



caso clínico

Manejo Terapéutico de la Celulitis Crónica Circunscrita: a Propósito de un Caso Clínico

Espiga Pacheco, J. Martínez-Rodríguez, N. Fernández Cáliz, F. Barona Dorado, C. Martínez-González, JM. Manejo terapéutico de la celulitis crónica circunscrita: a propósito de un caso clínico. *Cient. Dent.* 2019; 16; 3; 191-196



Espiga Pacheco, J.
Residente de 2º año del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

Martínez-Rodríguez, N.
Coordinadora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

Fernández Cáliz, F.
Coordinador del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

Barona Dorado, C.
Profesora Contratado Doctor del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

Martínez-González, JM.
Profesor Titular del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

Indexada en / Indexed in:
- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:
Natalia Martínez Rodríguez
Hospital Virgen de la Paloma
c/ La Loma 1.28003 Madrid
hospinatmr@hotmail.com

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2019.
Fecha de aceptación para su publicación:
7 de octubre de 2019.

RESUMEN

La celulitis crónica circunscrita es resultado de la persistencia de una lesión dentaria, bacterias de baja virulencia o una antibioterapia mal planteada. Se caracteriza por la presencia de un cordón fibroso, signo patognomónico, que debe ser eliminado junto al foco causal. La clínica es poco llamativa y puede pasar desapercibida al paciente. Sin embargo, no está exenta de un posible proceso de agudización que dificulten su posterior tratamiento o que actúen como un foco infeccioso a distancia.

Se presenta un caso de un paciente de 51 años que acude a consulta exudado de contenido purulento a través de una fistula extra oral de un año de evolución. Se realizó la extracción de los dientes involucrados y se eliminó el cordón fibroso asociado. Se plantea junto al abordaje quirúrgico una pauta antibiótica de corta duración para prevenir la aparición de resistencias basado en la evidencia científica actual.

PALABRAS CLAVE

Celulitis crónica, Fístula extraoral, Cordón fibroso, Antibioterapia, Resistencias bacterianas.

THERAPEUTIC Management OF CIRCUMSCRIBED CHRONIC CELLULITIS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Circumscribed chronic cellulitis is the result of the persistence of a dental lesion, bacteria of low virulence or poorly raised antibiotic therapy. It has been defined by the presence of a fibrous cord, a pathognomonic sign, which must be eliminated together with the causal focus.

The clinic is inconspicuous and can go unnoticed to the patient. However, it is not exempt from a possible process of exacerbation that hinders its subsequent treatment or that acts as an infectious focus at a distance. We present a case of a 51-year-old patient who included an exudate consultation of purulent content through an extra oral fistula that had been one year old. The extraction of the involved teeth was performed and the associated fibrous cord was removed. It is presented with the surgical approach, a short-term medical practice to prevent the emergence of resistance based on current scientific evidence.

KEY WORDS

Chronic cellulitis, Extraoral fistula, Fibrous cord, Antibiotic therapy, Bacterial resistance.

INTRODUCCIÓN

Dentro del territorio maxilofacial y más concretamente en la cavidad bucal, existen diferentes procesos infecciosos con una amplia variedad de manifestaciones clínicas y localizaciones, que están estrechamente relacionadas con determinados factores locales y generales así como con el equilibrio entre el sistema defensivo orgánico y la actividad microbiana. Dentro de ellos se encuentra la celulitis, la cual constituye un proceso infeccioso del tejido celular que rellena espacios virtuales delimitados por los planos aponeuróticos de cabeza y cuello. La celulitis puede acontecer de forma aguda o crónica, de forma localizada o difundirse a distancia lo que constituye una situación de riesgo para el paciente¹⁻⁶.

En este sentido las formas crónicas circunscritas constituyen una entidad de lenta evolución que sobreviene tras una celulitis aguda o bien tiene una presentación crónica desde su inicio. Desde el punto de vista anatómico patológico se trata de un tejido conjuntivo laxo con fibras colágenas y elásticas, abundante presencia de células adiposas y rico en vascularización sanguínea y linfática¹⁻⁶.

La localización es preferentemente mandibular debido a una combinación tanto de factores generales y locales como el engrosamiento de las corticales y la presencia de los espacios celulares que aumentan el riesgo en dicho territorio¹⁻⁶.

La clínica de la celulitis varía según la forma clínica a la que nos enfrentemos. Los cuadros agudos presentan signos clásicos de inflamación como dolor pulsátil y mal localizado, enrojecimiento, calor, tumoración mal delimitada acompañado con borramiento de surcos y consistencia dura. También pueden cursar con una afectación general del paciente y fiebre. Además, puede existir una afectación específica según los espacios celulares que estén afectados: Trismus, disfagia, odinofagia, afectación ocular o disnea en formas graves donde está afectado el espacio sublingual¹⁻⁶.

