

Celulitis Cérvico Facial de Origen Odontogénico. Reporte de un Caso

Carlos López, Hatzel Jiménez

Departamento Ciencias Basicas- Imagenología.
Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.
carlosalbert18@hotmail.com

Recibido: 12/03/2008
Aceptado: 16/07/2008

Resumen

Se reporta el caso de un paciente género femenino con 8 años de edad que acude a la consulta manifestando dolor agudo, pulsátil, malestar general y fiebre con 24 horas de evolución. Al examen clínico se observó aumento de volumen en región mandibular facial, lado izquierdo, de consistencia firme, con adenopatía de la ganglios cervicales submandibulares. Intrabucalmente presentó inflamación del tejido pericoronario de la unidad dentaria 3.6., parcialmente erupcionada, disfagia, limitación de apertura bucal y exudado purulento. Radiográficamente la unidad dentaria 3.6 sin lesión aparente. A través de la información aportada por la anamnesis, los signos y síntomas observados se concluye que el diagnóstico definitivo es celulitis cervicofacial ocasionada por la pericoronaritis de la unidad dentaria 3.6. Se indica tratamiento antibiótico y analgésico. Control a las 24 horas. Se realiza interconsulta con cirujano bucomaxilofacial, para su evaluación y conducta. Se decide la realización del descubrimiento de corona clínica utilizando la técnica de cuña distal.

Palabras Clave: Celulitis, Infección Odontogénica, Pericoronaritis, Procedimiento de Cuña distal.

Summary. Facial Cervical Cellulitis From Odontogenic Source. A Case Report

We report the case of a female patient with 8-year-old who came to the expressed consultation acute pain, pulsed, malaise and fever in 24 hours. At the clinical examination can be seen volume increase in mandibular left facial region, firm consistency with cervical lymph adenopathy of the submandibular. Radiographically 3.6 dental unit without apparent injury. Through input from the history, signs and symptoms observed concludes that the final diagnosis was Cellulitis Cervical caused by the dental unit pericoronaritis of 3.6. It indicates analgesic and antibiotic treatment. Control within 24 hours. We carried out interconsultation with maxillofacial surgeon for evaluation and behavior. It decides the completion of the clinical crown of discovery using the technique of distal wedge.

Key Words: Cellulitis, Odontogenic Infection, pericoronitis, process of distal.

Introducción

La infección Odontogénica tiene su origen en las estructuras que forman el diente y el periodonto, y su progresión espontánea afecta al maxilar y / o mandíbula en la región periapical (1). Durante su periodo de evolución busca salida hacia la cavidad bucal, perforando la cortical vestibular en la mayoría de los casos y el periostio de maxilar

o mandíbula; todos estos fenómenos ocurren en una zona no alejada del diente responsable, aunque en algunas circunstancias debido a la musculatura que se inserta en los maxilares, puede observarse una propagación de la infección hacia regiones anatómicas más alejadas de la región periapical afectada inicialmente, provocando complicaciones.

Cuando ya ha traspasado la barrera del periostio, y queda situada entre éste y la fibromucosa, queda circunscrita a la vecindad del diente responsable la infección odontogénica en esta zona se denomina como infección primaria, sin embargo es posible que pueda suceder una diseminación secundaria, comprometiendo estructuras más alejadas del maxilar y mandíbula como los espacios faciales y cervicales, o todavía más lejanos aún, como pulmón, endocardio, cerebro, entre otros.

La etiopatogenia de la infección odontogénica es variada, destacándose como la más importante, las causas pulpares, seguida de las causas periodontales, traumáticas, infección por vía retrograda, y por ultimo pero no menos importante las iatrogénicas (2).

En dicha patogenia se distinguen tres periodos de la evolución natural, las cuales se caracterizan inicialmente por el periodo de contaminación o de inoculación, etapa que corresponde a la entrada y colonización de una cantidad suficiente de bacterias, seguido del periodo clínico, cuando aparecen una serie de signos y síntomas típicos. Clínicamente se manifiesta de entrada con la periodontitis apical aguda o absceso periodontal, a medida que la infección apical progresa va exponiéndose radicalmente yendo a buscar el camino de salida mas corto, hacia las corticales, perforándolas, pero al quedar retenida por el periostio se forma el absceso subperióstico; sin embargo la integridad del periostio acaba cediendo y permitiendo el paso de la infección a los tejidos blandos circundantes, sean intrabucales conocido como flemón o extrabucales como la celulitis.

