



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 7, Núm. 1 • Enero-Abril 2011 • pp. 26-32

Incidencia de infecciones cervicofaciales en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo: Revisión de 276 casos

González De Santiago M,* Alatorre Pérez S,** Flores Aguilera E,*** Dueñas Pérez G,****
Proa Rojas M*****

RESUMEN

Con el presente estudio se pretende conocer la incidencia y frecuencia de los abscesos cervicofaciales recibidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo del estado de Aguascalientes desde 1997 a 2010, así como su origen, edad, sexo, lado facial más afectado y espacios faciales involucrados. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico con revisión de expedientes clínicos, estudios de imagen radiográfica y tomográfica de los pacientes ingresados en el periodo de junio de 1997 a julio del 2010. De un total de 276, 143 fueron femeninos y 133 masculinos; en cuanto al origen, 249 resultaron odontogénicos y 27 no odontogénicos. El tratamiento para este tipo de afecciones se dio dependiendo de la severidad del mismo, siendo de forma conservadora, con manejo únicamente antimicrobiano, o con tratamiento quirúrgico complementario; en conclusión, este estudio proporciona datos básicos e importantes sobre la incidencia de procesos infecciosos cervicofaciales en el estado de Aguascalientes, ayudando con ello a complementar estudios previos y futuros.

Palabras clave: Incidencia y frecuencia, infecciones cervicofaciales, odontogénico, espacios faciales.

SUMMARY

With the present study is tried to know the incident and frequency of the abscesses cervical facials received in the Service of Surgery Maxillofacial in the Gentlemanly Hospital of Aguascalientes's condition (state) from the year 1997 to the year 2010, as well as his origin, age, sex, more affected facial side and spaces facials involved. A retrospective study was realized, observational and analytical with review of clinical processes, studies of radiographic image and tomography of the patients joined the included (understood) period of July 1997 until July 2010. As result of the study one possesses (relies on) a whole of 276 patients infections cervical facials of which 143 are feminine and 133 masculine, as for the origin 249 were of odontogenic, and 27 of origin not odontogenics; the treatment for this type of affections will be depending on the severity of the same one, being of conservative form with handle only antimicrobial or with surgical complementary treatment; in conclusion, this study provides key and important data on the incident of infectious processes cervical facials in Aguascalientes state it helping with to complement previous and future studies.

Key words: Incident and frequency, infections cervical facials, odontogenic, facial spaces.

* Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial CHMH Aguascalientes, México.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial CHMH Aguascalientes, México.

*** Residente de cuarto año Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca».

**** Pasante de Servicio Social de Odontología.

***** Pasante de Estomatología del Hospital Centenario Miguel Hidalgo.

Correspondencia:

Dr. Manuel González de Santiago

E mail: cmf_mgdesantiago@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los abscesos cervicofaciales son una de las patologías más frecuentes del área maxilofacial, originados por infecciones odontogénicas que afectan los distintos espacios faciales de la cabeza y el cuello, poniendo en peligro la vida del paciente.

La causa más frecuente de la formación de abscesos cervicofaciales es la diseminación de una infección odontogénica, producida por una alteración en los mecanismos de defensa del huésped, o bien, por vía hematógena con disemnaciones locales como sinusitis, infección cutánea, traumatismos, infección de seno cavernoso. Los mecanismos de barrera en el cuerpo humano impiden el contacto inicial del microorganismo con las superficies mucosas: actividad ciliar, flujo de secreciones, deglución, tos, estornudos y el parpadeo; éstos se consideran mecanismos de defensa inespecíficos. Si los microorganismos pasan esta primera barrera de defensa y llegan a la mucosa, la capa epitelial sirve como barrera para prevenir la penetración. Este epitelio se encuentra cubierto de mucina, glicoproteínas y geles hidratados, los cuales pueden bloquear los sitios específicos de adhesión bacteriana y prevenir su unión; si esto falla, los microorganismos comienzan su fase de inoculación en el tejido.

