Capítulo 163

Celulitis cervicofaciales

F.J. Alamillos Granados, M. Martínez Martínez, L. Jiménez Murillo y A. Dean Ferrer

CONCEPTO

Las *celulitis cervicofaciales* pueden definirse como procesos infecciosos del tejido adiposo, el intersticio, la aponeurosis y los espacios subcutáneos de la cabeza y del cuello, producidos por diseminación secundaria de infecciones odontogénicas (88%), cutáneas, otorrinolaringológicas o ganglionares. Los gérmenes implicados con mayor frecuencia son mixtos (95%), aerobios y anaerobios, especialmente cocos grampositivos (*Streptococcus*) y bacilos gramnegativos (*Prevotella* spp. y *Posphyromonas* spp.).

Las celulitis cervicofaciales pueden clasificarse atendiendo a su localización, gravedad y curso evolutivo:

- Localización: compartimento superficial, suelo de la boca, compartimento masticador, espacio parafaríngeo, paratiroideo y paratonsilar.
- Gravedad: formas comunes y formas graves difusas.
- Curso evolutivo: agudas y crónicas.

La importancia de las infecciones odontogénicas radica en su capacidad para diseminarse a través de los espacios fasciales de la cabeza y del cuello, y pueden ocasionar fascitis necrosante, afectar a estructuras vitales de vecindad (intracraneales, orbitarias) o a distancia (mediastinitis, sepsis). Sin embargo, la complicación más urgente y común es la insuficiencia respiratoria aguda por afectación de la vía aérea.

Los factores que favorecen el desarrollo de la infección odontogénica son los siguientes:

- Factores generales: resistencia del organismo y virulencia del germen.
- Factores locales: situación de los alvéolos dentarios, longitud de las raíces.
- Medicación: clonazepam (hiposalivación), carbamazepina (úlceras y estomatitis), haloperidol (discinesias bucolinguales, distonía o espasmos de la musculatura facial), fenitoína (afección de la encía).
- Demencia senil, por las dificultades para la deglución en fases avanzadas.
- Pacientes psiquiátricos con problemas neurológicos, que tienen un déficit de hábitos higiénicos.
- Enfermedades sistémicas, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis reumatoide y neoplasias, ya que la mucosa es más vulnerable para el acceso de los microorganismos.

ESTADIOS DE LA INFECCIÓN ODONTOGÉNICA

Los estadios de la infección odontogénica incluyen:

- **Osteítis periapical o de inoculación.** Originada por una infección pulpar que se circunscribe al hueso alveolar. Existe un dolor agudo, referido en el diente, con un aumento de la sensibilidad con la percusión y la oclusión.
- **Fase celulítica.** Inflamación del tejido celular subcutáneo con induración, dolor, eritema e hipertermia.
- **Fase de flemón.** El dolor disminuye de forma considerable, haciéndose menos localizado. Aparecen los primeros signos inflamatorios en la submucosa bucal.
- **Absceso.** Se forma una bolsa de tejido necrótico con acumulación de material purulento. Se palpa una zona fluctuante, depresible y con cambios en la coloración a la digitopresión.

Las áreas más afectadas según la importancia de sus complicaciones son: la submandibular, la sublingual y la submentoniana.

ACTITUD DIAGNÓSTICA

Anamnesis

Hay que dedicar especial atención a:

- Enfermedades previas y actuales del paciente, sobre todo antecedentes recientes de dolor o tratamiento dental.
- Hipersensibilidad y consumo habitual de fármacos, alcohol, tabaco y otras drogas.
- Evolución y duración de los síntomas, como dolor dental, fiebre (alcanza su máxima intensidad a los 3-5 días) precedida de escalofríos, halitosis, sialorrea, etc. La aparición de disfagia, disfonía, disnea, dificultad para abrir la boca *(trismus)* por afectación de los músculos masetero y pterigoideo interno, alteración del estado de conciencia, hipotensión y taquicardia sugiere mayor gravedad.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Exploración física

Se basa en la detección de signos que sugieran infección maxilofacial, como:

- Dolor espontáneo y con la palpación en el territorio afectado.
- Tumefacción de la cara o del cuello, con asimetría si la lesión no es central.
- Enrojecimiento de la piel suprayacente. Si se afecta la piel del cuello suele indicar lesión en sentido descendente, que si progresa por la fascia, puede originar mediastinitis.
- Sequedad de piel y mucosas. En general, la deshidratación suele deberse a falta de aporte.
- Fluctuaciones y adenopatías regionales. La ausencia de fluctuación no descarta la existencia de abscesos.

