

(Artículo Original)

Caracterización clínica de la celulitis facial en el Hospital “Ciro Redondo García” de Artemisa”

Hospital General Docente “Ciro Redondo García”. Artemisa. Cuba.

Dr. Juan Carlos Quintana Díaz¹, Dr. Yudit Algozain Acosta², Dra. Arahí Gómez Casañas³, Dr. Yan Álvarez Rodríguez⁴, Dra. Mayrim Quintana Giralt⁵.

¹Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial, Máster en Urgencias Estomatológicas, Profesor Auxiliar, Jefe de servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital General Docente “Ciro Redondo García”, Artemisa, Cuba. ²Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial, Máster en Urgencias Estomatológicas, Profesor Auxiliar, Hospital General Docente “Ciro Redondo García”, Artemisa, Cuba. ³Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial, Máster en Atención a Urgencias Estomatológicas, Profesor Instructor, Hospital General Docente “Ciro Redondo García”, Artemisa, Cuba. ⁴Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial, Hospital General Docente “Ciro Redondo García”, Artemisa, Cuba. ⁵Especialista Primer Grado de Estomatología General Integral y de Ortodoncia, Hospital General Docente “Ciro Redondo García”, Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a los pacientes con el diagnóstico de celulitis facial odontogénica y no odontogénica según su comportamiento clínico, la etiología y el manejo terapéutico.

Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo descriptivo que incluyó una muestra de 112 pacientes ingresados en el Hospital “Ciro Redondo García” de Artemisa, con el diagnóstico de celulitis facial, durante un período de cinco años (2010-2014). Se analizaron las siguientes variables: la edad, el sexo, la severidad de los enfermos, la terapia antimicrobiana empleada y el mecanismo patogénico de esta afección. La información se presentó en tablas de frecuencia y se empleó como método estadístico el cálculo porcentual.

Resultados: la celulitis facial predominó en el grupo de pacientes con edades comprendidas entre 15-24 años (39,2%) y del sexo masculino. Prevalció la celulitis de severidad moderada (54,4%), con un mayor porcentaje de casos dentro de las de etiología odontogénica (41,9%), la terapia antimicrobiana más empleada fue la combinación de penicilina G cristalina más metronidazol (35,7%). La pulpa dental necrótica (47,2%) y los restos radiculares (35,6%) fueron los mecanismos patogénicos fundamentales de las celulitis odontogénica y las infecciones de la piel facial en las no odontogénicas (44,0%).

Conclusiones: la celulitis facial constituye un motivo frecuente de ingreso en este hospital. Su comportamiento desde el punto de vista clínico y terapéutico es similar al descrito en otros estudios.

Palabras clave: celulitis facial; urgencias estomatológicas; pericoronaritis.

INTRODUCCIÓN

El mayor número de infecciones bacterianas que aparecen en los maxilares o alrededor de ellos son de origen odontogénico y junto a estas, las no odontogénicas desempeñan numéricamente un papel menos significativo pero son también potencialmente graves y pueden poner en peligro la vida.(1-6)

Entre las patologías infecciosas de origen dentario, la celulitis facial es una de las urgencias más graves que suele presentarse en la práctica estomatológica con la potencialidad de desencadenar un cuadro séptico grave y causar diversas complicaciones que pueden comprometer la vida del paciente, es muy importante conocer esta situación de salud en el desarrollo de acciones educativas y curativas específicas, pues la celulitis facial constituye un proceso séptico inflamatorio severo, sin tendencia a la

localización, que tiene implicaciones sistémicas. Su origen está relacionado con los dientes o las estructuras de sostén de los mismos.(5-8)

El manejo de la celulitis facial es muy discutido y para él se establecen diversos protocolos de tratamientos. Actualmente todos los profesionales coinciden en la necesidad de emplear una terapia antimicrobiana enérgica para lograr el control de la infección, pero existen contradicciones entre los estomatólogos sobre qué antimicrobiano usar y cuándo realizar el tratamiento del diente causal.(9-17)

En la antigüedad se planteaba que la extracción dentaria en la etapa aguda de la infección odontogénica era peligrosa, en estos casos se recomendaba aplazar toda intervención quirúrgica incluyendo la extracción del diente hasta que pasara el período agudo de la infección.(14,15)