La enfermedad aparece cuando el equilibrio se rompe alterando de esta manera los mecanismos de defensa del huésped. La patogenicidad del microorganismo está determinada por dos factores: su concentración en el lugar de la infección y su virulencia. La cantidad de microorganismos hace referencia al número de organismos que inicialmente infectan al huésped y la virulencia se refiere a la capacidad invasiva así como a la capacidad para la producción de toxinas, enzimas y sustancias de degradación que pueden ser perjudiciales.

Existen factores que predisponen la formación de abscesos cervicofaciales como diabetes mellitus no controlada, pacientes inmunosuprimidos o aquéllos expuestos a radioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio se utilizaron las historias clínicas, notas de evolución así como notas operatorias de los expediente clínicos desde junio de 1997 hasta julio del 2010, incluyendo además estudios para ayuda diagnóstica. Se incluyeron todos los pacientes que presentaron infecciones cervicofaciales previamente comprobadas con

auxiliares diagnósticos recibidos en nuestro Servicio en el periodo comprendido de junio 1997 a julio 2010; se excluyeron aquellos que por la antigüedad de su expediente fueron depurados por archivo clínico, además de quienes abandonaron el tratamiento.

RESULTADOS

Al realizar una revisión completa de los pacientes atendidos, encontramos un total de 276 con infecciones cervicofaciales, reportando los siguientes datos de interés:

La frecuencia en la que se presentan las infecciones cervicofaciales respecto al sexo en este estudio, nos da un total de 144 pacientes para el femenino y 132 para el masculino (*Figura 1*). En cuanto al estadio del proceso infeccioso, se reportaron en estado de absceso 230 pacientes, de los cuales 117 fueron mujeres y 113 hombres (*Figura 2*); en estadio de celulitis, 46 pacientes, de los cuales 27 fueron mujeres y 19 hombres (*Figura 3*); con respecto al origen dental, un total de 249 casos y no dental 27 casos (*Figura 4*); en cuanto al mayor número de incidencia en infecciones cervicofaciales, el rango de edades fue de 26 a 35 años (*Figura 5*); en relación al manejo quirúrgico, se reportaron 76

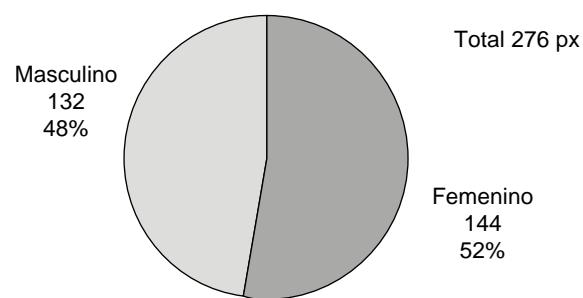


Figura 1. Sexo.

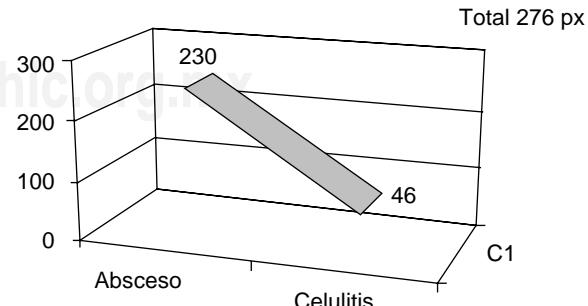


Figura 2. Estadio del proceso infeccioso.

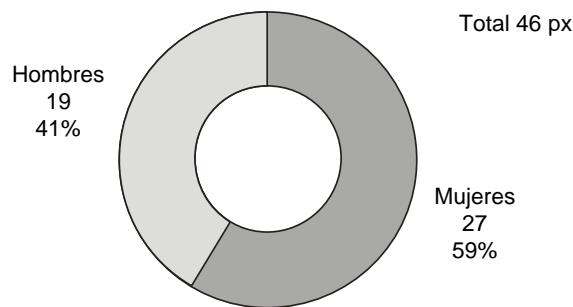


Figura 3. Estadio de celulitis.