En la forma crónica existe una atenuación de dicha clínica, pudiendo estar ausente, siendo el paso de una forma a otra bidireccional, por lo que podemos encontrar periodos de cronicación y reagudización.

En la actualidad el uso de antibióticos está totalmente integrado en los tratamientos de las infecciones. La aparición de estos fármacos supuso un antes y un después en la medicina moderna, permitiendo la resolución de cuadros que en el pasado resultaban de muy difícil manejo o que incluso llegaban a ser mortales. Sin embargo se ha visto que el uso indiscriminado de los antibióticos conlleva asociado un alto riesgo para la sociedad, la aparición de resistencias bacterianas. Éstas no responden a los tratamientos antimicrobianos habituales, lo que obliga al continuo desarrollo de fármacos de nueva generación. Es por ello una necesidad el uso responsable de los antibióticos, debiéndose prescribir solo en aquellos casos en los que está justificado y durante el mínimo tiempo necesario⁷⁻¹⁰.

Los odontólogos tenemos una gran responsabilidad en la aparición de resistencias bacterianas, ya que somos responsables del 10% de las prescripciones totales¹¹, hecho que se agrava al comprobar que aproximadamente un tercio de dichos tratamientos son innecesarios¹².

El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de un paciente con celulitis crónica circunscrita y reflejar su manejo diagnóstico y terapéutico, tanto desde un punto de vista quirúrgico como antibiótico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 51 años de edad que acudió al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma derivado por su odontólogo por presentar un orificio extra oral a nivel de la región geniana baja de un año de evolución. El paciente refirió que a través de dicha fistula se producía una evacuación de contenido purulento de forma ocasional, habiendo periodos de remisión y exacerbación. No refirió sintomatología asociada. En la historia médica del paciente destacan hipertensión y diabetes tipo 1, ambas bajo control por su médico de atención primaria.



Figura 1. Aspecto extraoral de la fístula.



Figura 2. Proyección panorámica con la presencia de un foco periapical que afecta a 46 y 47.

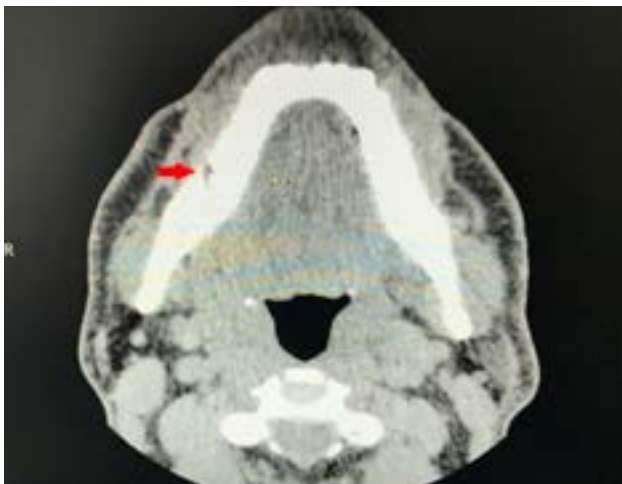


Figura 3. Imagen de TAC donde se aprecia la afectación de la cortical vestibular.

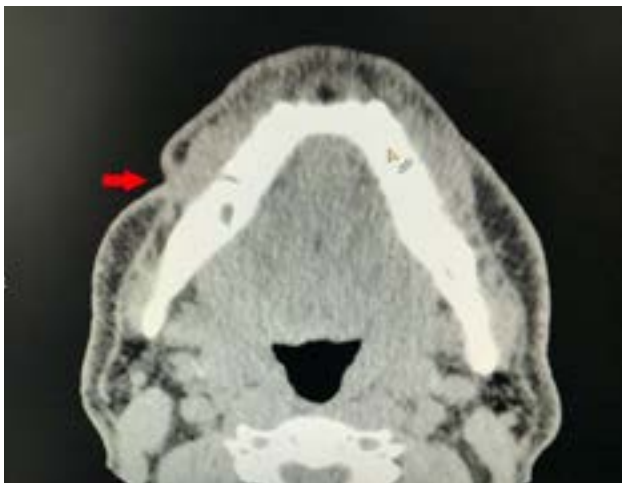


Figura 4. Imagen de TAC donde se observa deformidad del tejido blando asociado a la fístula.

