

## Tratamiento del absceso odontógeno submandibular y del espacio bucal

### Treatment of oral space and submandibular odontogenic abscess

Luis Castillo Toledo<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-1170-9109>

Ana María Nazario Dolz<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-8121-1613>

Zenén Rodríguez Fernández<sup>1\*</sup> <http://orcid.org/0000-0002-7021-0666>

<sup>1</sup>Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Domenech.” Camagüey, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [zenen.rodriguez@infomed.sld.cu](mailto:zenen.rodriguez@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** Los abscesos profundos del cuello tienen como causa frecuente procesos sépticos odontógenos. Resulta importante un diagnóstico precoz y una conducta médica adecuada, con el fin de evitar complicaciones graves y letales.

**Objetivo:** Describir un caso con absceso dentoalveolar con extensión séptica al espacio bucal y submandibular diagnosticado tardíamente.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 8 años de edad, antecedentes de inflamación del cuello y la cara de 19 días de evolución. Presentó fiebre, además dificultad para abrir la boca y deglución dolorosa. Al examen físico, se observa aumento de volumen de la región submaxilar izquierda, cubierta por una piel purpúrea, dolorosa, fluctuante y caliente

**Conclusiones:** Los abscesos profundos del cuello siguen teniendo como etiología frecuente los focos sépticos dentarios. El diagnóstico precoz y la conducta médica y quirúrgica adecuadas, son las únicas formas de evitar complicaciones y disminuir la morbilidad y mortalidad en estos enfermos. La existencia de absceso del cuello en la infancia, debe sugerir como una de las principales causas, la odontógena.

**Palabras clave:** absceso profundo del cuello; abscesos dentoalveolares; caries dentales.

## ABSTRACT

**Introduction:** Deep neck abscesses are frequently caused by odontogenic septic processes. Early diagnosis and proper medical behavior are important in order to avoid serious and lethal complications.

**Objective:** To report a case with dentoalveolar abscess with septic extension to the buccal and submandibular space diagnosed late.

**Clinical case report:** An 8-year-old female patient with a 19-day history of swelling of the neck and face. She had fever, as well as difficulty at opening her mouth and painful swallowing. On physical examination, there was volume increase of the left sub maxillary region, covered by purple, painful, fluctuating and hot skin.

**Conclusions:** Deep neck abscesses continue to have dental septic foci as frequent etiology. Early diagnosis and appropriate medical and surgical behavior are the only ways to avoid complications and to reduce morbidity and mortality in these patients. The existence of neck abscess in childhood should suggest odontogenic cause as one of the main reasons.

**Keywords:** deep neck abscess; dentoalveolar abscesses; dental cavities.

Recibido: 12/11/2020

Aprobado: 14/12/2020

## Introducción

La Asociación Americana de Endodoncia (AAE), denomina, según la terminología diagnóstica, al absceso dentoalveolar agudo, como “absceso apical agudo” y lo define como: “...*reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por una rápida aparición, dolor espontáneo, dolor del diente a la presión, formación de pus y aumento de volumen de los tejidos vecinos.*”<sup>(1)</sup> Entre los tejidos que pueden verse involucrados en la infección están los adyacentes al diente o corresponden a espacios anatómicos del cuello y la cara, siendo el submaxilar y el bucal dos de ellos, este último generalmente es subclasificado como espacio de la cara<sup>(2)</sup> teniendo como límite medial, el músculo bucinador y la fascia bucofaríngea y en su parte lateral el carrillo.

Las infecciones odontogénicas son las causas más frecuentes de abscesos profundos del cuello en adultos y las infecciones orofaríngeas y de vías respiratorias superiores en niños.<sup>(2,3,4)</sup> Sin embargo, no debe perderse la perspectiva de la posible etiología dental en este grupo etario. Una publicación de *Larena Fernández*<sup>(5)</sup> refiere, que las caries son las enfermedades crónicas infecciosas más prevalentes en el mundo. Estudios epidemiológicos en niños españoles, indicó 20 % de prevalencia a los tres años, 40 % a los 5 años y 60 % a los 15 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte acerca de las complicaciones potencialmente graves que puede originar un diente enfermo, dado que el absceso dentoalveolar es una complicación de las caries dentales que permite el paso de bacterias a la pulpa dental ocasionando pulpitis y la afectación del hueso alveolar, que puede evolucionar a un absceso subperióstico y la posterior diseminación de la infección hacia estructuras o espacios anatómicos vecinos o lejanos.<sup>(1)</sup>

Dada la elevada morbilidad y mortalidad que suelen presentar, se decide describir un caso con un absceso dentoalveolar con extensión séptica al espacio bucal y submandibular diagnosticado tardíamente.