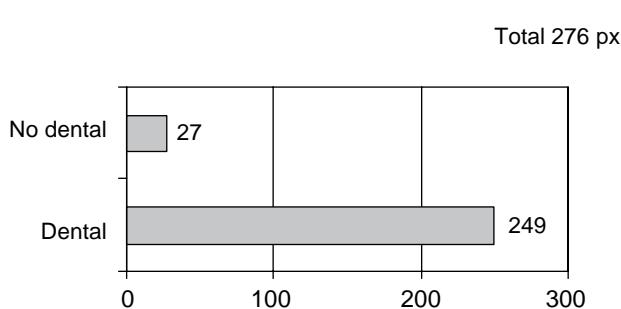


Figura 4. Origen del proceso infeccioso.

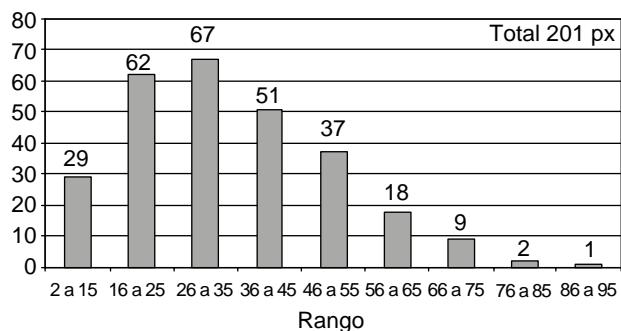


Figura 5. Infecciones cervicofaciales por edades.

pacientes del sexo femenino con farmacoterapia, 43 con drenaje y colocación de Penrose extraoral y 22 con drenaje y colocación de Penrose intraoral (*Figura 6*); en cuanto al sexo masculino, 48 pacientes con farmacoterapia, 63 con drenaje y colocación de Penrose extraoral y 24 con drenaje y colocación de Penrose intraoral (*Figura 7*); con respecto a los espacios faciales afectados, se reportaron 136 casos con afección del espacio submandibular, siendo éste el de mayor incidencia (*Figura 8*); en cuanto al lado afectado, 127 casos de lado derecho,

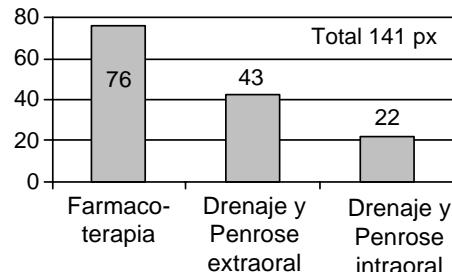


Figura 6. Manejo quirúrgico en mujeres.

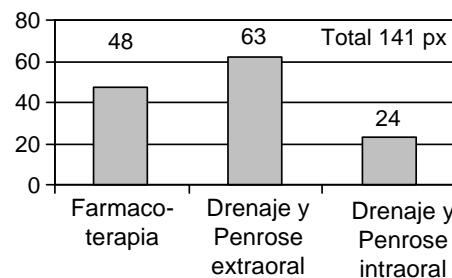


Figura 7. Manejo quirúrgico en hombres.