A la exploración extra oral se evidenció la presencia de una fístula y un nódulo firme a la palpación sin que hubiera ninguna alteración en la piel o adenopatía asociada (Figura 1). A la exploración intra oral se localizó el resto radicular correspondiente al diente 46 y una movilidad grado 2 en el diente 47 con vitalidad negativa. La coloración de las mucosas era rosada, no evidenciándose inflamación. Como complemento a la exploración clínica, se solicitó un estudio mediante radiografía panorámica y Tomografía Axial Computerizada (TAC), donde se observaron la presencia de focos periapicales alrededor del 46, y en la raíz mesial del 47 (Figura 2), poniéndose de manifiesto la perforación a nivel de la cortical vestibular adyacente a dichos restos radiculares, no viéndose afectada la cortical lingual (Figuras 3 y 4). Tras la exploración se informó al paciente del probable origen odontogénico de la fístula y la necesaria intervención quirúrgica para su remoción junto a un tratamiento antibacteriano asociado.

Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a la extracción de los dientes causales junto con un



Figura 5. Imagen intraoral tras las extracciones del 46 y 47 y regularización ósea.



Figura 6. Permeabilización del trayecto fistuloso mediante instrumento romo.

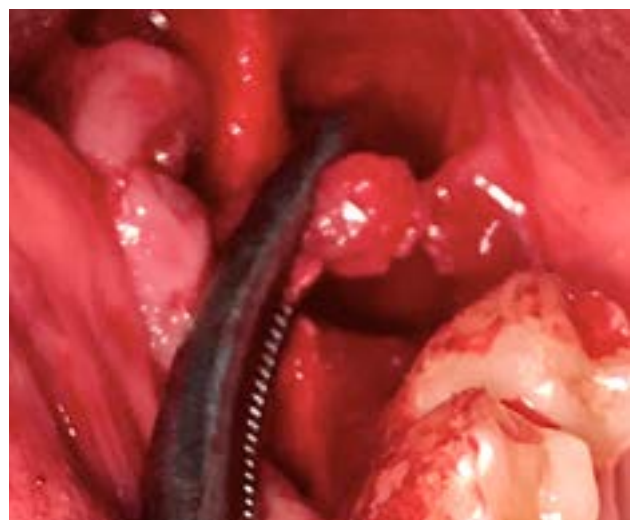


Figura 7. Imagen intra-oral donde se observa el cordón fibroso.

legrado minucioso de la zona periapical, así como de una regularización ósea de la zona alveolar (Figura 5). De igual modo se realizó una permeabilización de la fístula



Figura 8. Técnica de Friedrich.

con abordaje extra oral mediante un instrumento de punta roma disecándose la misma con el objetivo de eliminar el cordón fibroso asociado a estas lesiones (Figuras 6 y 7).

En cuanto a la sutura se optó a nivel intra oral por un cierre hermético debido a los hábitos higiénicos del paciente mediante una sutura de seda de 3-0, mientras que a nivel extra oral se realizó una técnica de Friedrich (Figura 8).

Como tratamiento farmacológico postoperatorio se pautó Amoxicilina 750 mg cada 8 horas por vía oral (v.o.) durante 3 días. Se prescribió Ibuprofeno 400 mg (v.o.) como antiinflamatorio durante dos días, ya que la hipertensión estaba controlada y Metamizol Magnésico 575 mg cada 8 horas (v.o.) como analgésico de rescate.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo retirada la sutura a los 7 días. El paciente refirió una evolución favorable y en las posteriores revisiones se confirmó la remisión completa del proceso (Figura 9).

DISCUSIÓN

Las infecciones primarias de origen odontogénico se sitúan en las estructuras próximas que conforman el periodonto, normalmente en la región periapical, pueden progresar y perforar tanto el hueso como el periostio desembocando en la cavidad oral. En la mayoría de los casos se trata de infecciones localizadas, auto limitadas y comportan un riesgo bajo asociado. Sin embargo las bacterias implicadas en esta infección primaria pueden llegar a alcanzar el tejido celular situado en los espacios aponeuróticos próximos dando lugar a una celulitis que puede diseminarse con el aumento de riesgo que ello conlleva^{1,5,6}.