Numerosos estudios han demuestran que cuanto antes se

elimine la causa de la celulitis facial, más rápida y mejor será la evolución del paciente. Se recomienda la extracción temprana siempre que se cuente con una concentración adecuada de antimicrobiano en sangre y las condiciones locales y generales del paciente lo permitan. Cuando la extracción dentaria se demora o difiere aumenta el período de curación, el consumo de antimicrobianos y la estadía hospitalaria, si el paciente requiere de ingreso. (3,5,6,10,12,13,18,19,20)

Atendiendo a que la celulitis facial tanto odontogénica como la no odontogénica son las urgencias estomatológicas que más ingresos generan en el servicio de Cirugía Maxilo-Facial del Hospital General "Ciro Redondo García" de Artemisa, donde no ha sido investigada con anterioridad esta entidad y los autores de este trabajo investigativo se proponen como objetivo caracterizar a los pacientes con diagnóstico de celulitis facial según su comportamiento clínico, etiológico y manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo sobre el comportamiento clínico de la celulitis facial en el servicio de Cirugía Maxilo-Facial del Hospital General "Ciro Redondo García" de Artemisa durante los años comprendidos desde 2010 hasta 2014 (5 años). La muestra incluyó a 112 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de celulitis facial odontogénica y no odontogénica, con edades comprendidas entre 15 y 64 años, que tuvieron historias clínicas con una adecuada información para definir la severidad de la celulitis, sus causas más frecuentes y la terapia antimicrobiana utilizada.

Se excluyeron a los pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión descritos con anterioridad.

Las historias clínicas se revisaron y los datos obtenidos se recogieron en formularios individuales. Se analizaron las siguientes variables:

Edad: se establecieron los siguientes grupos de edades: 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54 y 55 a 64 años.

Sexo: se establecieron los sexos femenino y masculino.

Severidad de la celulitis: se clasificó siguiendo de acuerdo con los parámetros:

Leve: edema que comprometía solo a dos regiones anatómicas de la cara, de consistencia suave o pastosa. Los pacientes tenían buen estado general, signos vitales normales, con un ligero aumento de la temperatura (hasta 38°C). El dolor se aliviaba con analgésicos y el paciente no presentaba alteraciones funcionales, y se alimentaba sin dificultad.

Moderada: edema extendido a dos o más regiones anatómicas de la cara, de consistencia suave o pastosa. El paciente estaba indispuerto y febril. Los signos vitales estaban alterados, con temperatura entre 38,1°C hasta 39°C. Había dolor de variable intensidad. Presentaban alteración funcional dada por trismo de hasta 15 mm de

apertura bucal, con dificultad para la masticación.

Grave: el paciente se observaba fatigado y febril. Los signos vitales estaban alterados: el pulso podía sobrepasar los 100 latidos/min, la frecuencia respiratoria estaba elevada y la temperatura sobrepasaba los 39°C. El dolor era de variable intensidad. Presentaban alteraciones funcionales importantes tales como el trismo de menos de 15 mm de apertura bucal, con dificultad o imposibilidad para ingerir alimentos, disfagia, dislalia y disnea, entre otros. El edema afectaba varias regiones anatómicas de la cara que podía extenderse al cuello, la consistencia era indurada, pudiendo presentar áreas de fluctuación con zonas de colección purulenta. En dependencia de la severidad de la infección el paciente presentaba astenia, anorexia, cefalea, escalofríos, taquicardia y otros signos que podían llevarlo a un estado crítico.

Terapia antimicrobiana empleada: en los casos de cambios en el tratamiento antimicrobiano se escogió el fármaco más efectivo (valorándose las modificaciones de parámetros clínicos a las 72 horas) se incluyeron las siguientes formulaciones: penicilina G procaínica, penicilina G cristalina, penicilina cristalina más metronidazol, cefuroxima, ceftriaxona, cefotaxima, ceftriaxona más metronidazol, y la amikacina más metronidazol. Los casos que incluyeron otras combinaciones de antimicrobianos se registraron como otras variantes.