## Caso clínico

Paciente femenina, 8 años de edad, con antecedentes de salud. Remitida al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “Chake Chake”, Isla de Pemba, Tanzania, por inflamación del cuello y la cara de 19 días de evolución. Refiere el acompañante que presenta desde hace unos días, fiebre que no se ha cuantificado, además de dificultad para abrir la boca y deglución dolorosa, lo que le impide alimentarse adecuadamente. Ha sido tratada con fenoximetilpenicilina, eritromicina por vía oral, antiinflamatorios y analgésicos.

En el examen físico se observa, paciente con facie tóxica y moderada toma del estado general, febril (38,9 °C), sudorosa y agotada. Frecuencia cardíaca: 119 por minutos, y frecuencia respiratoria: 25 por minutos. Signos moderados de deshidratación isotónica.

Al examen físico de la región afectada, se observa un aumento de volumen de la región submaxilar izquierda, cubierta por piel purpúrea, dolorosa, fluctuante y caliente al tacto, con tendencia a drenar espontáneamente. Con similares características se observa aumento de volumen de menor tamaño a nivel de la mejilla izquierda, inmediatamente por delante de la rama mandibular y que se extiende hacia arriba hasta las proximidades del arco cigomático y hacia abajo hasta el cuerpo de la mandíbula.

El examen de la cavidad oral no pudo efectuarse por trismo de aproximadamente 8 mm. Es hospitalizada y se adoptan las medidas de soporte vital relacionadas con la hidratación parenteral con aportes energéticos y de electrolitos, medidas antitérmicas, analgésicas y antimicrobianos por vía parenteral con ceftriazone y metronidazol, a dosis terapéuticas calculadas por kg de peso.

Se indican complementarios de laboratorio y radiológicos de urgencia. Los resultados fueron: hemoglobina 10,2 g/litros, grupo sanguíneo O positivo, leucograma  $16 \times 10^9$ / litros con desviación izquierda (neutrófilos: 84 %), creatinina 78 mmol / litros, eritrosedimentación 86 mm, test ELISA-HIV negativo, antígeno de superficie para hepatitis B negativo, radiografías simples de tórax sin alteraciones pleuropulmonares, radiografías simples con técnica para partes blandas de cuello y macizo facial, que mostraron aumento de volumen de la región submandibular izquierda y de la hemicara inferior homolateral.

Es llevada al quirófano 24 horas después de iniciado el tratamiento médico, para drenar los abscesos y punción del espacio maseterino, pues el marcado trismo y aumento de volumen inmediatamente por delante de la rama mandibular, hacía pensar en lo involucrado de este espacio, la aspiración serosanguinolenta obtenida no fue concluyente para descartar la misma.

Durante el examen oral se observa resto radicular en el molar permanente número 36 y caries profundas por oclusal vestibular en los molares temporales 74 y 75; se hace

exodoncia. (Fig. 1) de los mismos, observándose salida de gran cantidad de pus por los alveolos dentarios y el fondo vestibular abombado a este nivel.



Fig. 1 - Exodoncia más drenaje del fondo vestibular.

Se incide la mucosa drenando secreción purulenta, se profundiza con divulsión paralela al cuerpo mandibular en dirección a la inserción anterior del músculo masetero a fin de revisar este espacio, no evacuándose secreciones. La divulsión (Fig. 2) en el espacio bucal permitió la evacuación de gran cantidad de secreción pio -sanguinolenta en relación al músculo bucinador. Se tomó muestra de secreción para cultivo y tinción de Gram.

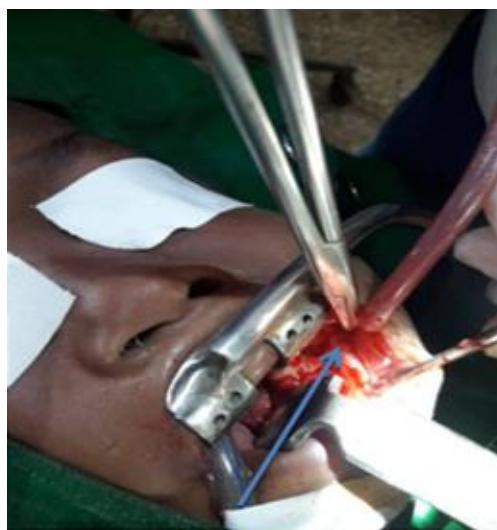


Fig. 2 - Divulsión hacia el espacio maseterino.

