

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de pacientes ingresados con procesos inflamatorios cérvico-faciales en el Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Characterization of admitted patients with cervicofacial inflammatory process in the Maxillo facial Surgery Service.

Dra. Sahily Espino Otero¹, Dr. Julio Romero Rodríguez².

¹Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial, ² Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor auxiliar. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: Los procesos inflamatorios cérvico-faciales constituyen un importante problema de salud, no tratarlos correctamente desde sus inicios provocaría complicaciones asociadas que pueden resultar fatales para la vida de los pacientes. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con procesos inflamatorios que ingresaron en el Servicio de Cirugía Máxilo-Facial en la provincia de Cienfuegos. **Método:** Estudio descriptivo que incluyó todos los pacientes ingresados por procesos inflamatorios cérvico-faciales desde enero del 2001 al 31 de diciembre del 2003 en Cienfuegos. Se estudiaron las variables: edad y sexo, datos relacionados con la afección objeto de estudio, signos y síntomas al ingreso, tratamiento aplicado, complicaciones, evolución y la estadía hospitalaria. **Resultados:** Los grupos etáreos jóvenes predominaron en ambos sexos. Los procesos de origen odontógeno son los más frecuentes y dentro de éstos los causados por caries. La extensión de los procesos a otras regiones, la fiebre, toma del estado general y el trismo fueron los signos que predominaron. **Conclusiones:** El factor fundamental que motivó el ingreso de los pacientes fue el tratamiento inadecuado en los períodos iniciales de los procesos.

Palabras Clave: Inflamación /diag, terap; infección /diag,terap; caries dental /compl; odontopatías; periodontitis

ABSTRACT

Background: Cervico-facial inflammatory processes constitute an important health problem and not to treat them since its onset could cause associated complications that could be fatal for the health of the patient. **Objective:** To characterize the patients with inflammatory processes who were admitted at the Maxillo-Facial service in Cienfuegos province. **Method:** Descriptive study that included all the patients admitted because of cervico-inflammatory processes from January 2001 to December 2003 in Cienfuegos. The variables under study were: Age, sex, data related with the disease under study, signs and symptoms on admission, applied treatment, complications, follow up and hospital stay. **Results:** The odontogenous processes are the most frequent and within these those caused by caries. The widespread of the process to other regions, fever, malaise and trismus were the predominant symptoms. **Conclusions.** The main cause of admission was the inadequate treatment in the initial period of the disease.

Key words: inflammation; infection; dental caries; periodontitis

INTRODUCCIÓN

Siempre ha sido una preocupación para el hombre la presencia de los procesos inflamatorios de la región cérvico-facial. En general se pue-

Recibido: 22 de agosto de 2005

Aprobado: 8 de octubre de 2005

Correspondencia:

Dra. Sahily Espino Otero

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

den diferenciar en dos grandes grupos: las de origen odontógeno y las de origen no odontógeno. Las de origen odontógeno son las más frecuentes en esta región porque su punto de partida se encuentra en los dientes o el periodonto^(1,2), aunque han disminuido en los últimos años gracias a una serie de medidas profilácticas, además introducción de nuevos antimicrobianos⁽³⁾, todo esto no sustituye nuestro papel como los responsables de realizar acciones directas sobre el paciente en los estadios iniciales que pueden ser: la extracción a tiempo, un acceso cameral, la incisión y drenaje del proceso para evitar el riesgo de una diseminación secundaria a estructuras alejadas de los maxilares como son los espacios cervicofaciales vecinos u otros órganos de la economía como: pulmón, encéfalo, endocardio y riñón; complicaciones que pueden dejar secuelas o aun poner en peligro la vida del paciente⁽⁴⁾, así se reportan en la literatura algunas de éstas^(5-10,11-18).

Una de las causas más frecuentes de ingreso en nuestro servicio son estos procesos inflamatorios cervicofaciales cuando han aparecido signos y síntomas que sugieren debe realizarse un tratamiento más complejo y vigilancia estrecha del paciente para evitar las complicaciones referidas, que independientemente del tipo y severidad de la infección, tienen principios comunes a cualquier proceso de esta índole, según se precisa en nuestras guías de buenas prácticas clínicas⁽¹⁹⁾.

Se basa en tres pilares fundamentales: Termoterapia, antibioticoterapia, retirada precoz del foco séptico. En relación con la termoterapia se preconiza el uso del calor en cualquiera de sus formas, aunque preferiblemente compresas húmedas y bolsas de agua caliente. En relación con la retirada del foco séptico, debe ser lo más precoz posible según su origen. La antibioticoterapia casi siempre en el período inicial se realiza de forma empírica, las penicilinas son los antimicrobianos de primera opción fundamentalmente cuando se trata de infecciones extrahospitalarias, aunque hay reportes de utilizarla como único antibiótico o asociada con metronidazol^(20,21,22).