Los datos obtenidos se agruparon en tablas de frecuencias y el método estadístico empleado fue el cálculo porcentual. Esta investigación se realizó teniendo en cuenta los principios éticos planteados en el código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki. La información acopiada de las historias clínicas de los pacientes se trató de forma confidencial y solo se empleó para la realización de esta investigación.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes con celulitis facial según el sexo y los grupos de edades investigados. Se apreció la superioridad numérica del sexo masculino, con 74 pacientes (66,0%); con respecto al sexo femenino representado por 38 pacientes (34,0%). El grupo de edades de la población atendida más afectado fue el de 15 a 24 años, con 44 pacientes diagnosticados, que representó 39,2% del universo de estudio, seguido por el de 25 a 34 años, con 40 pacientes (35,8%). En los rangos de edades entre 35-44 y 45-54 años se detectaron 12 en cada uno de estos grupos (10,7%).

La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes con celulitis facial según la severidad de la infección y el tipo de celulitis. La variante moderada fue la más frecuente (54,4%), seguida por las variantes leves (40,2%) y graves (5,4%). Existió un predominio de la celulitis de origen odontogénica con 87 casos (77,7%) sobre las no odontogénicas (22,3%).

La distribución de los pacientes según la terapia

Tabla 1. Distribución de los pacientes con celulitis facial según la edad y el sexo.

Grupo de Edades	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
15-24 años.	12	10,7	32	28,6	44	39,2
25-34 años	16	14,3	24	21,4	40	35,8
35-44 años	4	3,6	8	7,1	12	10,7
45-54 años	4	3,6	8	7,1	12	10,7
55-64 años	2	1,8	2	1,8	4	3,6
Total	38	34	74	66,0	112	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según el tipo de celulitis y la severidad de la infección.

Severidad	Odontogénicas		No odontogénicas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leve	35	31,3	10	8,9	45	40,2
Moderada	47	41,9	14	12,5	61	54,4
Severa	5	4,5	1	0,9	6	5,4
Total	87	77,7	25	22,3	112	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con celulitis facial según la terapia antimicrobiana empleada.

Terapia antimicrobiana	n	%
Penicilina G Procaínica	22	19,6
Penicilina G Cristalina	14	12,5
PenicilinaG Cristalina + Metronidazol	40	35,7
Cefuroxima+ Metronidazol	16	14,3
Cefotaxima+ Metronidazol	8	7,1
Cetriafoxona+ Metronidazol	6	5,4
Amikacima + Metronidazol	2	1,8
Otras variantes+ Gentamicina	4	3,6
Total	112	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 4. Distribución de los pacientes con celulitis facial odontogénica y sus causas.

Mecanismos patogénicos	n	%
Pulpa dental necrozada	41	47,2
Restos radiculares	31	35,6
Pericoronaritis	8	9,2
Extracción dental	5	5,7
Quistes maxilares infectados	2	2,3
Total	87	100,0

Fuente: Historias clínicas.

antimicrobiana empleada se muestra en la tabla 3. La combinación de penicilina G cristalina más metronidazol fue la más utilizada (35,7% de los casos), seguida por la penicilina G procaínica (19,6%) y la de efuroxima más metronidazol (21,4%).

La tabla 4 muestra la frecuencia en la detección de los diferentes mecanismos patogénicos de la celulitis odontogénica. Fue evidente la superioridad numérica de la pulpa dental necrótica con 41 pacientes (47,2%). En otros 31, el factor desencadenante fue la presencia de

restos radiculares, que constituyó 35,6% del total y la pericoronaritis (9,2%).

En la tabla 5 se presenta la frecuencia con que se detectaron los diferentes mecanismos patogénicos en los pacientes con celulitis no odontogénica, donde las infecciones de la piel constituyeron la causa más frecuente (11 casos/44,0%), le siguieron los quiste faciales infectados (20%) y las infecciones de las glándulas salivales (12%). Es de señalar que hubo dos casos con mordeduras caninas (8%).

Tabla 5. Distribución de los pacientes con celulitis facial no odontogénica y sus causas.