La *exploración intraoral,* si no está limitada la apertura de la boca, debe orientarse a determinar la etiología de la infección: caries dental, proceso periodontal, pericoronaritis del cordal, etc., y a descubrir signos que justifiquen la disnea o impliquen un riesgo importante para obstruir la vía aérea. Entre estos destacan:

- Elevación del suelo de la boca.
- Dificultad para sacar la lengua por fuera de los labios.
- Desviación de la úvula, con dificultad para deglutir y respirar.
- Tumefacción de la pared lateral de la faringe: cuello rígido.

Exploraciones complementarias

La realización de exploraciones complementarias urgentes está justificada para evaluar la diseminación de la infección. Se solicita:

- **Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.** Es característica la leucocitosis neutrofílica con desviación a la izquierda.
- **Bioquímica sanguínea** que incluya la determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio y proteína C reactiva (PCR). Puede existir insuficiencia renal prerrenal, elevación aislada de la urea, como exponente inicial de la deshidratación, y elevación de la PCR.
- **Radiografía lateral de cuello.** Puede aportar una valiosa información sobre la existencia de edema faríngeo posterior. El grosor de la silueta del tejido blando prevertebral orienta sobre la necesidad de ampliar el estudio mediante tomografía computarizada (TC).

Si el paciente tiene criterios de ingreso hospitalario se solicita:

- **Ortopantomografía.** Permite descubrir la causa infecciosa si esta se localiza en la zona dentaria.
- **Punción-aspiración y cultivo** que puede poner de manifiesto un exudado purulento, si existe absceso.
- Si la sospecha clínica es fundada, la lesión no está en estadio inicial y no se obtiene ningún exudado (frecuente en las lesiones del compartimento masticador), está indicada la realización de una TC para confirmar la existencia de colección purulenta.

CRITERIOS DE INGRESO

Requieren ingreso hospitalario todos los pacientes con celulitis cervicofacial que presenten:

- Enfermedad inmunodepresora: diabetes, neoplasia, sida, prótesis valvular y tratamiento con corticoides u otros agentes inmunosupresores.
- Síntomas o signos clínicos de gravedad: dolor intenso, fiebre elevada, *trismus* rápida progresión y extensión del proceso inflamatorio, disnea, disfagia, elevación del suelo de la boca, edema faríngeo posterior, desviación de la úvula, tumefacción submaxilar bilateral y alteraciones del pulso o de la presión arterial.
- Fracaso del tratamiento previo del paciente.
- Osteomielitis.

TRATAMIENTO

Tratamiento hospitalario

El tratamiento de aquellos pacientes que requieren ingreso hospitalario se basa en:

- Permeabilización de la vía aérea. Si presentan signos de insuficiencia respiratoria aguda se administra oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi (**Ventimask®**) al 50%, o a través de mascarilla con reservorio, que permite aportar mayores concentraciones. Si la PaO_2 persiste con valores inferiores a 50 mmHg, se realiza intubación endotraqueal o, si esta no es posible, traqueotomía.
- Canalización de una vía venosa periférica y perfusión de suero fisiológico a razón de 1.000 ml/8 h, modificando la cuantía en función del estado cardiopulmonar previo del paciente y de las alteraciones hidroelectrolíticas que se detecten.
- Antibioterapia empírica por vía intravenosa, asociando la administración de bencilpenicilina y metronidazol:
  - Bencilpenicilina (**Penilevel®**, viales con 1, 2, 5 y 10 millones de UI), en dosis de 4 millones de UI/4 h.
  - Metronidazol (**Flagyl®**, bolsa viaflo de 100 ml con 500 mg y de 300 ml con 1,5 g), en dosis de 500 mg/8 h o 1,5 g/24 h.
  - Si el paciente es alérgico a la penicilina, se sustituye por clindamicina (**Clindamicina Normon®**, viales con 300 y 600 mg) en dosis de 600 mg/6 h.
- Corticoides por vía intravenosa, como uno de los siguientes:
  - Dexametasona (**Fortecortin®**, ampollas con 4 mg) en dosis inicial de 8 mg, seguida de 4 mg/6 h.
  - Hidrocortisona (**Actocortina®**, viales con 100, 500 y 1.000 mg) en dosis de 100 mg/8 h.
  - Metilprednisolona (**Solu-Moderin®**, viales con 40, 125, 500 y 1.000 mg) en dosis inicial de 125 mg, seguida de 40 mg/6 h, en función de la respuesta clínica.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por vía oral, si no se administran corticoides, como naproxeno (**Naprosyn®**, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h.
- Analgésicos y antipiréticos, como paracetamol (**Perfalgan®**, viales de 100 ml con 1 g) por vía intravenosa, en dosis de 1 g/6 h, perfundido en 15 min; metamizol