Por todo lo anteriormente expuesto realizamos esta investigación con el objetivo de caracterizar los pacientes con procesos inflamatorios que ingresaron en el Servicio de Cirugía Máxilo-Facial en la provincia de Cienfuegos.

METODOS

Estudio descriptivo correlacional sobre una serie de casos ingresados en la sala del Servicio de Cirugía Máxilo-Facial, en el período comprendido desde enero del 2001 hasta el 31 de diciembre del 2003 en Cienfuegos por procesos inflamatorios de etiología definida, en el período de estudio.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que solicitaron la salida del servicio (traslados y pacientes con alta precoz) y aquellos cuyos datos no constaban en la historia clínica. A cada paciente se le aplicó una encuesta diseñada al efecto donde se recogieron datos que identifican al paciente tales como: sexo y edad; datos relacionados con la afección objeto de estudio: etiología, tratamiento previo, tipo de tratamiento; signos y síntomas al ingreso, no se reflejan los signos de Celso por considerarse específicos de estos procesos, además se tuvo en cuenta el tratamiento aplicado al ingreso, complicaciones y estadía hospitalaria.

Una vez recogida toda la información necesaria para el estudio, se confeccionó una base de datos utilizando el programa EpiInfo versión 6.0, que permitió el posterior procesamiento de los datos de forma automatizada.

Los resultados se muestran en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en números y porcentaje.

RESULTADOS

Al analizar la edad y el sexo de los pacientes incluidos en nuestro estudio, no existió predominio significativo entre uno y otro.

En relación con los grupos etáreos, encontramos que en ambos sexos predominó el grupo de 26 a 35 años con un 62,5 % en el sexo masculino y un 46,2 % en el femenino, lo que representa un 54,0 % del total estudiado; el grupo de 16 a 25 años le siguió en orden de frecuencia también en ambos sexos con el 34,7 % en el femenino y 20,8 % en el masculino para un 28,0 % del total. Tabla 1.

Predominaron los procesos de origen odontogénico, la caries dental constituyó la primera causa de éstos, con un 53,8 %, seguidos de los procesos posextracción dentaria con el 35,9 %.

En el grupo de los no odontogénicos predominaron las traumáticas con el 45,5 % y en segundo lugar las cutáneas con el 27,3 %. Tabla 2.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad. N=50

Grupo etáreo	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
16-25	9	34,7	5	20,8	14	28,0
26-35	12	46,2	15	62,5	27	54,0
36-45	3	11,5	3	12,5	6	12,0
46-55	1	3,8	1	4,2	2	4,0
56 o +	1	3,8	-	0,0	1	2,0
Total	26	100	24	100	50	100

Tabla 2. Clasificación según factores etiológicos. N=50

Factores etiológicos	Total	
	No.	%
No odontógenos	Traumática	5 45,5
	Infección cutánea	3 27,3
	Sialoadenitis	2 18,2
	Adenopatía	1 9,0
	Otras	1 9,0
	n=11	
Odontógenos	Caries	21 53,8
	Pos-extracción	14 35,9
	Periodontopatías	4 10,3
	n=39	

Al estudiar el tratamiento que se había indicado a los pacientes en el período previo al ingreso, encontramos que el 92,0 % había tenido alguna indicación terapéutica.

En relación con la antibioticoterapia solamente se le indicó a 37 pacientes que representan el 74,0 % de los estudiados. La termoterapia se utilizó en 11 pacientes que representan el 22,0 %, pero queremos señalar que según los resultados reflejados en las encuestas, 7 de estos pacientes utilizaron la termoterapia con frío y solamente utilizaron calor 4, que representan el

8,0 % de los estudiados. La retirada del foco séptico se realizó en 1 paciente para un 2,0 %.

De los 37 pacientes que recibieron tratamiento con antibióticos, observamos que la penicilina G fue la más utilizada con un 67,6 %, le siguen en orden de frecuencia la tetraciclina con el 40,5 % y el sulfaprim con 16,2 %.

El 32,4 % de los pacientes utilizará otros antibióticos como son la ciprofloxacina, kanamicina, ampicilina, amoxicilina, fenoximetilpenicilina, cefalexina, oxacilina. También queremos señalar que 15 (40,5 %) de los pacientes utilizaron más

de un antibiótico en combinaciones como penicilina-eritromicina, penicilina-tetraciclina, tetraciclina-sulfaprim, penicilina-gentamicina. Tabla 3.

