ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de pacientes diagnosticados con procesos inflamatorios cérvico-faciales

Characterization of Patients Diagnosed with Cervicofacial Inflammatory Processes

Yeni Ajete Valdés[1] Alain Soto Ugalde[1] Blas Jorge González Manso[1] Jorge Ernesto González García[1] Dianelys Molina Macías[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Valdés Y, Ugalde A, Manso B, García J, Macías D. Caracterización de pacientes diagnosticados con procesos inflamatorios cérvico-faciales. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 4]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53333

Resumen

Fundamento: los procesos inflamatorios cérvico-faciales constituyen una causa frecuente de morbilidad, con potencial para desarrollar complicaciones graves. Su conocimiento actualizado favorece la efectividad del tratamiento.
Objetivo: caracterizar los pacientes diagnosticados con procesos inflamatorios cérvico-faciales.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de serie de casos, con pacientes diagnosticados y atendidos por procesos inflamatorios cérvico-faciales, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en el período desde enero de 2019 a marzo de 2021. El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 15 años que acudieron al servicio. Se analizaron las variables: edad, sexo, síntomas y signos al ingreso, causa odontógena, causa no odontógena, localización anatómica del proceso inflamatorio, terapéutica antibiótica durante el ingreso, eliminación precoz del foco séptico, complicaciones y adherencia a las guías prácticas del servicio. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. Los resultados se expresaron mediante números absolutos y porcentajes, presentados en formatos de tablas.
Resultados: predominó el sexo femenino y los grupos etarios de 36 a 59 años y de 60 años y más. El dolor fue el síntoma más frecuente. La etiología no odontógena fue la más común, con predominio de las infecciones cutáneas.
Conclusiones: el manejo se ajustó a las guías prácticas del Servicio en el mayor porciento de los casos, con una evolución clínica favorable y baja tasa de complicaciones. La celulitis facial no odontógena resultó predominante, lo que sugiere un cambio en el patrón etiológico con respecto a estudios previos.

Palabras clave: celulitis flemón, infecciones de los tejidos blandos, infección focal dental, procedimientos quirúrgicos orales

Abstract

Foundation: cervicofacial inflammatory processes are a frequent cause of morbidity, with the potential to develop serious complications. Up-to-date knowledge of these processes improves treatment effectiveness.
Objective: to characterize patients diagnosed with cervicofacial inflammatory processes.
Methods: a descriptive, prospective, case series study was conducted with patients diagnosed and treated for cervicofacial inflammatory processes at the Maxillofacial Surgery Department of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital in Cienfuegos, from January 2019 to March 2021. The study population consisted of all patients over the age of 15 who presented to the service. The following variables were analyzed: age, sex, signs and symptoms upon admission, odontogenic vs. non-odontogenic cause, anatomical location of the inflammatory process, antibiotic therapy during the hospital stay, early elimination of the septic focus, complications, and adherence to the service's clinical practice guidelines. The SPSS statistical software package (version 21.0 for Windows) was used. Results are expressed as absolute numbers and percentages and are presented in tabular format.
Results: females predominated, as did the 36-59 and 60+ age groups. Pain was the most frequent symptom. Non-odontogenic etiologies were the most common, with skin infections being the most prevalent.
Conclusions: management followed the service's clinical practice guidelines in the majority of cases, with a favorable clinical outcome and a low complication rate. Non-odontogenic facial cellulitis was predominant, suggesting a change in the etiological pattern compared to previous studies.

Key words: cellulitis, soft tissue infections, dental focal infection, oral surgical procedures

Aprobado: 2026-08-06 00:05:06

Correspondencia: Yeni Ajete Valdés. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. yeniajetevaldes@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La inflamación es una respuesta inespecífica frente a agresiones del medio, generada por agentes inflamatorios con el fin de aislar y destruir al agente dañino, así como, reparar el tejido dañado. En la región cérvico-facial, los procesos inflamatorios de carácter infeccioso constituyen un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia y una de las principales causas de ingreso en Cirugía Maxilofacial. La celulitis facial se define como la inflamación aguda de la dermis y el tejido celular subcutáneo, causada por piógenos, generalmente debido a una lesión en la piel, donde el área afectada se encuentra edematosa, eritematosa y con aumento de la temperatura local de forma difusa. [1]