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

magnésico (**Nolotil**®, cápsulas de 575 mg y ampollas con 2 g) en dosis de 1-2 cápsulas/8 h por vía oral o 2 g/8 h por vía intramuscular o intravenosa; o dexketoprofeno trometamol (**Enantyum**®, comprimidos y sobres de 25 mg, ampollas con 50 mg) en dosis de 25 mg/8 h por vía oral o 50 mg/8 h por vía intramuscular o intravenosa. Si el dolor no cede, se administra tramadol (**Adolonta**®, ampollas con 100 mg) en dosis de 100 mg/8 h. La administración intravenosa de estos fármacos, excepto el paracetamol, se realiza diluyendo la dosis en 100 ml de suero fisiológico o glucosado al 5% y perfundiendo en 20 min.

- Debe prevenirse la hemorragia digestiva con omeprazol (**Losec**®, cápsulas de 20 mg) en dosis de 20 mg/24 h por vía oral o pantoprazol (**Anagastra**®, viales con 40 mg) en dosis de 40 mg/24 h por vía intravenosa.
- Drenaje quirúrgico. Está especialmente indicado en las siguientes situaciones:
  - Infecciones odontogénicas en la fase de absceso maduro y con fluctuación evidente.
  - Síntomas o signos clínicos de gravedad.
  - Infecciones de los espacios que pueden comprometer la vía aérea o pueden presentar complicaciones.
  - Celulitis del espacio laterofaríngeo o celulitis difusa grave por anaerobios.

Tratamiento ambulatorio

Si el paciente no requiere ingreso hospitalario, se prescribe:

- Hidratación oral y nutrición adecuadas.
- Enjuagues orales con suero fisiológico, varias veces al día.
- Amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine Plus**®, comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 1.000 + 62,5 mg/8 h por vía oral durante 10 días; o clindamicina (**Dalacin**®, cápsulas de 150 y 300 mg) en dosis de 300 mg/6 h por vía oral durante 7 días. Si después de 48 h no hay mejoría, se asocia metronidazol (**Metronidazol Normon**®, comprimidos de 250 mg; **Flagyl**®, solución con 200 mg/5 ml) en dosis de 500 mg/8 h por vía oral.
- AINE, como naproxeno (**Naprosyn**®, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral.
- Analgésicos, como dexketoprofeno trometamol (**Enantyum**®, comprimidos y sobres de 25 mg, ampollas con 50 mg) en dosis de 25 mg/8 h por vía oral o 50 mg/8 h por vía intramuscular.
- Vigilancia diaria por el médico de cabecera. Si se detecta abscesificación o aparecen signos de progresión o compresión de la vía aérea, hay que remitir el paciente al hospital con carácter urgente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Bilodeau E, Parashar VP, Yeung A, Potluri A. Acute cervicofacial necrotizing fascitis: Three clinical cases and a review of de recurrent literature. Gent. Dent 2012;60:70-4.

Ryan P, Mc Mahom G. Severe dental infections in the emergency department. Eur J Emerg Med 2012;19(4):208-13.

Rodríguez-Fausto M, Murillo Bravo LD, Solorio S, Hernández González MA, Villar R, Barajas R. Frecuency and clinical outcome of odontogenic cervicofacial infection. Rev Med Inst Seguro Soc 2011;49: 137-40.