenta que el Absceso Dentoalveolar y la Celulitis Facial Odontógena son patologías que

inciden frecuentemente en los servicios de Atención Primaria de Estomatología General Integral se realizó este trabajo para evaluar el diagnóstico y tratamiento de estas entidades, elevando el conocimiento de los Estomatólogos Generales Integrales en coordinación con el Grupo Básico de Trabajo del Área de Salud, disminuir la estadía de los pacientes ingresados en el hogar y salas de observación de las policlínicas municipales y controlar las remisiones inadecuados a las instituciones hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal y descriptivo en un período de noviembre del 2005 a mayo del 2006. El universo de trabajo fue constituido por 55 pacientes que acudieron con diagnóstico de Absceso Dentoalveolar y Celulitis Facial Odontógena a la Clínica Estomatológica “Enrique Núñez” del Municipio de Madruga, Provincia La Habana.

Se recibieron 55 pacientes con diagnóstico de Absceso Dentoalveolar o Celulitis Facial Odontógena para su estudio y tratamiento. En consulta de Atención Primaria, se les realizó la anamnesis y el examen físico (confección de Historia Clínica Individual), posteriormente se indicaron los exámenes complementarios para su estudio y se le aplicó tratamiento al paciente en ingreso en el hogar o sala de observación de la policlínica del área de salud. Las interconsultas fueron efectuadas con la especialidad de Cirugía Maxilofacial con periodicidad semanal.

Realizado el tratamiento canalicular o la exodoncia del diente causante se dieron las indicaciones postoperatorias.

Los datos del paciente, así como su tratamiento y evolución fueron recogidos en un registro de recolección de datos para su procesamiento estadístico.

VARIABLES

- Grupos de edades.
- Sexo.
- Etiología.
- Regiones anatómicas o espacios aponeuróticos.
- Tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y la remisión de los síntomas.
- Tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y hasta el momento en que se realizó el tratamiento canalicular o la extracción dentaria.
- Incisión y drenaje.
- Tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta la remisión de los síntomas y signos.
- Complicaciones.

Para el procesamiento de los datos se empleó una computadora Pentium IV con office 2003. Los resultados que se obtuvieron fueron procesados a través del tabulador electrónico Microsoft Excel. Se utilizó el número y el porcentaje significativamente como medida de resumen.

RESULTADOS

En la distribución porcentual de pacientes diagnosticados la edad predominante fue de 50 años y más (36%), seguida de las edades entre 35 y 49 años (33%), el sexo más afectado fue el femenino (67%). En los pacientes tratados según la muestra clínica el Absceso Dentoalveolar representó el 60% y las edades se correspondieron entre 35 y 49 años (33%) seguida de 20 y 34 años (24%), la Celulitis Facial Odontógena incidió en un 40%, y las edades de mayor frecuencia fueron de 50 años y más (40%), entre 35 y 49 años (32%) y entre 20 y 34 años (18%), el sexo femenino predominó como el más afectado (22 pacientes con diagnóstico de Absceso Dentoalveolar y 15 diagnosticados como Celulitis Facial Odontógena).

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes diagnosticados por edad y sexo.

Grupos de Edades.	Absceso Dentoalveolar.		Celulitis Facial Odontógena.		Total	%
	Femenino.	Masculino.	Femenino.	Masculino.		
50 y más	7	4	7	2	20	36
Entre 35 y 49	8	3	4	3	18	33
Entre 20 y 34	6	2	3	1	12	22
Menores de 19	1	2	1	1	5	9
Total	22	11	15	7	55	100

Fuente: Historia Clínica individual.

La regiones más afectadas en el absceso dentoalveolar fueron la geniana (13), maseterina (6) y cuerpo mandibular (5) y en la celulitis facial odontógena la geniana (47), la cigomática (16) y la nasal (10).

Tabla 2. Distribución de regiones anatómicas afectadas.

Región anatómica	Absceso Dentoalveolar	Celulitis Facial Odontógena	TOTAL
Geniana	13	47	60
Maseterina	6	5	11
Cuerpo mandibular	5	7	12
Nasal	4	10	14
Labio superior	4	9	13
Cigomática	1	16	17
Bucal	1	0	1
Palatino	1	0	1
Total	35	94	129

Fuente: Historia Clínica individual.

El factor etiológico más frecuente que ocasionó el Absceso Dentoalveolar fue la caries dental (33%) y en la Celulitis Facial Odontógena, resto radicular (20%).

Tabla 3. Distribución de pacientes tratados según etiología.

Etiología	Absceso Dentoalveolar	Celulitis Facial Odontógena
Caries	17	12
Resto radicular	8	6
Periodontitis	5	
Pericoronitis	3	4
Total	33	22

Fuente: Historia Clínica individual.

En cuanto al tiempo transcurrido de inicio de la tumefacción y remisión del paciente, 31 pacientes (56%) fueron remitidos en las primeras 24 horas con diagnóstico de Absceso Dentoalveolar y 17 pacientes (31%) con diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena, el resto se remitieron en ambos procesos sépticos odontogénicos de las 25 horas en adelante de la remisión de los síntomas y signos.