A nivel mundial, las infecciones de piel y partes blandas son sumamente frecuentes. Se estima una incidencia de, aproximadamente, 200 casos por cada 100 000 habitantes por año y pueden representar hasta un 10 % de los ingresos hospitalarios. Comprometen con mayor frecuencia las extremidades inferiores entre el 70 y el 80 % de los casos y ocurren con igual frecuencia en hombres y mujeres, [2] aunque en su gran mayoría se trata de casos leves, en ocasiones pueden provocar complicaciones locales y sistémicas graves. [3]

Las enfermedades infecciosas han influido determinantemente en la evolución de la historia del hombre y son, en la actualidad, una causa importante de morbilidad en el mundo. A pesar del descubrimiento de cientos de agentes antimicrobianos, la aparición de cepas resistentes por el uso inadecuado de fármacos constituye hoy una amenaza para la Salud Pública Global. [4] Se estima que las infecciones bacterianas debidas a la resistencia antimicrobiana estuvieron asociadas a 4,95 millones de muertes en 2019. [5]

En Cuba, los procesos inflamatorios cérvico-faciales constituyen un problema de salud, al representar del 20 al 25 % de los pacientes atendidos en los Servicios de Cirugía Maxilofacial. [6] Los procesos sépticos en general pueden tener etiología odontógena o no odontógena. Las infecciones odontógenas se originan principalmente por caries, abscesos periapicales y periodontales, y su gravedad radica en las potenciales complicaciones: extensiones pleuropulmonares, intracraneales, retrofaríngeas o diseminación hematógena. [7] Por otra parte, dentro de los procesos no odontógenos, las infecciones dermatológicas, otológicas, adenitis cervical, osteomielitis y traumatismos, también constituyen fuentes de infección e inflamación difusa de los tejidos cérvico-faciales. [8]

El manejo de los procesos inflamatorios cérvico-faciales es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario. El tratamiento se basa en una combinación de antibioticoterapia eficiente, tratamiento quirúrgico oportuno: eliminación del foco séptico, incisión y drenaje, y medidas de soporte. [9] Las guías actuales recomiendan el uso de betalactámicos como primera línea, aunque la elección empírica debe basarse en el conocimiento de la ecología microbiana local y los patrones de resistencia. [10,11]

Dentro de las primeras causas de ingreso del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos se encuentran los procesos inflamatorios cérvico-faciales, [6] de ahí la importancia de contar con guías de buenas prácticas para su manejo. Dado el alto número de casos atendidos, la complejidad en el manejo de estas afecciones y la necesidad de actualizar el conocimiento sobre su comportamiento clínico-epidemiológico en el medio, se realizó la presente investigación con el objetivo de: caracterizar a los pacientes diagnosticados con procesos inflamatorios cérvico-faciales atendidos en dicho servicio.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, prospectiva, de serie de casos, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. El estudio se llevó a cabo entre el 1ro. de enero de 2019 al 31 de marzo de 2021. El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 15 años que acudieron al servicio por presentar procesos inflamatorios cérvico-faciales y que requirieron ingreso hospitalario, lo cual coincidió con la muestra, n=35.

Se analizaron las variables: edad, sexo, síntomas y signos al ingreso, causa odontógena, causa no odontógena, localización anatómica del proceso inflamatorio, terapéutica antibiótica durante el ingreso, eliminación precoz del foco séptico, complicaciones y adherencia a las guías prácticas del servicio.

- Edad: grupos etarios

- De 15 a 25 años.
- De 26 a 35 años.
- De 36 a 59 años.
- De 60 y más años.

- Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

- Síntomas y signos al ingreso:

- Dolor, trismo, fiebre, disfagia, astenia, taquicardia, anorexia, disnea.

- Causa odontógena:

- Caries, post-extracción dental.
- Postquirúrgico.

- Causa no odontógena: infecciones cutáneas, infecciones de glándulas salivales, traumas, procesos oncoproliferativos.
- Localización anatómica del proceso inflamatorio.
- Terapéutica antibiótica durante el ingreso.
- Eliminación precoz del foco séptico:

- Extracción precoz.
- Cureteado alveolar.
- Incisión y drenaje.
- Canalización de conductos salivales.

- Complicaciones y adherencia a las guías prácticas del servicio.

La recolección de la información fue realizada mediante un modelo para recopilar datos, elaborado según las variables de interés. La información se obtuvo a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para *Windows*. Los resultados se expresaron mediante números absolutos y porcentajes, presentados en formatos de tablas.

Se cumplieron los principios éticos de respeto a las personas y la confidencialidad, de beneficencia, de no maleficencia y justicia. Se consideró innecesaria la solicitud del consentimiento informado de los pacientes, pues los datos primarios se obtuvieron, de manera exclusiva, de las historias clínicas hospitalarias y fueron utilizados únicamente para los fines de esta investigación.