Tabla 3. Tipos de antibióticos utilizados previo al ingreso. N=50

Antibiótico	No	%
Penicilina G	25	67,6
Tetraciclina	15	40,5
Sulfaprim	6	16,2

Entre los signos y síntomas que presentaban los pacientes al momento del ingreso, la fiebre predominó sobre los demás con el 90,0 %; los otros síntomas que encontramos con más frecuencia fueron el trismo y la toma del estado general con 40,0 % y el 30,0 % respectivamente.

La disfagia se encontró siempre asociada a otros síntomas.

En cuanto a la distribución de estos procesos por regiones según etiología, observamos que en ambos grupos predominan los procesos que incluyen más de una región con el 86,0 %.

En el tratamiento de los pacientes estudiados según los pilares aprobados en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, la antibioticoterapia se aplicó en los 50 (100 %), la termoterapia no se aplicó en 1 paciente y la retirada del foco séptico se realizó en el 34,0 % estando aún ingresados.

En relación con el tipo de antibiótico utilizado, fundamentalmente se utilizaron 4 grupos de éstos, entre los que encontramos el uso de cefazolina en 16 pacientes que representan el 32,0 %, la penicilina y la asociación de la cefazolina con metronidazol en 9 pacientes en cada grupo con el 18,0 % y la asociación de la penicilina con el metronidazol en 8 que representan el 16,0 %; en el grupo Otros que incluyó 4 pacientes (8,0 %) se relacionan aquellos que presentaron complicaciones y fue necesario utilizar varios ciclos de antibióticos por lo que a su vez fueron los de más larga estadía.

En relación con la estadía, el 80,0 % de ellos estuvo entre 1 y 7 días; de éstos 19 (38,0 %) en el primer grupo y 21 (42,0 %) en el segundo grupo, en el grupo de 8 a 14 días fueron 7, para el 14,0 %. Tabla 4.

Las complicaciones de estos procesos no fueron frecuentes, pues solamente 4 pacientes las pre-

Tabla No. 4 Tipo de antibiótico utilizado en relación con la estadía.

Antibióticos	Estadía (días)								Total	
	1 - 4		5 - 7		8 - 14		15 - 30		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Cefazolina	6	12,0	10	20,0	0	0	0	0	16	32,0
Penicilina G	4	8,0	3	6,0	2	4,0	0	0	9	18,0
Cefazolina Me- tronidazol	3	6,0	3	6,0	3	6,0	0	0	9	18,0
PenicilinaG Me- tronidazol	5	10,0	3	6,0	0	0	0	0	8	16,0
Sulfaprim	0	0	0	0	1	2,0	0	0	1	2,0
Amikacina	1	2,0	0	0	0	0	0	0	1	2,0
Amikacina Metronidazol	0	0	1	2,0	0	0	0	0	1	2,0
Ciprofloxacino Metronidazol	0	0	1	2,0	0	0	0	0	1	2,0
Otros	0	0	0	0	1	2,0	3	6,0	4	8,0
Total	19	38,0	21	42,0	7	14,0	3	6,0	50	100

sentaron, de éstas 3 (6,0 %) sufrieron progreso del proceso a otras regiones contiguas que se consideraron de gravedad por las zonas involucradas y 1 (2,0 %) que presentó una sepsis generalizada y posteriormente una segunda complicación relacionada con una descompensación de su diabetes de base.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el comportamiento de ambos sexos fue muy parecido porque el sexo femenino sobrepasó solamente en 2 al masculino, sin embargo los resultados de otros autores como Medina y Rodríguez Calzadilla, reportan el predominio de estas afecciones en el sexo masculino. En relación con los grupos etáreos observamos que predominaron los jóvenes, los cuales están comprendidos entre los 16 y 35 años, estos resultados coinciden con otro estudio, que también incluye niños^(20,22).

Nos llama la atención que son los grupos etáreos más jóvenes los que predominan con este tipo de afección, ya que estos han tenido la posibilidad de recibir una mejor atención estomatológica, tanto desde el punto de vista profiláctico como terapéutico gracias a los recursos y programas que nuestro Ministerio de Salud Pública ha puesto a su disposición.

En el estudio de estos procesos y su relación con la etiología, como muestran los resultados, predominaron los de origen odontogénico, coincidiendo con estudios realizados por otros autores, además se muestra que la causa fundamental fue la caries dental, factor perfectamente evitable si se realiza una adecuada profilaxis^(1,2,23).