Tabla 4. Tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y remisión del paciente.

Tiempo	Absceso Dentoalveolar	%	Celulitis Facial Odontógena	%
0a 24 horas	31	56%	17	31%
25 a 72 horas	2	4%	5	9%
73 horas a 168 horas	0	0	0	0
169 horas y más	0	0	0	0

Fuente: Historia Clínica individual.

El tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y el tratamiento realizado fue en las primeras 24 horas.

Tabla 5. Distribución de pacientes según el tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción y el tratamiento aplicado.

Tiempo	Tratamiento canalicular	%	Extracción dentaria	%
0a 24 horas	2	4	53	96
25 a 72 horas	0	0	0	0
73 horas a 168 horas	0	0	0	0
169 horas y más	0	0	0	0

Fuente: Historia Clínica individual.

DISCUSIÓN

De los 55 pacientes que asistieron a consulta el diagnóstico de mayor incidencia correspondió al Absceso Dentoalveolar con relación a la Celulitis Facial Odontógena, lo que demuestra que debemos continuar realizando acciones de Educación para la Salud, Promoción y Prevención de las enfermedades bucales, fundamentalmente las patologías de etiología por caries dental y los dientes incurables ^{11,12}.

Las regiones anatómicas más afectadas fueron la región geniana, cigomática y nasal; en la bibliografía consultada no se encontraron trabajos realizados que compararan la incidencia de ambos procesos sépticos en los servicios Estomatológicos de Atención Primaria. En el Absceso Dentoalveolar dos pacientes se diagnosticaron con dos regiones anatómicas afectadas por la cronicidad del proceso y el tiempo en que el paciente acude a la consulta externa (72 horas) y en la Celulitis Facial Odontógena el número de regiones anatómicas afectas por cada paciente fue de 3.1, coincidiendo con otros estudios ^{1,10}.

La caries dental y resto radicular fueron la causa etológica presente en el Absceso Dentoalveolar y la Celulitis facial Odontógena, resultados similares a estudios realizados por otros autores ^(5-7, 9, 10). Es importante tener en cuenta que las afecciones mencionadas anteriormente son diagnosticadas con frecuencia, y es el motivo de consulta por el que la mayoría de los pacientes acuden a los servicios e instituciones de atención estomatológica.

En los programas de la asignatura de los alumnos de 4to año de la carrera de Estomatología y de los Residentes en Cirugía Maxilo Facial, el tema de Procesos Sépticos Odontógenos está incluido en sus objetivos, por lo que el diagnóstico y tratamiento actualizado de las mismas es parte del contenido y las habilidades a desarrollar por los estudiantes; además en el servicio de Cirugía Maxilo Facial territorial se imparten cursos y entrenamientos anuales para la actualización de Estomatólogos y Especialistas. Se cuenta en el país con Bibliografía actualizada en Centros de Información Médica.

El tratamiento canalicular y la extracción dentaria se realizaron dentro de las primeras 24 horas, donde se obtuvieron los mejores resultados al eliminar la causa que originó la enfermedad, no se reportaron complicaciones trans y postoperatorias ^{3,23-26}.

CONCLUSIONES

- El Absceso Dentoalveolar predominó, con relación a la Celulitis Facial Odontógena.
- El sexo femenino tuvo mayor incidencia que el masculino, y el grupo de edad se corresponde a 35 años y más (Abscesos Dentoalveolar) y 50 y más años (Celulitis Facial Odontógena).
- Las región más afectada en el Absceso Dentoalveolar fue la geniana y en la Celulitis Facial Odontógena, geniana, cigomática y nasal.
- El tiempo transcurrido entre el inicio de la tumefacción, la remisión del paciente y la realización del tratamiento dentario local fue de 0 a 24 horas.
- Los pacientes ingresados en el hogar refieren mayor satisfacción al tratamiento indicado y su evolución es favorable.
- No se reportan complicaciones durante el tratamiento del Absceso Dentoalveolar y la Celulitis Facial Odontógena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez Calzadilla OL. Celulitis Facial Odontógena. Rev Cubana de Estomatol 1997; 34¹:15-20.
2. Santamaría Zuazua J, Arteagoitia I, Santamaría G. Manejo de la infección dentaria en la consulta odontológica. Revista Científica y de información profesional. 2000; 31²:12-9.
3. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Suppl: 139-47.
4. Umeda M, Minamikawa T, Komatsubara H, Shibuya Y, Yokoo S, Komori T, et al. Necrotizing fasciitis caused by dental infection: a retrospective analysis of 9 cases and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003; 95:283-90.
5. 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.
6. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Vías de propagación de la infección odontogénica. En: Cosme Gay E, Leonardo Berini A. Cirugía bucal. Madrid: Ediciones Ergón; 1999. p. 623-43.
7. 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. Madrid: Ergon; 1999. p. 597-622.
8. González Moles MA, González NM. Infecciones bacterianas de origen pulpar y periodontal. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Suppl: 32-6.
9. Liébana Ureña J. Microbiología oral. Madrid: Ed. Mc Graw Hill; 2002.
10. Rodríguez O. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. Revista Acta odontológica. 2001; 39³:34-40.
11. Moose SM, Marshall KJ. Infecciones agudas en la cavidad bucal. En: Kruger GO. Cirugía buco-maxilofacial. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1986.p.175-97.
12. 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: 11-8.
13. Sweeney LC, Dave J, Chamvers PA, Heritage J. Antibiotic resistance in general dental practice, a cause for concern? J Antimicrob Chemother 2004; 53:567-76.
14. Trombelli L, Tatakis DN. Periodontal diseases: current and future indications for local antimicrobial therapy. Oral Dis 2003; 9:11-5.
15. Tellería A. Estudio sobre celulitis odontógena (tesis). C. Habana: Hospital Facultad “Calixto García”; 1978.
16. Unkel JH, McKibben DH, Fenton SJ, Nazif MM, Moursi A, Schuit K, et al. Comparison of odontogenic and nonodontogenic facial cellulitis in a pediatric hospital population. Pediatr Dent