RESULTADOS

En el período estudiado se pudo constatar en las historias clínicas consultadas que ingresaron 35 pacientes con procesos inflamatorios cérvico-faciales al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Del total de pacientes, predominó el sexo femenino con un 57,1 %. La mayor cantidad fue de los grupos etarios de 36 a 59 años y de 60 años y más, cada uno con un 28,6 % del total. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
De 15 a 25 años	-	-	7	20,0	7	**20,0**
De 26 a 35 años	3	8,6	5	14,3	**8**	**22,9**
De 36 a 59 años	7	20,0	3	8,6	**10**	**28,6**
De 60 y más años	5	14,3	5	14,3	**10**	**28,6**
Total	**15**	**42,9**	**20**	**57,1**	**35**	**100**

El dolor estuvo presente en la totalidad de los pacientes, seguidos del trismo en el 71,4 %, la fiebre en el 57,1 % y la disfagia en el 42,8 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según síntomas y signos al ingreso

Síntomas y signos	No.	%
Dolor	35	100
Trismo	25	71,4
Fiebre	20	57,1
Disfagia	15	42,8
Astenia	10	28,6
Taquicardia	9	25,7
Anorexia	8	22,9
Disnea	2	5,7

En la muestra hubo predominio de la etiología no odontógena en un 60 % de los casos, con la infección cutánea como la causa más frecuente en este grupo con un 28,6 %, del total. En el caso de la etiología odontógena, la caries, tuvo mayor repercusión con 11 casos para un 31,4 % de los casos de este grupo. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según causa odontógena y no odontógena

Causa odontógena	No	%
Caries	11	31,4
Post-extracción dental	1	2,9
Postquirúrgico	2	5,7
Total	**14**	**40,0**
Causa no odontógena	**No**	**%**
Infección cutánea	10	28,6
Infección glándulas salivales	7	20,0
Procesos oncoproliferativos	3	8,6
Traumas	1	2,9
Total	**21**	**60,0**
Total general	**35**	**100**

La región geniana fue la localización anatómica más afectada con un 65,7 %, seguida por la submandibular con el 31,4 % y la infraorbitaria con el 25,7 % de los pacientes. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según localización anatómica del proceso inflamatorio cérvico-facial

Localización anatómica	No.	%
Geniana	23	65,7
Submandibular	11	31,4
Infraorbitaria	9	25,7
Labial superior	6	17,1
Temporal	5	14,3
Cervical lateral	4	11,4
Parotídea	4	11,4
Mentoniana	3	8,6
Labial inferior	2	5,7

En cuanto a la terapéutica antibiótica, el metronidazol en el 25,7 % de los casos y la ceftriaxona, en el 22,9 %, fueron los fármacos más utilizados, seguidos de la penicilina parenteral y el trifamox con un 20,0 % cada uno. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los pacientes según la terapéutica antibiótica al ingreso

Terapéutica antibiótica	No.	%
Metronidazol	9	25,7
Ceftriaxona	8	22,9
Penicilina parenteral	7	20,0
Trifamox	7	20,0
Vancomicina	4	11,4
Clindamicina	4	11,4
Cotrimoxazol	4	11,4
Cefuroxima	3	8,6
Cefalexina	2	5,7
Moxifloxacino	2	5,7
Meropenem	1	2,9
Amikacina	1	2,9
Cefotaxima	1	2,9
Amoxicilina	1	2,9
Cloranfenicol	1	2,9
Gentamicina	1	2,9
Cefazolina	1	2,9

En los casos odontógenos predominó la extracción del diente causal, en el 31,4 %. En los casos no odontógenos, la incisión y el drenaje fueron los procedimientos más realizados, en un 31,4 % del total de estos casos. Solamente en 2 casos, un 5,7 % de celulitis facial odontógena, no se realizó procedimiento alguno. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los pacientes según eliminación precoz del foco séptico

Celulitis facial odontógena	No.	%
Extracción del foco odontógeno	11	31,4
Cureteado alveolar	1	2,9
No se realizó procedimiento	2	5,7
Total	**14**	**100**
Celulitis facial no odontógena	**No**	**%**
Incisión y drenaje	11	31,4
Canalización de los conductos de glándulas salivales	3	8,6
Tratamiento no quirúrgico	7	20,0
Total	**21**	**100**
Total general	**35**	**100**

La evolución clínica fue favorable en la mayoría de los pacientes. Solo se registró expansión del proceso a otras regiones anatómicas en dos casos, un 5,7 % y un paciente para un 2,9 %, requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos. No se reportaron casos de angina de *Ludwing*, choque séptico, ni trombosis del seno cavernoso. Finalmente, el tratamiento aplicado se adhirió a las guías de prácticas clínicas del servicio en el 80 % de los casos, 28 pacientes, mientras que en el 20 % restante,7 pacientes, se registraron desviaciones relacionadas, principalmente, con la indisponibilidad de antibióticos de primera línea en el momento de la atención.