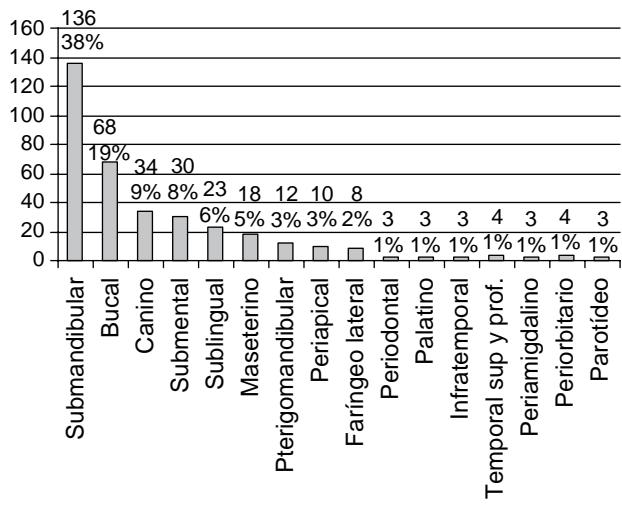
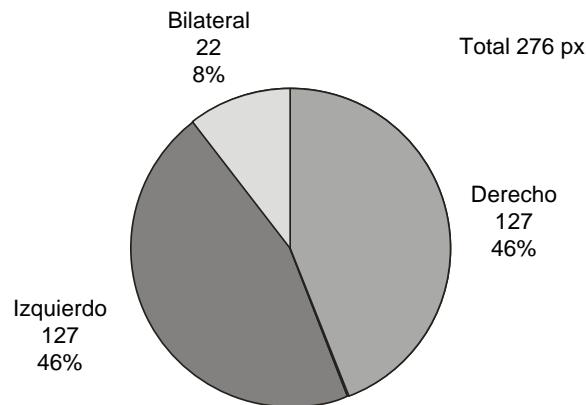
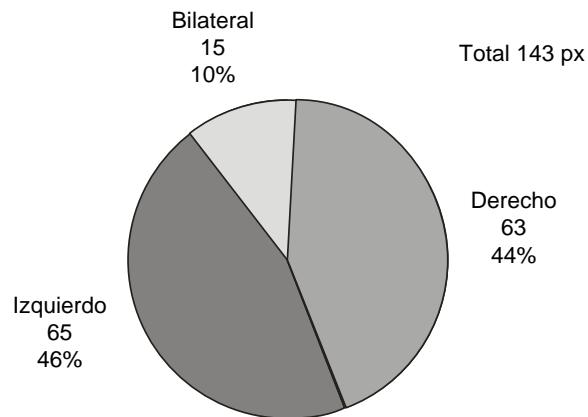
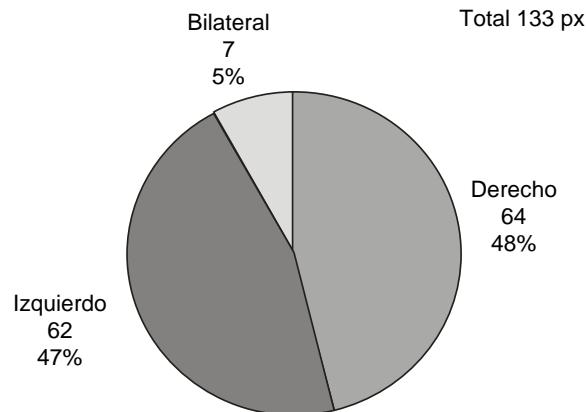
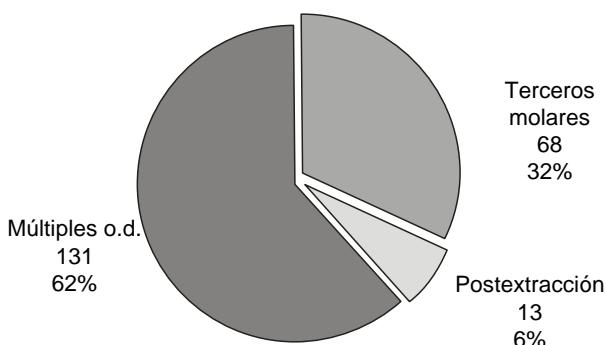