Al analizar los tratamientos previos al ingreso, observamos que la utilización de los antibióticos se comportó de forma irregular, solo se habían indicado en una parte de ellos como se expuso en los resultados y su forma de utilización como se verá más adelante también tuvo dificultades, el siguiente pilar de tratamiento que estudiamos fue la termoterapia y se empleó incorrectamente, pues de los pocos pacientes que la utilizaron, 7 lo hicieron en forma de compresas frías, que como sabemos influye negativamente en la evolución; la retirada del foco séptico se le realizó a un solo paciente, pero en este se había utilizado inadecuadamente la termoterapia y el antibiótico por lo que su evolución tórpida exigió su remisión e ingreso en el nivel secundario. Como es conocido, la penicilina G es el antibi-

ótico de primera línea a utilizar extrahospitalariamente, comprobado en estudios realizados en otras instituciones, que coinciden con nuestros resultados, sin embargo nos llama la atención el uso frecuente de otros antibióticos no considerados de primera línea como son: la tetraciclina, el sulfaprim, la ampicilina, ciprofloxacina, fenoximetilpenicilina, en las áreas de salud. Podríamos preguntarnos ¿por qué no se utilizó la penicilina G en todos los casos?, ¿Será que al enfrentar el proceso en sus estadios iniciales no le dan la importancia necesaria y utilizan estos antibióticos vía oral, o el motivo sería que eran alérgicos a la penicilina estos pacientes?. Esta interrogante no entra en nuestro estudio pero sería oportuno tenerlo en cuenta por nuestros estomatólogos para investigaciones posteriores. También nos llama la atención el uso de más de un ciclo de antibióticos con asociaciones incorrectas, reflejando un mal manejo de estos, lo que conjuntamente con el empleo inadecuado de la termoterapia y la no retirada del foco séptico constituyen factores que favorecen a un empeoramiento del proceso y la necesidad de atender al paciente en un régimen intrahospitalario que evite las complicaciones que ponen el peligro su vida como ha sido reportado por otros autores. Entre los signos clínicos presentes en los enfermos al momento del ingreso predominó la fiebre, tanto en los procesos no odontogénicos como los odontogénicos, esto difiere de los resultados encontrados por Unkell donde la fiebre es el signo clínico predominante en los procesos de origen no odontogénico, quien lo considera una diferencia clínica importante entre ambos grupos; los demás signos encontrados con frecuencia fueron el trismo y la toma del estado general, todos de importancia y gravedad en un proceso con la posibilidad de diseminación sistémica y por tanto tributarios de ingreso. En el caso de la disfagia notamos que no se presentó como síntoma aislado, sino como un síntoma subjetivo del paciente y por lo tanto en dependencia de las características del mismo^(4,20,21,24,25).

En relación con la distribución, según etiología y localización, observamos que en ambos grupos etiológicos predominaron los procesos no localizados, lo que demuestra la extensión de estos a varias regiones, por lo que fue uno de los factores que se tomaron en consideración al evaluar el paciente en el departamento de urgencia para decidir su ingreso.

Cuando nos referimos al comportamiento de los pilares de tratamiento según las normas de buenas prácticas clínicas de nuestro servicio, comprobamos que la totalidad de los pacientes recibió tratamiento con antibiótico, en uno de ellos no se utilizó la termoterapia ya que su ingreso fue de corta estadía (24 horas) y la retirada del foco séptico, sólo se realizó a una parte de los pacientes que se correspondían con los que residen fuera de la ciudad, pero el resto no lo realizamos en nuestra unidad, ya que contamos con la posibilidad de coordinación con las áreas de salud en la atención primaria para realizarlo y asumir su seguimiento⁽¹⁹⁾.

Observamos que se utilizaron fundamentalmente 4 grupos de antibióticos, el más frecuente fue la cefazolina y en segundo lugar la penicilina, seguida por la asociación de estos con el metronidazol; los pacientes de estos grupos se corresponden con los de menor estadía, en la literatura se reporta el uso de la penicilina como

único antibiótico o asociada con el metronidazol^(20,21,22).