DISCUSIÓN

El predominio del sexo femenino y de los grupos de edades avanzadas observado en este estudio difiere de lo reportado por Quintana y cols. en el Hospital Ciro Redondo García de Artemisa, donde predominaron los pacientes de 15 a 24 años para un 39,2 % y los del sexo masculino para un 66 %. [12] En contraste, los resultados de este estudio coinciden con los de Garcés y cols. en Ecuador, quienes encontraron predominio del grupo etario de 35 a 59 años, 56,2 % y del sexo femenino, 53,1 %.[13] Las diferencias podrían explicarse por las características de la Atención Primaria de salud en Cuba, en la que los pacientes con cuadros leves son atendidos en la comunidad y solo aquellos con empeoramiento clínico, enfermedades sistémicas descompensadas o alergias a antimicrobianos son remitidos al nivel secundario, lo cual podría sesgar la muestra hacia edades más avanzadas y comorbilidades asociadas [14,15]

En cuanto a la sintomatología, los hallazgos son congruentes con la fisiopatología de los procesos inflamatorios, donde la activación de mediadores químicos como: prostaglandinas o bradicinina producen cambios electrofisiológicos en las terminaciones nerviosas, al generar dolor espontáneo y prolongado. [16] La fiebre y la disfagia reflejan la respuesta sistémica del huésped y la afectación de espacios profundos, respectivamente. Resultados similares fueron reportados por López y cols. en México, que identificaron al dolor y la fiebre como las manifestaciones clínicas más frecuentes en las infecciones odontogénicas. [17]

Un hallazgo relevante de este estudio fue el predominio de la etiología no odontógena sobre la odontógena. Este comportamiento difiere de lo reportado por Espino y cols. en el mismo hospital en el período 2003 al 2008, donde predominaron los procesos odontógenos con un 53,8 %. [6] Este cambio en el patrón etiológico podría deberse a

una mejora en la atención estomatológica primaria (programas de salud bucal, mayor cobertura de tratamientos restaurativos y preventivos) que ha reducido las complicaciones infecciosas de origen dental, mientras que las infecciones cutáneas y de glándulas salivales han emergido como causas principales. Las infecciones cutáneas, como la forunculosis, se favorecen por la ruptura de la barrera cutánea, y permiten la entrada de microorganismos como *Staphylococcus aureus*. [3]

La región geniana es un espacio anatómicamente complejo, que contiene la bola adiposa de *Bichat* y se comunica con las regiones temporal y cigomática, lo que explica su frecuente compromiso en procesos inflamatorios difusos. [18] Rodríguez y cols. encontraron un predominio de la región submandibular, 65 %, seguida de la geniana, 55 %, [19] mientras que Garcés y cols. reportaron un 48,5 % de afectación geniana. [13] Las diferencias pueden atribuirse a variaciones en la etiología predominante: las infecciones odontógenas suelen afectar con mayor frecuencia el espacio submandibular, mientras que las infecciones cutáneas y de glándulas salivales comprometen más la región geniana.[18] Este último hallazgo se ha descrito en series de casos de celulitis facial no odontógena en la población pediátrica [20]aunque las guías internacionales recomiendan el uso de betalactámicos como primera línea [2,3] la selección empírica en este medio se ha visto influenciada por la disponibilidad de insumos médicos. Zerón, destacó que la prescripción de antibióticos en infecciones odontogénicas debe basarse en criterios clínicos claros y evidencia científica e indicarse solo cuando haya signos de diseminación sistémica o pacientes inmunocomprometidos. [10] La alta frecuencia de uso de metronidazol refleja la necesidad de cubrir anaerobios en infecciones polimicrobianas [21] sin embargo, la variabilidad observada sugiere la necesidad de estandarizar protocolos y asegurar la disponibilidad de antibióticos de primera línea.