El tratamiento de las infecciones depende de la fase en que ésta se encuentre, del estado general e inmunológico del paciente así como de la localización y estructuras que se hayan visto afectadas. En nuestro caso, se trataba



Figura 9. Aspecto de la herida a la semana de la intervención.

de una celulitis circunscrita crónica cuyo signo patognomónico es la presencia de un cordón fibroso, el cual debe ser siempre eliminado. El manejo de este tipo de patología debe abordarse con un triple enfoque: farmacéutico, odontológico y quirúrgico. Los dos últimos buscan la curación o eliminación del diente causal junto con un desbridamiento de los tejidos afectados, regularización ósea, oxigenación de la zona y la eliminación del cordón fibroso. El tratamiento farmacológico a su vez tiene un doble objetivo; contener el proceso infeccioso, realizar un tratamiento antimicrobiano del mismo mediante el uso de antibióticos y aliviar el cuadro sintomático asociado a la infección y/o tratamiento quirúrgico mediante la prescripción de antiinflamatorios y/o analgésicos^{5,6,13,14}.

En odontología el tratamiento con antibióticos suele ser empírico ya que se inicia antes de disponer de un diagnóstico definitivo mediante cultivo sobre el microorganismo responsable del proceso patológico, por lo que es un tratamiento que se basa en la probabilidad^{9,13,15}. En la mayoría de casos el proceso patológico queda resuelto antes de obtener los resultados del cultivo, por lo que se reserva dicha técnica diagnóstica para cuadros más severos. Es fundamental realizar la prescripción antibiótica solo en aquellos casos en que sea necesario y no en situaciones cuya resolución pueda alcanzarse mediante la eliminación de la causa o por la presencia de dolor, ya que se ha visto que el uso de antibióticos no favorece la disminución del mismo¹³. Por tanto el uso de antibióticos debe quedar reservado para aquellas situaciones en las que el riesgo de infección esté aumentado por una inmunodeficiencia del huésped, diabetes, agresividad de la intervención quirúrgica, extensión inicial de la infección o alto riesgo de diseminación de la misma a otros espacios anatómicos^{4,13,14}. Del mismo modo la literatura demuestra que el uso de antibióticos por sí solo no es suficiente para la resolución de la patología

infecciosa, siendo necesario un tratamiento odontológico (ej. apertura cameral) o quirúrgico (ej. extracción del diente causal y/o drenaje de la zona)^{1,5,6,16}. Por ello el antibiótico se empleará como tratamiento complementario y no como método resolutivo de la infección.

Martins and cols.¹³ y Flynn and cols.¹⁴ en sendas revisiones sistemáticas comprobaron que el éxito del tratamiento depende fundamentalmente de la técnica quirúrgica, no habiendo en relación a la eficacia diferencia estadísticamente significativa entre los grupos que emplearon diferentes tipos de antibióticos. En el presente caso se optó por la Amoxicilina, ya que pese a no haber encontrado un resultado estadísticamente significativo frente a otros antibióticos cuando la técnica quirúrgica es adecuada, se trata de un antimicrobiano de amplio espectro cuya eficacia está ampliamente demostrada y favoreció un tiempo de curación ligeramente inferior al de los otros antibióticos estudiados en las mencionadas revisiones.

Otro factor a tener en cuenta es el tiempo. El planteamiento clásico para el uso de antibióticos ha consistido en no interrumpir el tratamiento de 7 ó 10 días por riesgo a favorecer la aparición de resistencias. Ambos autores también analizaron la efectividad de los tratamientos en cuanto a la duración del tratamiento con antibiótico. Sus resultados no hallaron una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos pacientes que tomaron el fármaco 3 días y los que lo tomaron 7 días. Por ello concluyen que se debe reducir los días de ingesta con el objetivo de prevenir la aparición de posibles resistencias ya que la eficacia del tratamiento no se ve comprometida, además de existir la posibilidad de ampliar el tratamiento en caso de no producirse una mejora. Se concluye de este modo que la evidencia científica actual recomienda tratamientos con antibiótico de corta duración, pudiéndose suprimir el mismo en aquellos pacientes sanos en los que desaparecen los síntomas de afectación sistémica^{13,14}.

En el caso que nos ocupa, al tratarse de una lesión crónica se concluye que los gérmenes son de baja virulencia

o se encuentran atenuados, aunque ello no implica la ausencia de un riesgo de reagudización del proceso que en este caso está aumentado por el hecho de ser un paciente diabético. En el estudio de Igoumenakis and cols.¹⁷ se concluyó que si el diente causal de la infección odontogénica es extraído durante el abordaje quirúrgico en vez de intentar restaurarlo, como era nuestro caso, el tiempo de recuperación clínica del paciente se disminuye de forma estadísticamente significativa. En la intervención se realizó el abordaje de distintos espacios anatómicos lo que sumado a la diabetes del paciente aumentaba el riesgo de complicaciones post quirúrgicas. Por ello se decidió pausar un tratamiento antibiótico de amoxicilina 750 mg cada 8 horas durante al menos 3 días con posibilidad de prolongarlo a 7 días en caso de que apareciesen signos de afectación sistémica tales como fiebre. Dichas complicaciones no aparecieron por lo que se pudo suprimir el tratamiento antimicrobiano a los 3 días tras el abordaje quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La celulitis crónica circunscrita es una forma atenuada de infección bacteriana que no está exenta de sufrir un proceso de reagudización por lo que debe tratarse mediante un abordaje quirúrgico y en aquellos casos donde el riesgo de diseminación este aumentado se complementará con la prescripción de antibiótico.