Mecanismos patogénicos	n	%
Infecciones de la piel facial	11	44,0
Quistes de los tejidos blandos infectados	5	20,0
Infecciones de glándulas salivales	3	12,0
Neoplasias infectadas	2	8,0
Mordeduras caninas	2	8,0
Fracturas faciales infectadas	1	4,0
Infección por piercieng	1	4,0
Total	25	100,0

Fuente: Historias clínicas

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos por Morales Navarro (7), con relación al grupo de edad más afectado por la celulitis facial odontogénica coinciden con el de esta investigación, pero discrepan de los descritos por Martínez (5), Ducasse (15), Boza (18) y Márquez (20) en sus respectivas investigaciones. El predominio del sexo masculino coincidió con casi todos los estudios consultados, (6,14,15,16,17,19) pero no se correspondió con el de Márquez (20) que señala más casos de celulitis en las mujeres. La experiencia de los autores de este trabajo los lleva a considerar que el sexo femenino presenta mejores hábitos higiénicos sanitarios con respecto al masculino. Muchos investigadores abogan por una mayor afectación del sexo masculino. Alegan que estos son grupos con un mayor riesgo de celulitis facial porque suelen tener una mayor exposición a los traumas por accidentes, las riñas y están más relacionados con medios contaminados; fundamentan además, la menor preocupación de los hombres por la estética facial, la salud bucal y el control de hábitos higiénicos dietéticos (6,7) lo que se corresponde con los resultados de esta investigación.

La celulitis facial constituyó un motivo frecuente de hospitalización. Se apreció un predominio de la celulitis facial odontogénica sobre la no odontogénica, resultado similar descrito por Vila (19) y colaboradores quienes detectan el origen odontogénico en más de 60% de

los casos. La cavidad bucal es un medio húmedo donde confluyen una gran cantidad de microorganismos que forman su microbiota habitual. Las infecciones bucales tienen características generales como son: la infección odontogénica que es polimicrobiana (mixta), los microorganismos que participan y tienen un metabolismo interdependiente y sinérgico, tienen características anaerobias-aerobias, con predominio de anaerobios y la infección es endógena es decir los microorganismo son propios del tejido. Las bacterias que causan infección odontogénica incluyen una gran variedad de especies, la mayoría pertenece a los siguientes grupos: cocos aerobios Grampositivos estreptococos alfa y beta hemolítico y Streptococcus viridans, cocos anaerobios Grampositivos estreptococos, peptoestreptococos y peptococos, bacilos anaerobios Grampositivos bacterioides (Prevotella melaninogenica, p. gingivalis y p. oralis) y fusobacterias, cocos anaerobios Grampositivos veillonella y bacilos anaerobios Grampositivos eubacterias y lactobacilos.

La celulitis moderada fue la más frecuente en relación con la severidad de la infección. Como pudo observarse la celulitis facial grave fue la menos frecuente, resultando que coincidió con la mayoría de las investigaciones realizadas en Cuba.(6,15,17) Sin embargo, se debe destacar que en este estudio predominaron los casos con celulitis moderada, resultados similares describen Martínez, (5) Morales (7) y Vila.(19)

La terapéutica antimicrobiana más empleada fue la

penicilina G cristalina más el metronidazol seguida del uso de la penicilina G procaínica. En la mayoría de los trabajos consultados sus autores coinciden en el empleo de la penicilina como antimicrobiano de elección ante los procesos sépticos odontogénicos, salvo que los pacientes sean alérgicos a dicho antimicrobiano.(5-11) Esto está dado por la sensibilidad de los microorganismos patógenos bucales a este grupo de fármacos. Los resultados obtenidos en este trabajo se correspondieron con los descritos por Martínez (5) y colaboradores quienes tratan a la mayoría de sus pacientes con la combinación de penicilina más metronidazol.

La pulpa necrótica fue el principal agente causal en la aparición de la celulitis facial odontogena. En el análisis de los mecanismos patogénicos, fue evidente la superioridad numérica de la pulpa dental necrosada ya fuera por caries, micro y macrotraumatismo o agentes químicos, como desencadenante de este grave proceso séptico. La colonización e infección bacteriana de la región periapical pueden obedecer a varias causas, aunque en este ámbito la propagación de la infección fue por vía pulpar, que tiene como origen primario una caries dental. Además existen factores locales que facilitan la rápida instauración de este proceso inflamatorio como son: la cercanía de los espacios aponeuróticos al tejido laxo, la relación de cercanía del ápice radicular con las corticales óseas, el nivel de las inserciones musculares a los huesos maxilares y su relación con los ápices radiculares, la densidad de las corticales óseas y el declive gravitacional.(10,11) otros como Morales (7) y Boza (18) y colaboradores aceptan que la caries dental son el principal problema de salud estomatológico y constituyen el mecanismo patogénico fundamental en el desarrollo de la celulitis facial.