El acceso externo del espacio submandibular se realiza a través de incisión paralela a 2 cm. aproximadamente del borde inferior del cuerpo mandibular evitando la rama marginal del nervio facial. Se retira una amplia área de piel y tejido celular subcutáneo necrótico. Con disección roma y digital se profundiza hasta exponer todo el espacio submandibular, se aspiran abundantes secreciones purulentas, tomándose muestra para cultivo y tinción de Gram; se hace revisión del espacio sublingual traspasando arriba al músculo milohioideo, donde no se aspiran secreciones, se realiza lavado abundante con peróxido de hidrógeno, yodo povidona y solución salina fisiológica.

La piel de la mejilla conjuntamente con los tegumentos subyacentes y parte del músculo bucinador requirieron de exéresis en una gran extensión por aspecto francamente necrótico. Se realizó lavado profuso con peróxido, yodo povidona y solución salina fisiológica. Ambas regiones anatómicas quedaron con pérdida importante de tejidos blandos. Finalmente se aplicó solución de yodo povidona y miel de abejas, y se cubrió con vendajes estériles.

Las curas se realizaron en días alternos, eliminando secreciones y tejido de granulación no útil, reactivación de bordes de piel, aplicación de yodo povidona y miel, cubriendo con apósitos estériles.

Las curas correspondientes al segundo, cuarto y sexto días se hicieron en el quirófano, pues se hacía necesario retirar abundante tejido de granulación no útil, tejidos esfacelados y necróticos así como revisión intraoral, procedimientos dolorosos con los que la paciente no cooperaba.

El resultado del cultivo de secreciones fue positivo a *Staphylococcus epidermidis* y *Enterobacter cloacae*, sensible el primero a Vancomicina y Gentamicina. El *Enterobacter* fue resistente a todos los discos de antibiogramas disponibles en el hospital. Estos resultados se obtienen al quinto día después de iniciado el tratamiento, y dada la evolución favorable de la enferma se decidió continuar

con el esquema inicialmente indicado hasta los 10 días. Concluido este, se continúa con Augmentin (amoxicilina y ácido clavulánico) por vía parenteral durante 7 días.(Fig. 3).



Fig. 3 - Aspecto de la lesión cervicofacial al 7<sup>mo</sup> día de operada.

A partir de las 48 horas de realizado el tratamiento quirúrgico, se evidencia evolución favorable: remisión de la fiebre, disminución del trismo que permitió el inicio de la vía oral, facies no séptica, mejor estado general, frecuencia respiratoria y cardíaca dentro de límites normales. La biometría de laboratorio, realizada al octavo día, evidenció un leucograma normal, eritro sedimentación de 39 mm / h y hemoglobina de 11 g / dl.

De manera progresiva la infección de las lesiones cutánea y cervical, mostraron evolución favorable, al disminuir ostensiblemente las secreciones purulentas y tejidos esfacelados, e incrementar la producción de tejido de granulación útil. La evolución oral resultó buena, constatándose paulatinamente disminución de drenaje purulento alveolar y reparación hística en la mucosa del fondo vestibular y carrillo. (Fig. 4). Se mantienen las curas locales ya descritas.



**Fig. 4** - Cicatrización de la lesión cervicofacial a los 14 días de operada.

La cicatrización por segunda intención resultó muy favorable, al lograrse un acercamiento de bordes epidérmicos en la lesión del cuello, permitiendo el cierre por tercera intención a los 22 días. Dos días después se le dio el alta. El diagnóstico definitivo fue absceso dentoalveolar con propagación séptica a los espacios submandibular y bucal.