La aparición de resistencias bacterianas como consecuencia de un uso indiscriminado e innecesario de antibióticos es un problema sanitario de notable gravedad que podría llevarnos a una situación similar a la "era pre antibiótica" como consecuencia de una pérdida de eficacia de los mismos. Por ello responsabilidad de todos los profesionales sanitarios el hacer un uso responsable de estos fármacos, empleándolos exclusivamente en aquellos casos en que sean necesarios y durante el mínimo tiempo necesario.



BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-González JM. Tratamiento de las infecciones odontógenas. En: Donado M, editor. Cirugía bucal. Patología y técnica. 4ª ed. Barcelona. Masson; 2014; 357-63.
2. Velasco I, Reinaldo N. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad. Rev Chilena Cir. 2012; 64 (6): 586-98.
3. de Vicente-Rodríguez JC. Celulitis maxilofaciales. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9: 126-38.
4. Tormes AKM, De Bortoli MM, Junior RM, Andrade ESS. Management of a severe cervicofacial odontogenic infection. J Contemp Dent Pract 2018;19(3):352-5.
5. Ogle O. Odontogenic infections. Dent Clin N Am 2017; 61: 235–252.
6. Olsen I, van Winkelhoff AJ. Acute focal infections of dental origin. Periodontology 2000 2014; 65: 178–89.
7. Ellison S.J. The role of phenoxymethylpenicillin, amoxicillin, metronidazole and clindamycin in the management of acute dentoalveolar abscesses – a review. Br Dent J 2009; 206 (7): 357-65.
8. Chardin K, Yasukawa N, Nouacer C, Plainvert P. Reduced susceptibility to amoxicillin of oral streptococci following amoxicillin exposure. J Med Microbiol 2009; 58: 1092-7.
9. Matijevic S, Laziz Z, Kuljic-Kapulica N, Nonkovic Z. Empirical antimicrobial therapy of acute dentoalveolar abscess. Vojnosanit Pregl 2009; 66(7): 544-50.
10. Doern CV, Ferraro MJ, Brueggemann AB, Ruoff KL. Emergence of high rates of antimicrobial resistance among viridans group streptococci in the United States. Antimicrob Agents Chemother 1996; 40 (4): 891-4.
11. Robles Raya P, de Frutos Echaniz E, Moreno Millan N, Mas Casals A, Sánchez Callejas A, Morató Agustí ML. Me voy al dentista: ¿antibiótico como prevención o como tratamiento?. Aten Primaria 2013; 45: 216-21.
12. Swift JQ, Gulden WS. Antibiotic therapy – managing odontogenic infections. Dent Clin N Am 2002; 46: 623-33.
13. Martins JR, Chargas OL Jr, Velasquez BD, Bobrowski AB, Correa MB, Torriani MA. The use of antibiotics in odontogenic Infections: what is the best choice? A systematic review. J Oral Maxillofac Surg 2017; 75(12): 2606e1- 2606e11.
14. Flynn TR. What are the antibiotics of choice for odontogenic infections, and how long should the treatment course last? Oral Maxillofac Surg Clin N Am 2011; 23: 519-36.
15. Bhagania M, Youse W, Mehra, P, Figueroa R. Treatment of odontogenic infections: An analysis of two antibiotic regimens. J Oral Biol Craniofac Res 2018; 1-4.
16. Opitz D, Camerer C, Camerer D-M, Ragueuse J-D, Menneking H, Hoffmeister B, Adolphs N. Incidence and management severe odontogenic infections—a retrospective analysis from 2004 to 2011, J Craniomaxillofac Surg 2015; (8): 1-32.
17. Igoumenakis D, Giannakopoulos N, Parara E, Mourouzis C, Rallis G. The effect of the causative tooth extraction on clinical and biological parameters in an odontogenic infection. A prospective clinical trial. J Oral Maxillofac Surg 2015; 15: 1-18.