No se puede dejar de mencionar el papel patógeno de los restos radiculares y de la celulitis post-exodoncias como causa de aparición de la celulitis facial odontogénica. Por ello es importante recalcar en el cumplimiento de las

medidas de asepsia y antisepsia básicas por parte de todo el personal de salud con el objetivo de disminuir el número de casos registrados por este mecanismo. En cuanto a la celulitis no odontogénica la presencia de infecciones de la piel causadas por estafilococos y estreptococos, las infecciones de las glándulas salivales y las mordeduras caninas no dejan de ser causas despreciables, por lo que se hace un llamado al buen manejo de estos pacientes para de esta forma evitar futuras complicaciones.

Es muy importante señalar que la atención médica oportuna por un personal calificado, así como la aplicación de terapias poliantimicrobianas, de soporte medicamentoso y la implementación del tratamiento quirúrgico para la eliminación de los focos sépticos y el drenaje de las colecciones purulentas, permitió que no se produjera la pérdida de ninguna vida, aun cuando se trataba de procesos sépticos que producían un cuadro clínico crítico y potencialmente mortal, señalamientos que coinciden con lo descrito por otros autores.(6,14,20)

Debe enfatizarse en el cardinal papel de la atención primaria de salud, con la labor del estomatólogo general básico y del estomatólogo general integral, en la conservación y rehabilitación de los tejidos bucales, para lograr una menor incidencia de procesos sépticos y proveer además un rápido diagnóstico, tratamiento y remisión al segundo nivel de atención de los casos que lo requieran.

CONCLUSIONES

La celulitis facial constituye un motivo frecuente de hospitalización en el servicio de Cirugía Maxilo Facial de este hospital. Prevalció la de severidad moderada, con predominio de la celulitis odontogénica. La pulpa necrótica fue el principal agente causal en la aparición de la celulitis odontogena. La terapéutica antimicrobiana empleada más frecuente fue la penicilina G cristalina más metronidazol seguida del uso de la penicilina G procaínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thikkurissy S, Rawlins J, Kumar A, Evans E, Casamassimo P. Rapid treatment reduces hospitalization for pediatric patients with odontogenic-based cellulitis. *American Journal Emergency Medicine* 2010; 28(6): 668-672.
2. De Croos F, Liao J, Ramey N, Li I. Management of Odontogenic Orbital Cellulitis. *Journal of Medicine & Life* 2011; 4(3): 314-317.
3. Tavakoli M, Bagheri A, Faraz M, Salehirad S, Roghaee S. Orbital cellulitis as a complication of mandibular odontogenic infection. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery* 2013; 29(1): 5-7
4. Pereira CI, Sánchez G, Basulto F. Necrotizing fasciitis of an odontogenic origin: Case presentation. *Rev Haban Cienc Méd* 2008; 7(1):105
5. Martínez N, Díaz D, Guerra O, Guillian I; Martínez N. Comportamiento clínico y manejo terapéutico de pacientes diagnosticados con Celulitis facial odontogena. *Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto"* *Rev Haban Cienc Med* 2014; 13 (3):80
6. Hernández AB. Complicaciones derivadas del absceso dentoalveolar agudo en pacientes pertenecientes al área VII, Cienfuegos. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2015 [citado: 6 enero 2016]; 52(4). Disponible en:<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/588/232>
7. Morales D. Comportamiento clínico de la celulitis facial odontogena. *Hospital Universitario "General Calixto García"*. *Rev Cubana Estomatol* 2009; 46(4): 102-110.