En el grupo otros, incluimos varios ciclos de antibióticos como: ceftriaxone - gentamicina - metronidazol, cefazolina-claforan, gentamicina-cefazolina-metronidazol y ceftriaxone utilizados en 4 pacientes, que por las complicaciones que presentaron requirieron de esta terapia y de mayor estadía hospitalaria. En los pacientes objeto de nuestro estudio se reportaron complicaciones en 4 de ellos, la que predominó fue la extensión del proceso a otras regiones; se reporta como otra causa la de un paciente que presentó sepsis generalizada y posteriormente descompensación diabética. En realidad nuestros pacientes evolucionaron satisfactoriamente, no tuvimos fallecidos lo que demuestra la importancia de cumplir la adherencia a las guías de buenas prácticas clínicas para evitar complicaciones graves como las descritas en la literatura^(5-10,11-18).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berini AL. Infección Odontogénica. En: Bascones MA. Tratado de Odontología Madrid : Trigo; 1998. p. 3693-712.
2. Bascones A, Manso F. Infecciones odontógenas de la cavidad bucal y región máxilofacial. Av Odontostomatol. 1994; 10: 16-22.
3. Sanz M. Estudio clínico comparativo de la eficacia de la azitromicina frente amoxicilina /ac. Clavulanico en el tratamiento de infecciones orales. RCOE. 2001; 6: 387-94.
4. Capes J, Salon J, Well D. Bilateral cervicofacial axillary and anterior mediastinal enphysema. A rare complication of third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg. 1999; 57: 996-9.
5. García A. Absceso orbitario anaerobio de origen odontogénico. Rev Europea de Odontostomatol. 1994; 6 (6): 363-6.
6. Meyer MA. Steptococcal toxic shock syndrome complicating preseptal cellulitis. Am J Ophthalmol. 1997; 123(6):841-3.
7. Pickett KC, Gallaher KJ. Facial submandibular cellulitis associated with late-onset group B streptococcal infection. Adv Neonatal Care. 2004; 4(1):20-5.
8. Artigas Rodríguez S. Síndrome adenitis celulitis por estreptococo del grupo B en lactantes. Un indicador de bacteriemia. An Español Pediatr. 2002; 56:251-2
9. Bang RL. Beta haemolytic Streptococcus infection in burns. Burns. 1999; 25(3):242-6.
10. García A, Diz P. Inflamación de la celda submaxilar como consecuencia de exodoncia del tercer molar inferior. Rev Europea de Odontomatología. 1994; 6(4): 237-40.
11. Morejón Álvarez F. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev Cubana Estomatol. 2000; 37(2): 102-5.
12. Revol P. Brain Abscess and diffuse cervico-facial cellulitis: complication after Mandibular third molar extraction. Rev Estomatol Chir Maxillofac. 2003;104(5): 285-9.
13. Contreras MA. Fistulas cutáneas de origen dental: A propósito de cuatro casos. Rev Vasca de Odonto-Estomatología. 1997; 7(1): 138-46.
14. Jeffcoat MK. Infección periodontal y partoprematuro. Resultados de un estudio prospectivo. JADA. 2002; 5(2): 74-82.

15. Kudinova ES. Septic metastatic complications in facial furuncles and carbuncles. *Stomatologia*. 1999; 78(3): 22-5
16. Karshiev KhK. An analysis of the modality of patients with suppurative-inflammatory diseases of the maxillofacial area. *Stomatologia*. 1997; 76(5): 9-10.
17. Chen HM. Facial *Candida Albicans* cellulitis occurring in a patient with oral Submucous fibrosis and unknown diabetes mellitus after local corticosteroid Injection treatment. *J Oral Pathol Med*. 2004;33(4): 243-5.
18. Branca G. Haemophilus influenza cellulitis. A review and case report. *N Y State Dent J*. 2003; 69 (3): 34-6.
19. Romero RJ, Guerra A. Infecciones cérvicofaciales. [en línea]. 2001.URL disponible en: <http://gal.cfg.sld.cu/gbp/GBP-Principal.htm>. 2001.
20. Rodríguez Calzadilla O. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. *Rev Acta Odontológica Venezolana* 2001; 39(3):15-20.
21. Kuriyama T. Bacteriologic features and antimicrobial susceptibility in isolates from orofacial odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2000; 9(5): 600-8.
22. Medina VLD. Celulitis facial odontógena. Estudio de dos años. *Medicentro*[en línea].2002. Disponible en: [http://www.vcl.cu/medicentro/vgn102/pdf\(1\)](http://www.vcl.cu/medicentro/vgn102/pdf(1)) .
23. Berini Brescó M, Gay Escoda C. Celulitis bucal y cervicofacial: Concepto, diagnóstico y tratamiento. *Med Oral*. 1999; 4:337-50.
24. Vallcorba N. Cambios microbiológicos en la flora subgingival después del tratamiento con ácido cluavulánico. *AV Period*. 1989; 1 (4): 87-92.
25. Unkel JH. Comparison of odontogenic and nonodontogenic facial cellulitis in a pediatric hospital population. *Pediatr Med*. 1997; 19 (8): 476-9