## Discusión

*Ruiz de la Cuesta* y otros,<sup>(3)</sup> plantean que desde el punto de vista terapéutico no encontraron en la literatura médica revisada un claro consenso en cuanto al tratamiento, optando muchos grupos por enfoque eminentemente conservador, recurriendo a la cirugía solo en casos de empeoramiento, compromiso respiratorio o abscesos mayores de 2 cm. Son escasos los trabajos en los que se especifique el tipo de cirugía usada, y las ventajas o inconvenientes de cada una de ellas.<sup>(2)</sup>

Sin embargo otros autores,<sup>(1,4,5)</sup> dejan claramente definido, que en infecciones odontogénicas, abscesos del cuello y/o faciales a los que pueden dar origen, hay dos principios básicos en su tratamiento: eliminar el foco etiológico dental y el drenaje quirúrgico de los espacios anatómicos comprometidos, haciendo permisible un drenaje continuo adecuado. *Saz-Peiró*<sup>(4)</sup> cita a *Jain* y otros, quienes estudiaron 510 pacientes a edades tempranas con abscesos profundos de cuello, concluyendo que la pronta incisión y drenaje junto con antibióticos parenterales



son esenciales en estas enfermedades. *Brenes Angulo*<sup>(6)</sup> plantea, que la conducta quirúrgica será la de elección con indicaciones tales como: falta de mejoría clínica después de 48 horas de inicio de la antibioticoterapia, abscesos mayores de 3 cm, que involucren los espacios prevertebral, anterior o carotídeo, más de dos espacios comprometidos y fluctuación del absceso.

La conducta en esta enferma estuvo encaminada a lograr la rápida mejoría del estado general con aportes de soluciones hidrominerales y energéticas, cobertura antimicrobiana, tomando en consideración que lo habitual es que, por presentar la faringe una flora polimicrobiana, con organismos Grampositivos, Gramnegativos, bacterias aerobias y anaerobias, incluyendo organismos productores de betalactamasas<sup>(7)</sup> existan uno o más gérmenes con estas características que justifica el uso de antibióticos combinados de amplio espectro.

La tomografía computarizada es la técnica diagnóstica más ampliamente usada para diagnóstico, con sensibilidad mucho mayor que el ultrasonido para identificar tamaño, ubicación y extensión del absceso, así como el reconocimiento de complicaciones.<sup>(3,4,6,7,8,9)</sup> En la paciente estudiada, fue imposible realizar la técnica imagenológica, por no contar la institución hospitalaria con esta tecnología. La revisión quirúrgica del espacio maseterino fue necesario hacerla basada en la clínica de la enferma y la radiografía de partes blandas.

En relación con las curas realizadas, se utilizó una solución con yodo povidona y miel de abejas. La miel tiene propiedades antioxidantes, antiinflamatorias, antibacterianas, antivirales y antifúngicas reconocidas científicamente, y estudios han demostrado que su aplicación tópica en apósitos para heridas está ganando popularidad en la medicina moderna como un resultado de su función antimicrobiana pues desbrida heridas, mata las bacterias, virus y hongos además de ser capaz de penetrar en la biofilm oral, disminuye el pH de la herida, reduce la inflamación crónica y promueve la infiltración de fibroblastos, entre otras cualidades beneficiosas.<sup>(10)</sup>

Fiorilli G y otros<sup>(10)</sup> realizan investigación con el objetivo de evaluar el poder bactericida de la miel de abejas. Plantean que probablemente el efecto bactericida de la miel estaría dado por la producción de peróxido de hidrógeno a través de la glucosa oxidasa. En su estudio plantean, que en dependencia de las distintas concentraciones de miel al diluirla en diferentes medios, se obtiene disímiles resultados a tener en consideración para su uso, pero que siempre serán favorables al enfermo. Comenta su capacidad para promover formación de tejido de granulación al optimizar la epitelización y la angiogénesis. Además, genera interfase no adherente entre el vendaje y el lecho de la herida o de las quemaduras que impide la remoción del tejido de granulación útil al retirar los mismos.

Una técnica de uso reciente en cuello muy favorecedor en la cicatrización de las heridas, lo constituye la terapia con cierre asistido por vacío (*vaccum assisted closure* [VAC]). Es un sistema de cicatrización no invasivo, que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de heridas agudas y crónicas. Consiste en aplicar una cama de esponja sobre la herida, sellar la herida con la película adhesiva y aplicar presión atmosférica negativa. La combinación de la esponja reticulada y la presión negativa promueve tanto la división celular de factores de crecimiento y análogos de angiogénesis, como la remoción del edema y reduce la colonización bacteriana sin que se hayan reportado complicaciones relacionadas con su uso.<sup>(11)</sup>

De forma general, una vez establecido el diagnóstico de absceso profundo del cuello, debe adoptarse una aptitud terapéutica enérgica que incluya en el aspecto quirúrgico erradicar al agente etiológico, evacuar el contenido del absceso y eliminar los tejidos necróticos o desvitalizados, y desde el punto de vista médico garantizar el soporte vital del enfermo y la medicación antimicrobiana correcta acorde con los protocolos establecidos.