8. Haces M. et al. El uso del piercing en la cavidad bucal de adolescentes. *Rev Cienc Med Pinar Rio* 2014, [citado: 6 enero 2016]; 18(2): 267-274. Disponible en : <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n2/rpr10214.pdf>
9. Jundt J, Gutta R. Characteristics and cost impact of severe odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114(5): 558-566.
10. Fernández M, Vila D, Rodríguez A, Mesa DL, Pérez G. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2012 [citado: 6 enero 2016]; 49(2):107-16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>
11. Rodríguez N, Morales M, Álvarez B, Hernández G, Gallardo V. Terapia antimicrobiana en procesos sépticos orales y faciales. *Medi Ciego [Internet]* 2012 [citado: 6 enero 2016]; 18(no. esp.). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/pdf/T12.pdf
12. Rodríguez O, Pérez O, Rodríguez A. Celulitis facial odontogena como urgencia en estomatología. *Rev Cien Med Habana* 2009; 15(1): 94-98
13. Voza I; Fusco F; Corridore D; Ottolenghi L. Awareness of complications and maintenance mode of oral piercing in a group of adolescents and young Italian adults with intraoral piercing. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015; 20(4):e413-8.
14. Al-Asfour A. Postoperative Infection after Surgical Removal of Impacted Mandibular Third Molars: An Analysis of 110 Consecutive Procedures. *Med Princ Pract* 2011 May; 18(4):48-52.
15. Ducasse PA, Roca R. La extracción dentaria en la celulitis facial odontogénica. *Rev Cubana Estomatol* 2004; 41(2): 56-60
16. Malkawi Z, Al-Omiri M, Khraisat A. Risk Indicators of Postoperative Complications following Surgical Extraction of Lower Third Molars. *Medical Principles & Practice [Internet]*. 2011 May; 20(4): 321-25.[citado 6 oct 2015]. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21576990>
17. Rodríguez M, De la Teja E, Téllez J, Rubí M, Durán A. Criterios de hospitalización en un centro de tercer nivel de atención pediátrica: Enfoque estomatológico. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(1):46-51.
18. Boza Y, Mora C, Romero J, Sosa S, Payo M, Díaz A. Celulitis facial odontogénica. *Medisur [Internet]*. 2012 [citado: 6 enero 2016]; 10(5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2262/7282>
19. Vila D, Fernández ME, González-Longoria R. Celulitis facial en niños con criterio de hospitalización. *Rev Cubana Estomatol [Internet]* 2013 [citado: 6 enero 2016]; 50(3):240-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v50n3/est02313.pdf>
20. Márquez Rodríguez O, González Calzada N. Celulitis facial odontogena. Estudio de 96 casos en la provincia de Sancti Spíritus. 2009-2010. *Gaceta Méd Espirituana [Internet]*. 2011 [citado: 6 enero 2016]; 13(3). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/373/349>

Clinical characterization of facial cellulitis at "Ciro Redondo García" Hospital of Artemisa

SUMMARY

Objective: To characterize the patients with the diagnosis of odontogenic and non-odontogenic facial cellulites according to their clinical behavior, etiology and therapeutic management.

Materials and methods: A retrospective descriptive study was conducted, which included a sample of 112 patients admitted to the "Ciro Redondo García" Hospital of Artemisa, with diagnosis of facial cellulites, during a period of five years (2010-2014). The analyzed variables were the following: age, sex, severity of the patients, the antimicrobial therapy used and the pathogenic mechanism of this condition. The information was presented in frequency tables and the percentage calculation was used as statistical method.

Results: Facial cellulites predominated in the group of patients aged 15-24 years (39.2%) and male. Cellulites of moderate severity prevailed (54.4%), with a higher percentage of cases within odontogenic etiology (41.9%), the most used antimicrobial therapy was the combination of crystalline penicillin G plus metronidazole (35.7% %). The necrotic dental pulp (47.2%) and root rests (35.6%) were the fundamental pathogenic mechanisms of odontogenic cellulites and facial skin infections in non-odontogenic patients (44.0%).

Conclusions: Facial cellulite is a frequent reason for admission in this hospital. Its behavior from a clinical and therapeutic point of view is similar to that described in other studies.

Key words: facial cellulites; stomatological urgencies; Pericoronaritis.

Dirección para la correspondencia: Dr. Juan Carlos Quintana Díaz. Calle 21 No 1015, entre 10 y 10A Artemisa. Teléfono: 47351298

Correo electrónico: juanc.quintana@infomed.sld.cu