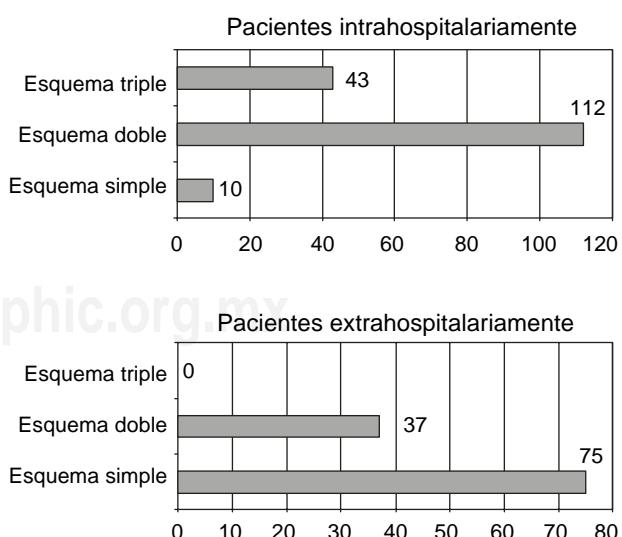
Figura 8. Espacios faciales afectados

www.mxcirugia.org.mx

127 de lado izquierdo y 22 de forma bilateral (*Figura 9*), de los cuales 133 fueron del sexo masculino: 64 de lado derecho, 62 de lado izquierdo y 7 bilaterales (*Figura 10*); en el sexo femenino se reportaron 143 casos, 63 de lado derecho, 65 de lado izquierdo y 15 bilaterales (*Figura 11*); respecto al origen dental, se reportaron 68 casos a causa de terceros molares,

**Figura 9.** Lado afectado.**Figura 11.** Lado afectado en mujeres.**Figura 10.** Lado afectado en hombres.**Figura 12.** Absceso de origen dental.

13 por postextracción y 131 por múltiples órganos dentarios (*Figura 12*); en cuanto al manejo farmacológico, se dividió en tratamiento intrahospitalario y extrahospitalario, el primero con un total de 165 pacientes, de los cuales 10 fueron manejados con esquema simple, 112 con esquema doble y 43 con esquema triple; en tratamiento extrahospitalario se tuvieron 112 pacientes, de los cuales 75 fueron manejados con esquema simple, 37 con esquema doble y 0 pacientes con esquema triple (*Figura 13*); con respecto al tiempo de resolución del proceso infeccioso, con manejo intrahospitalario se reportaron 85 pacientes con un tiempo de 3 a 5 días; de forma extrahospitalaria 76 pacientes entre 6 a 9 días (*Figura 14*); en cuanto a pacientes con alteraciones sistémicas y neurológicas, se reportaron un caso con síndrome bipolar, 22 con DMTII, uno de epilepsia, 12 casos con HTA, un caso con asma bronquial,

**Figura 13.**

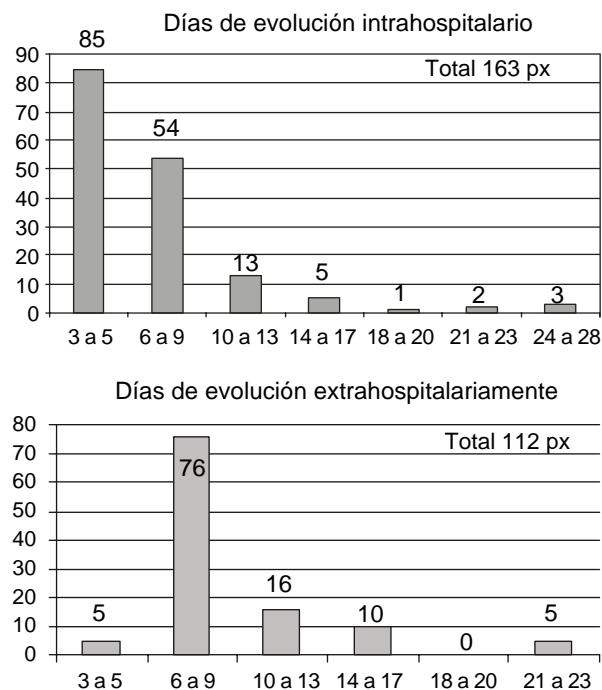


Figura 14.