Finalmente, en el periodo de resolución cesa la actividad inflamatoria y sucede la formación de tejido de reparación, esta fase se acelera, si el absceso se abre espontáneamente en la fistulización o terapéuticamente conocido como desbridamiento quirúrgico (3).

Uno de los tipos de infección odontogénica mas común es la Celulitis cervicofacial, la cual se caracteriza por ser una inflamación difusa de los tejidos blandos, no circunscrita o limitada en una región, como el absceso (4).

Dicha infección cursa con inflamación dolorosa del tejido blando afectado, fiebre, malestar

general, y adenopatías. Se caracteriza por los signos clásicos de la inflamación: dolor, rubor, calor, tumor y pérdida de la función "*function Laesa*" (5). Conjuntamente se presenta afección del estado general del paciente, como fiebre, escalofríos, taquicardias con pulsaciones débiles e irregulares y malestar general, a nivel sistémico, puede repercutir significativamente manifestando angina de Ludwig, y también se encuentra alterado el recuento leucocitario. En esta fase hay todavía muy poca destrucción tisular y no se ha formado el exudado purulento. En su maduración la celulitis tiende a circunscribirse para dar lugar a un absceso.

La virulencia del microorganismo productor de enzimas que se encuentra involucrado en esta patología, permite una rápida propagación a través del tejido (4), de igual modo puede derivar de la formación de abscesos con acumulación de pus en espacios aponeuróticos perimaxilares, perimandibulares y parafaríngeos, y aun más diseminarse a espacios anatómicos más distantes convirtiéndose de esta manera en infecciones mas graves, que pueden llevar a la muerte del paciente (3). En el espacio submandibular la celulitis se conoce como *angina de Ludwig* (4).

La celulitis cervicofaciales en ausencia de secreción purulenta o gas deben ser tratadas con farmacoterapia agresiva antimicrobiana, de preferencia administrada por vía parenteral, intramuscular o intravenosa de acuerdo a la gravedad del caso.

La progresión aguda de la diseminación en las infecciones cervicofaciales hacia áreas anatómicas como el mediastino requieren un diagnóstico temprano y el establecimiento oportuno de la terapia tanto farmacológica como quirúrgica, esta última de ser necesaria (3).

Otra definición de la pericoronaritis, es una infección localizada de los tejidos gingivales que rodean la corona de una estructura dentaria en erupción, con dolor en la zona afectada, inflamación, y en algunos casos, exudado purulento. Puede ocurrir en adultos jóvenes por la erupción del tercer molar permanente y en niños por la erupción del primer molar permanente.

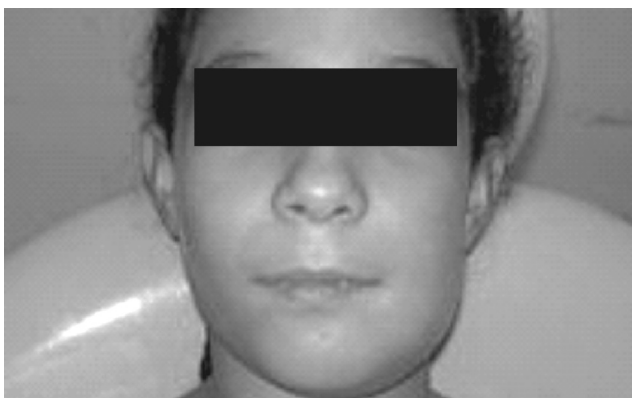
De este modo se puede afirmar que existen diferencias significativas entre periocoronaritis y celulitis, pues son procesos infecciosos cuyo patrón de comportamiento no disímil, se debe registrar para establecer los parámetros de la conducta a seguir.

La intención del estudio, es demostrar que la celulitis cervicofacial puede llegar a manifestarse por la retención mucosa del primer molar permanente en niños de edad escolar; de igual forma destacar que el protocolo de atención en los adultos jóvenes no debe ser el mismo que en niños con dicha patología.