Con relación al tratamiento López y cols. refirieron que la termoterapia local, aplicada de forma constante, favoreció la vasodilatación, el aumento del flujo sanguíneo y la fagocitosis, que aceleraron la resolución del proceso y, en algunos casos, el drenaje espontáneo. [17] Estos resultados coinciden con lo reportado por Quintana y cols. que preconizan el drenaje de colecciones purulentas para prevenir complicaciones. [12]

Las complicaciones de los procesos inflamatorios cérvico-faciales pueden ser graves y potencialmente mortales si no se instaura un tratamiento oportuno. La literatura consultada coincide en que la diseminación a espacios profundos, la mediastinitis descendente, el compromiso de la vía aérea y el choque séptico son eventos temidos, aunque su frecuencia ha disminuido en la era de los antimicrobianos y los protocolos quirúrgicos actuales.[22] En este sentido, *Hoerter* y cols. señalaron que las infecciones odontogénicas pueden extenderse a los espacios faciales profundos y causar complicaciones como angina de *Ludwing*, trombosis del seno cavernoso o mediastinitis, por lo que recomiendan un manejo agresivo que incluya antibioticoterapia empírica de amplio espectro y drenaje quirúrgico precoz. [18] Por su parte, las guías clínicas de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial enfatizan la necesidad de identificar y tratar precozmente la colección purulenta para evitar la progresión de la infección a espacios no comprometidos. [8] De igual manera, De Vedia y cols. en su guía de manejo de infecciones de piel y partes blandas destacaron que el drenaje quirúrgico oportuno reduce significativamente el riesgo de complicaciones sistémicas [3] aunque en la serie de Espino y cols. realizada en el mismo hospital en un período anterior, no se reportaron complicaciones mayores, [6] otros autores cubanos como Quintana y cols. han señalado que la celulitis facial puede evolucionar hacia formas graves si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. [12] Así, la evidencia disponible subraya que la combinación de antibioticoterapia efectiva, el tratamiento quirúrgico interceptivo y las medidas de soporte constituyen la base para prevenir el desarrollo de complicaciones severas. [9,18,22]

Conflictos de interés:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

1. Conceptualización: Yeni Ajete Valdés, Alain Soto Ugalde, Blas Jorge González Manso.

2. Curación de datos: Yeni Ajete Valdés.

3. Análisis formal: Yeni Ajete Valdés, Alain Soto Ugalde.

4. Investigación: Yeni Ajete Valdés, Alain Soto Ugalde, Blas Jorge González Manso.

5. Metodología: Yeni Ajete Valdés, Alain Soto Ugalde, Blas Jorge González Manso, Jorge Ernesto González García, Dianelys Molina Macías.

6. Supervisión: Alain Soto Ugalde, Blas Jorge González Manso, Jorge Ernesto González García, Dianelys Molina Macías.

7. Validación: Yeni Ajete Valdés, Alain Soto Ugalde, Blas Jorge González Manso.

8. Visualización: Yeni Ajete Valdés, Jorge Ernesto González García, Dianelys Molina Macías.

9. Redacción del borrador original: Yeni Ajete Valdés, Jorge Ernesto González García, Dianelys Molina Macías.

10. Redacción, revisión y edición: Yeni Ajete Valdés, Alain Soto Ugalde, Blas Jorge González Manso, Jorge Ernesto González García, Dianelys Molina Macías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Ortiz E, Arriagada C, Poehls C, Concha M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermo-Sifiliográficas[Internet]. 2019[citado 13/4/26];110(2):[aprox. 13p.]. Disponible en: https://www.actasdermo.org/es-download-pdf-S0001731018304253.

2- Cotos A, Alonso M, Velasco V, López A, Sancha L, Rodríguez B, et al. Manejo actual de la celulitis infecciosa: desde la epidemiología hasta el abordaje hospitalario en España. Rev Clin Esp[Internet]. 2026[citado 13/6/26];226(2):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.revclinesp.es/es-manejo-actual-celulitis-infecciosa-desde-articulo-S0014256525002218.

3- De Vedia L, Rodríguez C, Torres M, Zujlevic N, Puscama A, Clara L, et al. Guía de manejo de las infecciones de piel y partes blandas Grupo de Trabajo Inter-Sociedades para la confección de las Guías de manejo de las infecciones de piel y partes blandas. Medicina[Internet]. 2025[citado 13/4/26];85(Suppl. 3):[aprox. 62p.]. Disponible en: https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol85-25/s3/1s3.pdf.

4- Organización Panamericana de la Salud. Global report on infection prevention and control 2024. Washington:OPS;2025[citado 13/4/26]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116337.

5- Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399(10325):629-55.

6- Espino S, Romero J. Caracterización de pacientes ingresados con procesos inflamatorios cérvico-faciales en el Servicio de Cirugía Maxilofacial. Medisur[Internet]. 2005[citado 13/4/26];3(3):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/119/4784.

7- Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Abordaje de procesos de la cavidad bucal. Capítulos de Odontología de la Guía Terapéutica Antimicrobiana del SNS[Internet]. Madrid:PNRA;2024[citado 13/4/26]. Disponible en: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/abordaje-de-procesos-de-la-cavidad-bucal.

8- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Guías Españolas de Diagnóstico y Manejo de las infecciones de cabeza y cuello[Internet]. Madrid:SEIMC;2023[citado 13/04/2026]. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/guiasclinicas/guias-seimc/.

9- Brizuela M, Daley JO. Oral Facial Infection of Dental Origin: A Guide for the Medical Practitioner[Internet]. Treasure Island:StatPearls Publishing;2025[citado 13/4/26]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542165/#__NBK542165_dtls.

10- Zerón A. Recomendaciones para la prescripción de antibióticos basadas en evidencia en infecciones odontogénicas. ADM[Internet]. 2025[citado 13/4/26];82(6):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2025/od256i.pdf.

11- Roi CI, Roi A, Rivis M, Rusu LC, Popovici RA. Impact of Treatment on Systemic Immune-Inflammatory Index in Patients with Odontogenic Cervicofacial Phlegmon. J Clin Med. 2023;12(5):1756.

12- Quintana JC, Algozain Y, García A, Álvarez Y, Quintana M. Caracterización clínica de la celulitis facial en el Hospital Ciro Redondo García de Artemisa. Panorama Cuba Salud[Internet]. 2017[citado 13/4/26];12(1):[aprox. 6p.]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4773/477355400004.pdf.

13- Garcés SJ, Maldonado D. Estudio retrospectivo sobre la incidencia de las infecciones cérvico faciales en el Hospital Pablo Arturo Suárez en el período comprendido entre enero del 2008 y diciembre del 2010. Odontol[Internet]. 2015[citado 13/4/26];17(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5597283.pdf.

14- Pomares Y, García RD, Fernández M, Alonso A, Sierra D, Pérez C. Atención Primaria de Salud en Cuba: transformaciones para un sistema más resiliente, sostenible y de mayor calidad. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2026[citado 13/4/26];42(3753):[aprox. 23p.]. Disponible en: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/download/3753/828/15780.

15- González A. El modelo cubano de Atención Primaria de Salud y la intervención sobre el riesgo vascular y el cáncer. INFODIR[Internet]. 2022[citado 13/4/26];37(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4452933046/html/.

16- Santana KA, Rey Y, Morgado N, Silva ME, Rodríguez E. Caracterización de la celulitis facial odontógena en el servicio de urgencia estomatológica. AMC[Internet]. 2014[citado 13/4/26];18(5):[aprox. 13p.]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211132444005.

17- López RM, Téllez J, Rodríguez AF. Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas. Acta Pediatr Méx[Internet]. 2016[citado 13/4/26];37(5):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://actapediatrica.org.mx/descarga/2633.

18- Hoerter JE, Zito PM. Odontogenic Orofacial Space Infections[Internet]. Treasure Island:StatPearls Publishing;2023[citado 13/4/26]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589648/.

19- Rodríguez OL, García F, Aparicio R. Procesos sépticos odontógenos y no odontógenos[Internet]. Mayabeque:Filial Universitaria Este Habana;2017[citado 13/04/2026]. Disponible en: https://files.sld.cu/cirugiamaxilo/files/2017/11/Procesos-S%C3%A9pticos-Odont%C3%B3genos-y-no-Odont%C3%B3genos.pdf.

20- Glennon CM, el Saleeby Ch, Kroshinsky D. Cellulitis in Pediatric Patients: Recognition and Management in the Era of Evolving Resistance. Am J Clin Dermatol. 2025;26(1):537-53.

21- Jover J, Gil J, Colomina J. Hacia el tratamiento empírico de elección en las infecciones por anaerobios. Rev Española Quimioter[Internet]. 2018[citado 13/4/26];31(5):[aprox, 2p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6194863/pdf/revespquimioter-31-455.pdf.

22- Fernández MA, González P, Mardones MM, Bravo R. Complicaciones severas de infecciones odontogénicas. Rev Med Clin Condes[Internet]. 2014[citado 13/4/26];25(3):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700665.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS