

## Celulitis facial odontógena en pacientes del Hospital Lenin de Holguín

### Odontogenic Facial Cellulitis in Patients from Lenin Hospital of Holguín

**Tamara Batista Sánchez<sup>1</sup>, Maysell Mario Martínez Chacón<sup>2</sup>, Rosa María Rojas Escobar<sup>3</sup>, Juan Oniel Tamayo Ávila<sup>4</sup>, Yuliet Bárbara Méndez de Varona<sup>5</sup>**

1. Máster en Atención a las Urgencias Estomatológicas. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Policlínico Pedro Díaz Coello. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Máster en Atención a las Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
4. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Policlínico Pedro Díaz Coello. Holguín. Cuba.
5. Máster en Atención a las Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Policlínico Pedro Díaz Coello. Holguín. Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la celulitis odontógena es una inflamación difusa del tejido celular subcutáneo que se extiende por los espacios entre el tejido celular a más de una región anatómica a causa de la infección de uno o varios dientes o de enfermedades asociadas al tejido dentario o de sostén. Es una de las infecciones más frecuente y la urgencia más grave que puede presentarse en la práctica estomatológica.

**Objetivo:** caracterizar el comportamiento de la celulitis facial odontógena en los pacientes atendidos en el Hospital Vladímir Ilich Lenin, Holguín.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de serie de casos durante los años 2014 y 2015. El

universo estuvo constituido por 54 pacientes con celulitis facial odontógena, la muestra quedó conformada por 51 pacientes. Las variables estudiadas fueron: sexo, grupos de edad, etiología, grupo dentario, regiones anatómicas y clasificación clínica.

**Resultados:** existió un predominio del sexo masculino y el grupo de edad de 35-59 años representado por el 62,75% y el 60,78% respectivamente. La principal etiología fue la caries dental con el 68,63%. El grupo dentario de los molares inferiores fue el más afectado con un 41,18%. La región submandibular fue la más afectada en el 25,49%. La celulitis moderada resultó ser la más frecuente representando el 74,51%.

**Conclusiones:** la etiología de la infección fue variada al igual que las regiones anatómicas afectadas.

**Palabras clave:** celulitis facial, infecciones odontógena.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** odontogenic cellulitis is an undefined inflammation of the subcutaneous cell tissue that spreads over the spaces between the cell tissue in addition to an anatomic region because of the infection of one or several teeth or of correlated conditions of the dental and support tissues. It is one of the most frequent infections and the most serious urgency that can be presented in stomatological practice.

**Objective:** to characterize the odontogenic facial cellulitis incidence in the patients attended at Vladímir Ilich Lenin Hospital, Holguín.

**Method:** a descriptive study of series of cases was performed during the years 2014 and 2015. The universe was composed of 54 patients with odontogenic facial cellulitis. The sample comprised 51 patients. The studied variables were: sex, age bracket, etiology, dental group, anatomic regions and clinical classification.

**Results:** the male sex was the most frequently affected and the age group between 35-59 representing 62.75% and 60.78% respectively. The main etiology was the dental cavity with 68.63%. The dental group of the inferior molars was the most affected one (41.18%). The region submandibular was the most affected one in 25.49% of patients. The moderate cellulitis turned out to be the most frequent, representing 74.51%.

**Conclusions:** the etiology of infection was varied just like the anatomic affected regions.

**Keywords:** facial cellulitis, odontogenic infections.

---

## INTRODUCCIÓN

La celulitis odontogena es una inflamación difusa del tejido celular subcutáneo que se extiende por los espacios entre el tejido celular a más de una región anatómica o espacio aponeurótico a causa de la infección de uno o varios dientes o de patología asociadas al tejido dentario o de sostén<sup>1</sup>. Es una de las infecciones más frecuente y la urgencia más grave que puede presentarse en la práctica estomatológica<sup>2</sup>.

Los signos y síntomas generales de las infecciones de la región de la cabeza y el cuello son variables. La sepsis se manifiesta con apatía, debilidad, malestar, picos febriles (37,5 °C a 41 °C), sudoración, pulso filiforme, leucocitosis y en ocasiones considerable anemia secundaria. El espasmo o inmovilización de los músculos contiguos origina trismo, tortícolis y rigidez. El compromiso neural origina dolor en el nervio sensitivo afectado y parálisis de los nervios motores. También pueden ocurrir disfagia, disfonía, afonía, según el sitio de la infección<sup>1</sup>.

Durante el curso de una celulitis facial odontogena pueden surgir complicaciones que pueden ser letales, ejemplo, la tromboflebitis del seno cavernoso, endocarditis bacteriana, angina de Ludwig, mediastinitis y septicemia<sup>2</sup>.

La odontalgia es un flagelo para la humanidad desde tiempos primitivos. La infección dentaria fue uno de los problemas que ocasionó con más frecuencia la muerte<sup>3</sup>. Tanto los chinos como los egipcios dejan registros que describen caries y abscesos alveolares. Los principios de tratamientos empleados, como la utilización de piedras y lancetas de madera para su drenaje, son vigentes en la actualidad, solo que son modificados por el desarrollo científico y tecnológico<sup>4</sup>.

La celulitis odontogena puede ser atendida en el primer nivel de atención, pero cuando se presentan las siguientes situaciones, debe ser remitido el paciente al nivel secundario: cuando el paciente no mejora con el tratamiento inicial impuesto, si existen enfermedades sistémicas descompensadas, si existe alergia a los antimicrobianos de elección o cuando no hay disponibilidad en el primer nivel de atención, en niños, aun cuando el cuadro clínico sea leve tiene un pronóstico grave con criterio de ingreso y en pacientes con celulitis moderada o severa<sup>2</sup>.

Mundialmente se resalta el alto número de casos diagnosticados con procesos sépticos odontogénicos; se desarrollan numerosos estudios sobre esta enfermedad y todos coinciden en la alta frecuencia con que se presenta en el quehacer odontológico<sup>3,5, 6</sup>.

Se demuestra que cuanto antes sea eliminada la causa de la celulitis facial odontógena, la evolución del paciente será más rápida y mejor. 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<sup>6, 7</sup>.

La celulitis facial odontógena puede desencadenar un cuadro séptico grave y ser potencialmente mortal para los pacientes, la frecuencia con que acuden al cuerpo de guardia del Hospital Vladímir Ilich Lenin, motivó la realización de este estudio con el objetivo de caracterizar el comportamiento de esta enfermedad en este centro de salud.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de series de casos en el período de enero de 2014 a noviembre de 2015. El universo estuvo constituido por 54 pacientes que acudieron al Cuerpo de Guardia del Hospital Vladímir Ilich Lenin. La muestra quedó conformada por 51 pacientes que cumplieron los siguientes criterios: pacientes mayor o igual de 19 años, pacientes con diagnóstico de celulitis facial odontógena y se excluyeron aquellos pacientes que no dieron el consentimiento informado. Se realizó un interrogatorio y un examen físico general. Para ello se utilizó set de clasificación, adecuada iluminación, termómetro. En los casos requeridos se realizó radiografía.

Los resultados del interrogatorio, examen clínico y radiográfico se recogieron en un formulario confeccionado al efecto, en los cuales se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sexo, grupos de edad, etiología, grupo dentario, regiones anatómicas y clasificación clínica.

En el procesamiento estadístico de los datos se emplearon las distribuciones de frecuencia absoluta (número) y relativa (porcentajes) para las variables. Se compararon los porcentajes con la prueba z y nivel de confianza de 95% en EPIDAT 3,1 (Xunta de Galicia, OPS, 2006).

Esta investigación se aprobó por el Consejo Científico y el Comité de Ética del Hospital Lenin. Los autores no refieren conflictos de intereses.

## RESULTADOS

El predominio de pacientes según grupos de edad estuvo representado en 35- 59 años con 31 para el 60,78%. La superioridad numérica del sexo masculino con 32 pacientes para el 62,75%, es evidente respecto al sexo femenino representado por 19 (37,25%) pacientes ([tabla I](#)).

**Tabla I.** Celulitis facial odontogena según grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
19-34	5	9,80	13	25,49	18	35,29
35-59	13	25,49	18	35,29	31	60,78
60 y más	1	1,96	1	1,96	2	3,92
Total	19	37,25	32	62,75*	51	100

\*Diferencia significativa ( $z=2,37$ ;  $p=0,02$ ).

Fuente: formulario

En cuanto a las etiologías predominaron la caries dental con un 68,63%, seguido por las exodoncias laboriosas y las pericoronaritis con el 9,80% y el 7,84% respectivamente (tabla II).

**Tabla II.** Etiología de la celulitis facial odontogena

Etiología	n	%
Caries dental	35	68,63
Periodontopatias	2	3,92
Endodoncias fallidas	1	1,96
Pericoronaritis	4	7,84
Trauma	1	1,96
Dientes retenidos	3	5,88
Exodoncias laboriosas	5	9,80
Total	51	100

Fuente: formulario

Con respecto a los dientes más afectados se obtuvo que el grupo dentario de los molares inferiores fue el más afectado con el 41,18%, seguido por el de los molares y premolares superiores con el 15,69% y 11,76% respectivamente (tabla III).