Reporte del Caso

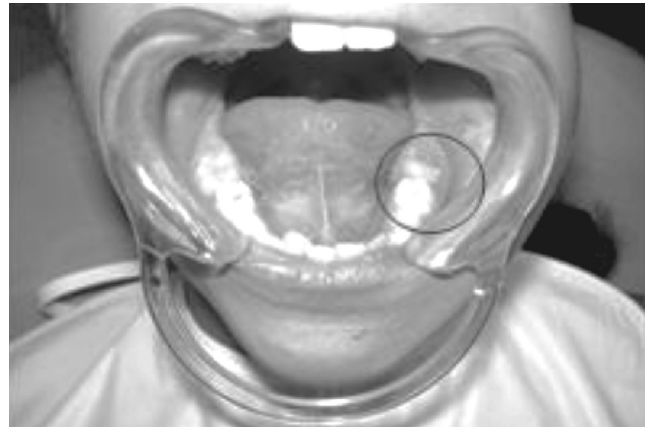
Se presentó a la consulta odontológica en el Municipio San Diego, Estado Carabobo, paciente género femenino de 8 años de edad natural y procedente de San Diego, Estado Carabobo, presentando dolor agudo y pulsátil en la región molar inferior izquierda. A la anamnesis manifestó que se trata del segundo episodio, siendo en la primera oportunidad auto medicada con paracetamol con la que mostró mejoría a los 2 días. Al momento de la evaluación clínica, se evidenció extrabucalmente, asimetría facial izquierda leve (Fig. 1).

Fig. 1. Asimetría facial con aumento de volumen



Intrabucalmente presento inflamación del tejido pericoronario que rodea la cara distal de la unidad dentaria 3.6., parcialmente erupcionada e higiene bucal adecuada (Fig. 2).

Fig. 2. Inflamación del tejido pericoronario U.D.3.6



Se indicó tratamiento vía oral el cual constió en paracetamol de 200 mg cada 6 horas y amoxicilina de 250 mgs., cada 8 horas, durante 7 días. Transcurridas 24 horas el paciente acudió nuevamente a consulta, presentando extrabucalmente asimetría facial con aumento de volumen en la región mandibular facial izquierda, de consistencia firme, adenopatía de ganglios submandibulares, malestar general y fiebre con 24 horas de evolución.

Intrabucalmente se observó edema a nivel del vestíbulo con evolución de la inflamación en la región molar inferior izquierda con exudado purulento, limitación de apertura bucal y disfagia. En la radiografía panorámica se mostró la unidad dentaria 3.6., sin lesión aparente, en posición vertical y parcialmente erupcionada (Fig. 3).

Fig. 3. Radiografía Panorámica



La conclusión diagnóstica obtenida a través del examen físico y la evaluación radiográfica fue celulitis cervicofacial asociada a pericoronaritis de la U.D. 3.6. Se prescribió diclofenac sódico cada 8 horas, antibioticoterapia con amoxicilina

y ácido clavulánico por 14 días. Se indicó control a las 24 horas para evaluación. En dicha consulta se evidenció mejoría de las condiciones generales con persistencia de adenopatía de los ganglios submandibulares lado izquierdo. Por tal motivo, se realizó interconsulta con cirujano bucomaxilofacial, para evaluación general, a los 15 días se observó la remisión completa del cuadro inicial sin presencia de ganglios palpables.

Debido a la recurrencia intrabucal del proceso infeccioso se indicó cirugía del opérculo de la unidad dentaria 3.6. por medio de la técnica de cuña distal. Este procedimiento consistió en una incisión por vestibular y otra lingual, en dirección vertical a través de la almohadilla retromolar, formando una cuña triangular (6).

Las incisiones vestibular y lingual, se extendieron en dirección mesial a lo largo de las superficies vestibular y lingual del molar 3.6. (7). Las paredes vestibular y lingual de la almohadilla retromolar, se despegaron y la cuña tisular incidida se disecó (Fig. 4), se realizó reducción del espesor de las paredes del colgajo mediante incisiones socavantes (Fig. 5), con eliminación de las proyecciones sueltas del tejido y los colgajos vestibulares y linguales, estas se reubicaron en el hueso alveolar, dejando expuesta la corona del diente (Fig. 6).