- 1997; 19⁸:476-9.
17. Dixon M, Davies KL. El diente sumergido molesto: un diagnóstico dilemma. La Actualización de la mella. 1997; 24⁹:370-2.
 18. Taichenachev A. The predicción of the out comes of severe odontogenic inflamatory disease of the maxillofacial area taking into account biorhythims. Stomatologiia Mosk 1998; 77⁶:15-8.
 19. Kudinova ES. Septic Metastatic complications in facial furuncles. Stomatologii. 1999; 78³:22-5.
 20. Kloehn S, Arendt T, Reicnecke A, Klomp HJ, Moning H. Cushing syndrome with live threatening infections complications. Dtsch Med Wochenshv 1997; 122⁵⁰:1547-52.
 21. Karshiev K. An analysis of the mortality of the patients whit suppurative-inflamatory desease of the maxillofacial area. Stomatologia. 1997; 76⁵:9-10.
 22. Dáz JM. Urgencia pediátrica centralizada en cirugía Maxilo Facial .Rev Cubana Estomatol 1995; 32¹:34.
 23. Díaz JM, Tamayo J. Morbilidad de urgencia en cirugía Maxilo Facial (Parte I). Rev Cubana Estomatol 1993; 30²:90.
 24. Rodríguez Calzadilla OL. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39⁽³⁾:25-31.
 25. Ducasse Olivera PA, Roca Rodríguez R. La extracción dentaria en la celulitis facial odontogénica. Rev Cubana Estomatol. [seriada en línea]. 2004; 41². Acceso: 12 Agosto 2006. Disponible en: WWW:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003475072004000200007&lng=es&nrm=iso> .
 26. Medina Vega LD, Portal Fernández W, Valdés B, García Rivero JR, Martín Pino J. Celulitis facial odontógena. Estudio de dos años. Rev Cubana Estomatol 2002; 6¹:34-9.

SUMMARY

Odontogenic septic processes are diagnosed and treated very frequently in estomatological services, bringing about complications due to an improper handling. An observational, transversal and descriptive study was carried out to assess the results in the treatment of the dentoalveolar abscess and the odontogenic facial cellulitis in the period between November 2005 and May 2006 in patients that went to primary attention. The sample was made up of 55 patients that went to “Enrique Núñez” estomatological clinic, in the municipality of Madruga, Havana Province. The information was obtained from individual clinical histories. It was made a data collection form, the processing was effectuated in an electronic tabulator Microsoft Excel 2003. The dentoalveolar abscess was dignosed with more frequency, the most affected regions were genian, masseter, nasal, the most frequent ethiology, dental caries, in both pathologies dental extraction and the canalicular treatment in the first 24 hours are of choice, the patients treated with this method progressed satisfactorily and without complications. Penicillin was the most used antimicrobial. Those patients treated at home showed conformity with the applied treatment. The stay is considerably diminished when the causal agent is eliminated.

Subject Headings: **CELLULITIS; MOUTH REHABILITATION; PERIAPICAL ABSCESS**

Dra. Martha Torres Márquez

E-mail: orlandot@infomed.sld.cu

ANEXO.



Figura 1.- Observe desviación de la comisura labial por inflamación en cuerpo mandibular izquierdo correspondiente a un Absceso Dentoalveolar.



Figura 2.- Restos radiculares (diente 33 y 34)



Figura 3.- Inflamación de región geniana izquierda con diagnóstico de absceso dentoalveolar.



Figura 4.- Caries con pulpa no vital crónica en molar 26.



Figura 5.- Inflamación en región nasogeniana izquierda con diagnóstico de Celulitis Facial Odontógena.



Figura 6. Resto Radicular molar 36.