**Tabla III.** Grupo dentario causal de la celulitis facial odontógena

Grupo dentario	n	%
Incisivos superiores	3	5,88
Incisivos inferiores	4	7,84
Caninos superiores	4	7,84
Caninos inferiores	2	3,92
Premolares superiores	6	11,76
Premolares inferiores	3	5,88
Molares superiores	8	15,69
Molares inferiores	21	41,18
Total	51	100

Fuente: formulario

Dentro de las regiones anatómicas más afectadas en los pacientes de nuestro estudio se encontraron la región submandibular con 13 personas para el 25,49%, seguida de la región maseterina con 10 pacientes para el 19,61% (tabla IV).

**Tabla IV** .Regiones anatómicas afectadas en pacientes con celulitis facial odontógena

Región anatómica	n	%
Labial superior	7	13,73
Nasal	6	11,76
Geniana	5	9,80
Orbitaria	3	5,88
Maseterina	10	19,61
Submandibular	13	25,49
Submental	7	13,73
Total	51	100

Fuente: formulario

La celulitis moderada resultó ser la más frecuente en este estudio con 38 pacientes representando el 74,51%. Solo el 5,88% fueron pacientes con celulitis severa (tabla V).

**Tabla V.** Celulitis facial odontógena según clasificación clínica

Clasificación clínica	n	%
Leve	10	19,61
Moderada	38	74,51
Severa	3	5,88
Total	51	100

Fuente: Formulario

## DISCUSIÓN

La superioridad numérica del sexo masculino en nuestra investigación está en correspondencia con otros trabajos como el realizado por Cuadrado Mengana<sup>8</sup> y Pérez Quiñones<sup>9</sup> donde plantean una superioridad del sexo masculino con el 62,50% y el 85,70% respectivamente. En este estudio la supremacía del grupo masculino está dada porque los mismos están más expuestos a traumas por accidentes, riñas, tienen menor preocupación por la higiene, la dieta, la salud bucal y la estética facial.

No coincidieron con este trabajo otros autores, los cuales plantean que el predominio femenino se debe a determinadas alteraciones endocrino-metabólicas como embarazo, menstruación, menopausia, que condicionan el desarrollo de las infecciones<sup>3,10</sup>.

El predominio de pacientes según grupos de edad estuvo representado en 35- 59 años. Santana Fernández realizó un estudio en Santiago de Cuba y observó resultados coincidentes (52,0%)<sup>10</sup>. El predominio de pacientes de este grupo de edad está justificado por el aumento del promedio por caries dental y sus complicaciones. Además, a partir de esta edad comienzan a aparecer las enfermedades periodontales, que pueden desencadenar los procesos sépticos.

La primera causa de aparición de la celulitis en este estudio fue la caries dental. Santana Fernández coincide en considerar que los restos radiculares y la caries dental constituyen la causa fundamental de los procesos sépticos odontógenos. Este autor opina que 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, es la más importante<sup>10</sup>.

El grupo dentario de los molares fue el más afectado, coincidieron con este estudio Santana Fernández y Boza Mejías<sup>10,11</sup>. Estos autores plantean que 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.

La región submandibular resultó ser la más afectada en nuestro estudio, coincidiendo con los resultados alcanzados por el Dr. Boza en Cienfuegos (30,43%)<sup>11</sup>. En esta investigación se valoró que esta región predominó respecto a otras debido a que fueron los molares inferiores los más afectados por esta enfermedad.

El estudio realizado por Martínez Gómez arroja como resultado un predominio de la forma moderada de celulitis en el 75,0% de los pacientes estudiados, coincidiendo con nuestro estudio<sup>7</sup>. Otras investigaciones realizadas en Cuba sobre el comportamiento de la celulitis facial odontogena no coinciden con esta investigación<sup>12, 13</sup>.