Fig. 4. Almohadilla retromolar disecada



Fig. 5. Incisión Socavante



Fig. 6. Exposición de la corona clínica U.D. 3.6



Discusión

La pericoronaritis es una complicación infecciosa e inflamatoria, que puede manifestarse en paciente adolescentes y adultos jóvenes, y que pueden evolucionar frecuentemente a otras infecciones más severas (8), el rango va desde la celulitis y trismos hasta reacciones desde el punto de vista general tales como fiebre, dolor y astenia. Tomando en consideración la gran variedad de manifestaciones clínicas, el tratamiento indicado abarca procedimientos quirúrgicos locales y / o antibioticoterapia. En referencia al antibiótico indicado no existe un consenso acerca del cual debe utilizarse, aunque uno de los parámetros que

lo determinara será la edad del paciente, así como también los resultados arrojados por el cultivo, que haya sido tomado, siempre que el caso lo permita (9, 10). En el caso referido la paciente fue medicada en una primera oportunidad con amoxicilina, la cual se considera como primera elección en casos de emergencia, pero la respuesta a las 24 horas fue la exacerbación de las condiciones generales, el aumento del volumen en la zona afectada y fiebre, lo cual sugirió que debía utilizarse otro antibiótico. En este caso se eligió la amoxicilina combinada con ácido clavulánico que inhibe la acción de la enzima betalactamasa, favoreciendo la unión del ácido clavulánico a la enzima como un inhibidor suicida, por tanto es de gran utilidad en infecciones ocasionadas por bacterias gram-positivas, como: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*; y Gram-negativas: *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Enterobacter cloacae*, así como también en infecciones de origen periodontal (11).

Tomando en consideración la anatomía de la región maxilofacial, Ohshima y col reporta que los terceros molares impactados es una de las causas más frecuentes de infección odontogénica. En este orden de ideas, un elemento a considerar es la anatomía de la unidad dentaria y su posición, que ha sido estudiada a través de radiografías convencionales. Al estudio radiográfico con técnica periapical de la región molar inferior izquierda efectuado a la paciente, se observó el primer molar en posición vertical y parcialmente erupcionado, esta ubicación coincide con lo expresado en investigaciones realizadas por Ohshima, sobre la posición del molar con relación a la diseminación de la infección los autores coinciden que la infección odontogénica en un molar parcialmente erupcionado es más frecuente que en un molar completamente erupcionado o totalmente retenido (12). De igual manera otros autores entre los que se destaca Segura afirman la importancia de la toma adecuada y sistemática de radiografías preoperatorias que complementan un cuidadoso examen clínico, permitiendo la obtención de un diagnóstico correcto y en consecuencia de decisiones acertadas al momento de establecer el plan de tratamiento (13).

Otro de los puntos importantes en destacar es percatar el estado de salud e higiene bucal del espacio retromolar, así como también de la encía libre y adherida. La inflamación de los tejidos gingivales alrededor del molar son efectos eventuales causados por la erupción y la pericoronaritis se produce como consecuencia de la invasión de microorganismos originando una inflamación que puede ser aguda, en donde predominan los neutrófilos, o puede ser crónica que se caracteriza por la presencia de células inflamatorias mononucleares y macrófagos. Tal como se ha mencionado anteriormente la pericoronaritis es la manifestación más común en molares parcialmente erupcionados y en posición vertical, en el caso de los terceros molares es un buen fundamento para realizar la exodoncia (14). Es así, como en el caso presentado al momento de la exploración clínica, se evidenció un compromiso de la zona gingival circundante con características de cronicidad y durante el interrogatorio el paciente manifestó haberse tratado en un primer episodio de la enfermedad. Al momento de acudir a consulta se observó inflamación del tejido pericoronario que rodea la cara distal de la unidad dentaria 3.6., parcialmente erupcionada, con inflamación, y enrojecimiento generalizado.

Las manifestaciones clínicas permiten relacionar perfectamente los síntomas característicos de esta afección como son dolor, específicamente a nivel de la mucosa retromolar que cubre la cara distal de la U.D. 3.6.; así como también al momento de la deglución, se comprobó disfagia y limitación de apertura bien marcada. Laine y colaboradores afirman que la exposición de un tercer molar en erupción vertical con inclinación mesial o distal, en la cavidad bucal, pueden causar ciertos síntomas y patologías, entre los cuales se encuentra el dolor como primera manifestación, seguidamente la inflamación gingival de los tejidos circundantes, pudiendo dicha inflamación convertirse en una pericoronaritis, debido a ciertos factores predisponentes, como lo son la exposición del molar en el medio bucal, la constante irritación mecánica y al alto nivel de destrucción de los tejidos de soporte (ligamento periodontal y hueso alveolar). Este tipo de patología es la más relacionada con los terceros molares inferiores en

erupción que se encuentran en posición vertical, con inclinación mesial o distal (15).