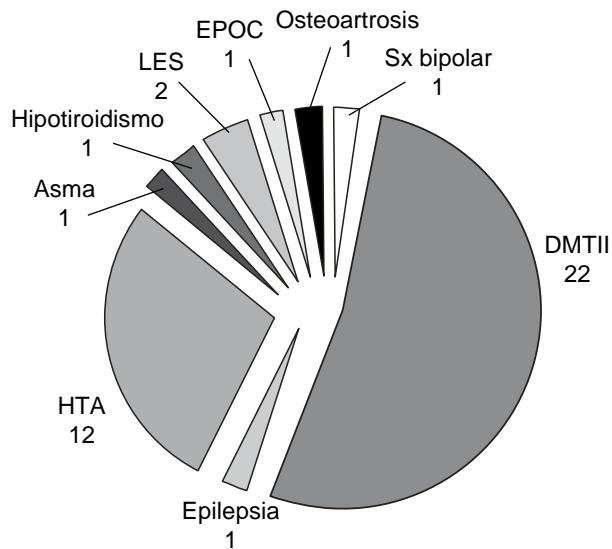


Figura 15. Pacientes con enfermedades sistémicas.

uno de hipotiroidismo, dos de lupus eritematoso sistémico, un caso de EPOC y uno de osteoartrosis (*Figura 15*); respecto a complicaciones de los procesos infecciosos, se reportó un drenaje fallido, 5 casos posteriores a fractura mandibular, 5 fascitis necrosante, 4 abscesos periorbitarios, 9 anginas de Ludwig y 2 abscesos periamigdalinos (*Figura 16*).

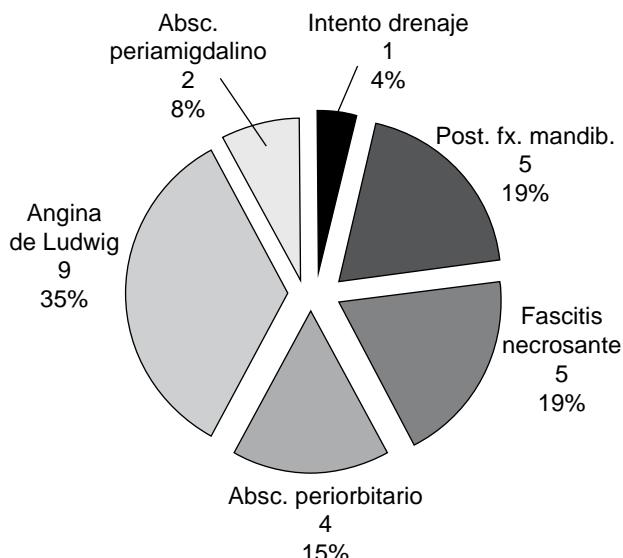


Figura 16. Pacientes referidos por complicación.

DISCUSIÓN

Con respecto al análisis realizado de los casos y al resultado obtenido, podemos concluir que los procesos infecciosos cervicofaciales son entidades que tienen una frecuencia importante en el área de cirugía maxilofacial.

En el estudio y revisión de los pacientes que presentaban algún absceso en la zona facial se comprobó que la mayoría fueron provocados por órganos dentarios en mal estado, los cuales cursaban una patología como trauma o procesos cariosos importantes, reportando el mayor porcentaje de la etiología de las infecciones por múltiples órganos dentarios en un 62% contra un 32% provocados por terceros molares y un 6% postextracción, en donde no se tuvo un adecuado manejo farmacológico; esta situación pone en entredicho lo postulado inicialmente de que los procesos infecciosos, en su gran mayoría, tendrían un origen a partir de terceros molares, ya que estas piezas dentarias, en la mayor parte de los casos, presentan situaciones de mala posición, aunado al inadecuado aseo de la zona.