## CONCLUSIONES

La etiología de la infección fue variada, al igual que las regiones anatómicas afectadas. A medida que se incrementen las acciones preventivas para el control de la placa dentobacteriana, así como las acciones conservadoras en las clínicas estomatológicas, se debe lograr la disminución de estos factores etiológicos, por lo que podrán disminuir las celulitis faciales de origen odontogénico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garmendia Hernández G, Granados Martínez AM, Cruañas Sospeda C, Beauballet Fernández B, Ginebra Rodríguez MC, Rodríguez Calzadilla O. Guías prácticas clínicas de afecciones clínicas quirúrgicas bucofaciales. En: Sosa Rosales MC. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 341-492.
2. Jiménez Echemendía T, Jiménez Arrechea JA, González Naya G. Urgencias más frecuentes en estomatología. Instrumental y medicamentos. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2013. p. 329-32.
3. Márquez Rodríguez O, González Calzada N. Celulitis facial odontogena: Estudio de 96 casos en la provincia de Sancti Spíritus. 2009 - 2010. Gac Méd Espirituana. 2011[citado 19 ene 2016]; 13(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%283%29\\_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%283%29_01/p1.html)

4. Pitt Ford TR. Introducción, historia y campo. En: Endodoncia en la práctica clínica. 4<sup>ta</sup> ed. La Habana: Ciencias médicas; 2006. p. 1-5.
5. Costales González L, Zafra Anta MA, Alfaro Iznola C, Galán del Río P, Ballesteros García MM, Zafra Vallejo V. Ingresos por celulitis facial odontogénica en un hospital de Madrid. Características clínicas y tratamiento. Acta Pediátr Española. 2015[citado 9 ene 2016]; 73(7):158- 164. Disponible en: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1139-ingresos-por-celulitis-facial-odontogena-en-un-hospital-de-madrid-caracteristicas-clinicas-y-tratamiento#.WOebOfssfaE>
6. Tavakoli M, Bagheri A, Faraz M, Salehirad S, Roghaee S. Orbital cellulitis as a complication of mandibular odontogenic infection. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2013[citado 9 ene 2016]; 29(1):5-7. Disponible en: [http://journals.lww.com/ops/Abstract/2013/01000/Orbital\\_Cellulitis\\_as\\_a\\_Complication\\_of\\_Mandibular.25.aspx](http://journals.lww.com/ops/Abstract/2013/01000/Orbital_Cellulitis_as_a_Complication_of_Mandibular.25.aspx)
7. Martínez Gómez N, Díaz Díaz D, Guerra Cobián O, Guillán Carrión M, Martínez Gómez N. Comportamiento clínico y manejo terapéutico de pacientes diagnosticados con Celulitis facial odontogena. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Habanera Cienc Méd. 2014 [citado 9 ene 2016];13 (3):437-444 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Cuadrado Mengana J, Riverón Castillo L, Ruiz Salazar R, Castillo Plasencia LJ. Características de la celulitis facial odontogena. Isla de la Juventud.2012–2014. Rev 16 de Abril. 2015[citado 12 mar 2016]; 54(259): 27- 37. Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/viewFile/343/pdf\\_81](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/viewFile/343/pdf_81)
9. Pérez Quiñones JA, Ramírez Estupiñán B, Pérez Padrón A, Cid Rodríguez MC, Moure Ibarra MD, Montes de Oca Ramos R. Comportamiento de urgencias estomatológicas. Hospital Faustino Pérez. 2009. Rev Med Electron. 2015 [citado 12 mar 2016]; 37(2):101-110. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000200001&lng=es)
10. Santana Fernández KA, Rey Ferrales Y, Morgado Quintero N, Silva Colomé ME, Rodríguez RE. Caracterización de la celulitis facial odontogena en el servicio de urgencia estomatológica. AMC. 2014 [citado 12 mar 2016]; 18(5): 486-497. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552014000500005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000500005&lng=es)

11. Boza Mejías Y, Mora Pérez C, Romero Rodríguez JI, Sosa Suárez S, Payo Monzón M, Díaz Duménico A. Celulitis facial odontogénica. Medisur. 2012 [citado 12 mar 2016]; 10(5):380-385. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180024553008.pdf>

12. Hernández Millán AB, Sueiro Sánchez IA, Hernández Millán ZL. Complicaciones derivadas del absceso dentoalveolar agudo en pacientes pertenecientes al área VII, Cienfuegos (2013). Rev Cubana Estomatol. 2015 [citado 12 mar 2016]; 52(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072015000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072015000400003&lng=es)

13. Vila Morales D, Fernández Collazo ME, González-Longoria Concepción R. Celulitis facial en niños con criterio de hospitalización. Rev Cubana Estomatol. 2013[citado 2016 mar 12]; 50(3): 240-249. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072013000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072013000300002&lng=es)

Recibido: 22 de junio de 2016

Aprobado: 16 de marzo de 2017

MSc. *Tamara Batista Sánchez*. Policlínico Pedro Díaz Coello. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: [tami@crystal.hlg.sld.cu](mailto:tami@crystal.hlg.sld.cu)