Una vez presente la pericoronaritis durante un periodo de tiempo adecuado, con la persistencia de los factores predisponentes anteriormente mencionados y la reincidencia de la patología, es predecible que evolucione a una infección mas compleja, como la celulitis, descrita anteriormente, se sabe que este tipo de patología suele ser muy agresiva y debe ser tratada a la brevedad posible. En el caso presentado se observó sintomatología extra bucal como asimetría facial izquierda con compromiso del párpado inferior y mandíbula.

Es importante destacar que la celulitis es un trastorno grave que por lo general su resolución es rápida con el tratamiento adecuado. Ahora bien, si la infección avanza hacia el espacio aponeurótico submaxilar y secundariamente a los espacios sublingual y submental puede ocasionar una angina de ludwig y evolucionar a una mediastinitis (16). Esta entidad patológica se considera una celulitis grave que pone en riesgo la vida del paciente, por lo tanto, el paciente con el cuadro de celulitis y medicado con antibiótico debe ser monitoreado a las 24 horas para verificar la efectividad del medicamento en la resolución del proceso. Este esquema terapéutico se llevó a cabo en la paciente motivo de este caso clínico y no requirió ser hospitalizada.

La intención de dicho estudio es mostrar que la resolución de la patología y el seguimiento adecuado, permitió evitar complicaciones que puden comprometer la vida del paciente. De igual modo señalar la importancia de un de un equipo multidisciplinario capaz de dar la solución eficaz a la problemática planteada. Es por ello que el odontólogo como miembro del equipo de salud debe ser capaz de evaluar adecuadamente el caso, y si en algún momento se duda del diagnostico o el tratamiento indicado, remitirlo al especialista indicado.

Referencias

1. Álvarez J. Diccionario Mosby. 5ta. ed. España. Harcourt; 2000.
2. Escoda GC, Aytes BL. Cirugía Bucal. 2da. ed. España. Ergon; 2004.
3. Castellanos SJ, Guzmán DL, Gay ZO. Medicina en Odontología. 2da. ed. México D.F.: El Manual Moderno; 2002.
4. Sciubba JJ, Regezi JA. Patología Bucal. 3era ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F.; 2000.
5. Word NK, Goatz WP. Diagnostico Diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales. 5a ed. España: Harcourt Brace 1998.
6. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4a. ed. Argentina: Médica Panamericana; 2005.
7. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Periodontología Clínica. 9a.ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
8. Osaki T, Nomura Y, Hirota J, Yoneda K. Infections in elderly patients associated with impacted third molars. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1995; 79:137-141.
9. Sixuo JL, Magaud C, Gougeon AJ. Microbiology of mandibular third molar pericoronitis: incidence of B – lactamase-producing bacteria. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 2003; 95:655-659.
10. Karl J, Madaras K, Pharm D, Richard E, Remington M, Catherine M, et al. Efficacy of Oral β -Lactam versus Non- β -Lactam Treatment of Uncomplicated Cellulitis. The Am J Med. 2008; 121: 419-425.
11. Pérez TH. Farmacología y terapéutica odontológica. 2da. ed. Colombia:Amolca; 2005.
12. Ohshima A, Arijji Y, Goto M, Izumi M, Naitoh M, Kurita K, et al. Anatomical considerations for the spread of odontogénica infection originating from the pericoronitis of impacted mandibular third molar: Computed tomographic analyses. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiologic. 2004; 98: 589-97.

13. Segura J, Jiménez R, Cabrera R. Intracoronal radiolucency in an incompletely erupted permanent molar with a diagnosis of pericoronitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1998; 85: 461.
14. Laine M, Venta I, Hyrkas T, Jian M, Kontinen Y. Chronic inflammation around painless partially erupted third molars. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 2003; 95:277-281.
15. Punwitikorn J, Waikakul A, Ochareon P. Symptoms of unerupted mandibular third molars. *Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1999; 87: 305-10.
16. Mohamed I, Dhanarajani J. Cervical cellulitis and mediastinitis caused by odontogenic infections Report of two cases and review of literature. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 1995;53: 203-208.