Con la investigación realizada, se evaluó el estadio en el que se presentaba el proceso infeccioso, encontrando como resultado que el absceso se presentó en 230 pacientes y el estadio de celulitis en 46, lo que da un total de 276. De los 141 pacientes femeninos atendidos, 76 fueron manejados con farmacoterapia, 43 con drenaje y Penrose extraoral y 22 con drenaje y Penrose intraoral; con respecto al sexo masculino

se atendieron 135, de los cuales 48 fueron sólo con farmacoterapia, 63 con drenaje y Penrose extraoral y 21 con drenaje y Penrose intraoral.

En cuanto al rango de edades, los pacientes afectados muestran que el rango con mayor afección se encuentra entre 26 y 35 años.

En la mayoría de los casos estudiados, no se presentaron complicaciones o situaciones importantes a tratar por la diseminación del proceso infeccioso; sin embargo, en aquéllos con complicaciones se observaron pacientes que cursaban un cuadro de diabetes mellitus descontrolada. Es importante mencionar que la diseminación o la agresividad del proceso infeccioso va de la mano con el estado general del paciente, ya que se ha observado que los pacientes con enfermedades cronicodegenerativas tienen una evolución más lenta en cuanto a la resolución del proceso infeccioso con promedio de 5 a 18 días manejados intra o extrahospitalariamente.

En principio, se mencionaba entre las hipótesis el que el sexo masculino es el más afectado por este tipo de afecciones, por los malos hábitos y los descuidos de su dentadura en comparación con el sexo femenino; sin embargo, se observa que el sexo femenino es afectado en un 52% y el masculino en un 48%.

Respecto al lado de mayor afectación, se comenta lo siguiente: al inicio de nuestra investigación se sosténía que el lado izquierdo es el más afectado, porque anatómicamente es más corto que el contralateral. Esto lo sostienen autores como Testut, quien menciona que la hemicara izquierda en relación a la derecha tiene una diferencia de 2 a 6 mm; así, los terceros molares de dicho lado se encontrarían impactados y con espacio insuficiente para su erupción; por tal motivo, y por la poca accesibilidad para su aseo, se vería afectado con mayor frecuencia. Sin embargo, al estudiar los casos de esta investigación se encuentra que el lado derecho es afectado en un 46%, y el izquierdo también en el 46% de los casos, mientras el 8% resulta de forma bilateral.

Se concluye, además, que el espacio facial primario con mayor afección es el submandibular, reportando un valor del 38%, seguido del espacio bucal con 19%, el canino 9%, submental 8%, sublingual 6% e infratemporal 1%. Con respecto a los espacios faciales secundarios: maseterino en 5%, pterigomandibular en 3%, faríngeo lateral en 2% y temporal superficial y profundo en 1%, éstos son afectados por diseminación del espacio bucal o submandibular.

Es importante mencionar el tratamiento realizado por parte de nuestro Servicio ante abscesos de la región cervicofacial; se mencionan dos tipos de manejo para esta situación: el primero intrahospitalario, en donde se reportan 165 pacientes de 276 manejados con farmacoterapia vía intravenosa, indicaciones higiénico-dietéticas específicas, así como fisioterapia húmedo caliente; se realiza además, en la mayor parte de los casos, drenaje y colocación de Penrose extraoral con incisiones tipo Risdom, drenaje y colocación de Penrose intraoral con incisiones a nivel de mucosa oral. El segundo manejo es extrahospitalario, en donde se reportan 112 casos de un total de 276 pacientes, dando farmacoterapia al paciente vía oral o intramuscular, medidas higiénico-dietéticas así como fisioterapia húmedo caliente. Se ha observado que la evolución intrahospitalaria del paciente es más rápida con respecto al segundo manejo. En el primer caso se aprecia que la mayoría de los pacientes superan el proceso infeccioso en un rango de tiempo de 3 a 5 días posteriores al ingreso, mientras que en el caso extrahospitalario el rango es de 6 a 9 días. Aunado a esto, se encuentra la aplicación farmacológica, apreciándose manejo intrahospitalario con doble esquema aplicado en la mayor parte de los pacientes (112 de 165), y en el caso extrahospitalario manejados en su gran mayoría con simple esquema (75 de 112 pacientes).