Se concluye que los abscesos profundos del cuello siguen teniendo como etiología frecuente los focos sépticos dentarios. El diagnóstico precoz y la conducta médica y quirúrgica adecuadas son las únicas formas de evitar complicaciones y disminuir

la morbilidad y mortalidad en estos enfermos. La existencia de un absceso del cuello en la infancia, debe sugerir como una de las principales causas la odontógena.

## Referencias bibliográficas

1. Garrido Henríquez S. Prevalencia de las infecciones de origen odontogénico, su categorización según gravedad y evolución en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, durante los meses de Julio a Septiembre del Año 2015 [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello. 2016[acceso 09/10/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/3324>.
2. Sandoval de la Fuente A. Experiencia en el manejo de abscesos profundos de cuello en Hospital Universitario Dr. José Eleutorio González [Tesis]. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2016 [acceso 09/10/2020]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/19545/>
3. Ruiz de la Cuesta F, Cortes Castell E, Severa Ferrandiz G. Abscesos cervicales profundos infantiles: Experiencia unidad ORL infantil de referencia durante 15 años. An Pediatr (Barc).2019[acceso 09/10/2020];91(1):30-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318303655>
4. Saz-Peiró P. Miel como medicina. Medicina Naturista.2019[acceso 09/10/2020]; 13 (1): 34-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6761084.pdf>.
5. Larena Fernández I, Bartolomé Lanza M, Atance Melendo E, Vara Callau M, Mur Pérez A, Blasco Pérez-Aramendía M. Absceso submandibular producido por caries dental. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2016[acceso 11/10/2020];18(71):e107-e110. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322016000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300012&lng=es)
6. Brenes Angulo K. Absceso profundo de cuello. Revisión de tema y presentación de caso. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.2014 [acceso 09/10/2020]; LXXI (612):709-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc144o.pdf>

7. Salom Coveñas C, San Martín-Caballero A, Porrás Alonso E. Abscesos profundos del cuello. Estudio retrospectivo en cinco años. Rev ORL. 2019;(10): 27-34. DOI: <https://doi.org/10.14201/orl.18227>
8. González Larios A. Estudio de las variables que influyen en un paciente con absceso profundo de cuello [Tesis]. Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2016 [acceso 09/10/2020]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/19121/>
9. Spinia R, Arias E, Bordino L, Cohen D, Michalski J. Abscesos profundos de cuello. Reporte de tres casos pediátricos. Arch Argent Pediat. 2017 [acceso 09/10/2020];115(5): e302-e306. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n5a25.pdf>
10. Fiorilli G, Rosanova M, Hernández C, Taicz M, Laborde S, Ledesma R. Evaluación del poder bactericida de Miel de abeja polifloral sobre gérmenes de pacientes internados en Hospital Pediátrico Medicina Infantil. 2019 [acceso 09/10/2020];22(4):296-9. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Rosanova2/publication/294868498\\_evaluacion\\_del\\_poder\\_bactericida\\_de\\_miel\\_de\\_abeja\\_polifloral\\_sobre\\_germenes\\_de\\_pacientes\\_internados\\_en\\_un\\_hospital\\_pediatrico/links/56c460c208aea564e304ab6e/evaluacion-del-poder-bactericida-de-miel-de-abeja-polifloral-sobre-germenes-de-pacientes-internados-en-un-hospital-pediatrico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Rosanova2/publication/294868498_evaluacion_del_poder_bactericida_de_miel_de_abeja_polifloral_sobre_germenes_de_pacientes_internados_en_un_hospital_pediatrico/links/56c460c208aea564e304ab6e/evaluacion-del-poder-bactericida-de-miel-de-abeja-polifloral-sobre-germenes-de-pacientes-internados-en-un-hospital-pediatrico.pdf)
11. Govea-Camacho L, Astudillo-Carrera A, Hermsillo-Sandoval J, Rodríguez-Reynoso S, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Impacto del manejo con cierre asistido al vacío en abscesos profundos de cuello. Cirugía y Cirujanos. 2016;84(4):275-81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.12.004>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses de ningún tipo.

### Contribuciones de los autores.

*Luis Castillo Toledo*: Estudio del caso, redacción final, revisión y búsqueda bibliográfica.

*Ana María Nazario Dolz*: Revisión final y búsqueda bibliográfica.

*Zenén Rodríguez Fernández*: Búsqueda bibliográfica y revisión.