Con respecto a las complicaciones de los abscesos se obtuvo la presencia de 9 anginas de Ludwig en donde 4 pacientes resultaron diabéticos tipo II controlados, hubo 5 casos de fascitis necrotizante en donde 2 fueron pacientes diabéticos, 4 abscesos periorbitarios; este tipo de pacientes tuvieron que recibir interconsultas de Servicios de Infectología y Medicina Interna; a algunos se les realizó procedimiento de traqueotomía, ya que la vía aérea se encontraba comprometida; con respecto a los abscesos periorbitarios, fueron valorados por el Servicio de Oftalmología y se resolvieron sin ningún problema.

Por todo lo anterior, la sociedad tiene que concientizarse y valorar la importancia que representa el cuidado de su boca, así como el tratamiento oportuno ante cualquier factor predisponente para el desarrollo de procesos infecciosos que pueden incluso poner en peligro su vida.

Es importante, además, no sólo la conciencia del paciente sino también del odontólogo, ya que en muchas ocasiones no tiene la visión para detectar y canalizar oportunamente a los pacientes, o inclusive realizar un manejo oportuno cuando se observa que el manejo conservador no es conveniente para atacar de forma radical el problema presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raspall G. Cirugía maxilofacial, Editorial Panamericana 1997.
2. Kruger. Cirugía bucomaxilofacial, Editorial Panamericana 6^a Reimpresión 5^a edición, 2000.
3. Archer. Oral and Maxillofacial Surgery Volume 1, 5th edition.
4. Topazian. Management of infection of the oral and maxillofacial regions, 1981.
5. Guralink WC. Tratado de Cirugía Oral, Editorial Salvat, 1986.
6. Burkett. Medicina Bucal, Editorial Interamericana, Sexta edición.
7. Raspall G. Cirugía oral, Editorial Panamericana, 1998.
8. Regezi JA. Patología Bucal, Editorial Interamericana, 1991.
9. Gutiérrez-Pérez JL, Perea-Pérez EJ, Romero-Ruiz MMA, Girón-González JA. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. *Med Oral* 2004; 9: 280-7. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336-ISSN 1137-2834.
10. Flynn TR, Halpern RL. Antibiotic selection in head and neck infections. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Harvard School of Dental Medicine, 188 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, USA. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Massachusetts General Hospital, 55 Fruit Street, Boston, MA 02114, USA.
11. Newton C. Gordon DDS, Connelly S. Management of head and neck infections in the immunocompromised patient. Department of Dentistry/Oral and Maxillofacial Surgery, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, NH-1N1, San Francisco, CA 94110, USA. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2003; 15: 103-110.
12. Abubaker AO. Management of posttraumatic soft tissue infections, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Virginia Commonwealth University, 521 North 11th Street, PO Box 980566, Richmond, VA 23298, USA. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2003; 15: 139-146.
13. Diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis in the head and neck region Mark McGurk. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Guy's, King's, and St. Thomas' Dental Institute, Floor 23 Guy's Tower, Guy's Hospital, London Bridge, London SE1 9RT, UK. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2003; 15: 59-67.
14. Underhill TE, Laine FJ, George J. Diagnostic imaging of maxillofacial infections. Department of Radiology, Division of Euroradiology, VCU Health Systems/MCV Hospitals and Physicians, 1250 East Marshall Street, PO 980615, Richmond, VA 23298, USA b Department of Otolaryngology, VCU Health Systems/MCV Hospitals and Physicians, 1250 East Marshall Street, PO 980615, Richmond, VA 23298, USAc Medical Student, 8377 NW 57th Drive, Coral Springs, FL 33067, USA. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2003; 15: 39-49.
15. Trieger N. The surgical treatment of periodontal infections. Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery, Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, 111 E. 210th Street, Bronx, NY 10467, USA. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2003; 15: 123-128.