



CELULITIS FACIAL NO ODONTÓGENA EN NIÑOS. HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE "CENTRO HABANA" 2014-2018

Autor principal: MSc. Dr. Jorge Alberto Almunia Quesada. Especialista de 1er grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Correo: jorgeal@infomed.sld.cu

Coautoras: Dra. Yamila Anaya Mauri, Dra. Rosa María Almunia Avalos

Resumen

Introducción: La celulitis facial no odontógena es la inflamación difusa del tejido celular subcutáneo que se extiende por los espacios entre el tejido celular a más de una región anatómica o espacio aponeurótico y su génesis no se relaciona con el tejido dentario.

Objetivo: Caracterizar la celulitis facial no odontógena en los niños atendidos en el Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" en el período comprendido entre enero del 2014 y diciembre del 2018. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los niños que fueron ingresados en los servicios de Pediatría y Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" con el diagnóstico de celulitis facial no odontógena, en el período comprendido desde enero de 2014 a diciembre de 2018, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización anatómica del edema, puerta de entrada y tipo de tratamiento. La información fue presentada en tablas de frecuencia. **Resultados:** el grupo de niños de 5–14 años fue el más afectado (50%), el sexo masculino predominó (57.9%), la región anatómica más afectada fue la periorbitaria (27.7%), seguida de la geniana (19.8%) y nasal (14.9%), la puerta de entrada fue la forunculosis (34.7%), el tratamiento antimicrobiano más utilizado fue la cefazolina (51.5%). **Conclusiones:** la cefazolina se empleó con buenos resultados en el tratamiento de la celulitis facial no odontógena.

Palabras clave: Celulitis facial, procesos sépticos faciales, infecciones no odontógenas.



I. INTRODUCCIÓN

La celulitis facial no odontógena es la inflamación difusa del tejido celular subcutáneo que se extiende por los espacios entre el tejido celular a más de una región anatómica o espacio aponeurótico y su génesis no se relaciona con el tejido dentario.¹

La celulitis facial en la población pediátrica a nivel mundial es causa frecuente de consultas, que pueden tratarse de manera ambulatoria en la mayoría de los casos y en otros por la gravedad y severidad es necesaria la hospitalización.²⁻⁴

Son más comunes en el rostro, en edad preescolar, predominantemente en el sexo masculino.^{5,6}

Clínicamente corresponde a un proceso inflamatorio agudo de la dermis y del tejido celular subcutáneo, comprenden todos los grados de inflamación tanto como calor, rubor, tumor, dolor e impotencia funcional, con ausencia de una demarcación limitante del área afectada, la distribución es difusa en los tejidos blandos, varían entre una inflamación localizada, auto limitada, rápidamente progresiva con necrosis y toxicidad sistémica severa, presencia de fiebre.^{5,6}

Se debe principalmente a traumatismos leves, heridas faciales infectadas, lesiones punzantes o cortantes, lesiones cutáneas previas (úlceras o forúnculos), picaduras, mordeduras, estas lesiones son los factores predisponentes para desarrollar dicha patología.^{5,6}

La celulitis facial puede ser causada por diferentes bacterias; una de ellas es el estreptococo, éstos se dispersan rápidamente sobre una amplia área porque producen enzimas que impiden que los tejidos limiten la extensión de la infección.⁷

El *Staphylococcus aureus* es el más asociado a infecciones nosocomiales y de la comunidad, se asocia con la presencia de forúnculos y abscesos, en la última década se ha observado un aumento global de las tasas de resistencia del *Staphylococcus aureus* a la meticilina, especialmente en la población pediátrica, hecho que ha ocurrido en muy corto periodo de tiempo. La aparición de infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (SARM) de la comunidad (SARM-co) es un problema de salud



*Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*



pública en diferentes áreas geográficas del mundo, la situación varía notablemente según las diferentes áreas geográficas.⁶⁻¹¹

El diagnóstico de la celulitis facial no odontógena se hace según el criterio clínico, existen exámenes auxiliares de laboratorio, imagenológico, cultivos, aspiración por agujas. El manejo puede ser ambulatorio u hospitalario, este último será requerido cuando se trate de una infección con signos de gravedad o rápida progresión, cuando haya compromiso sistémico, inmunosupresión o si tiene comorbilidades graves, también en casos de edades extremas, como recién nacidos y menores de tres meses.
1, 7

El tratamiento antimicrobiano de la celulitis facial no odontógena es empírico, por vía sistémica, para elegir el tratamiento deben considerarse la clínica, los microorganismos posiblemente implicados, la localización, extensión y profundidad de la infección, y los antecedentes personales, algunas veces se recomienda la incisión y el drenaje quirúrgico.^{1, 7, 8}

Teniendo en cuenta que la celulitis facial no odontógena es causa de ingreso frecuente en los servicios de Pediatría y Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" además, por la complejidad del manejo como urgencia y la potencialidad de desencadenar un cuadro séptico grave y existir escasas investigaciones publicadas, motivó realizar este trabajo con el objetivo de caracterizar su comportamiento según manifestaciones clínicas y tratamiento.

Esta investigación puede ser consultada por pediatras, médicos de familia, dermatólogos, cirujanos maxilofaciales, estudiantes de ciencias médicas ya que en la práctica clínica es frecuente la hospitalización por celulitis facial no odontógena en pacientes menores de 15 años de edad. Las infecciones graves de partes blandas en pediatría, requieren un alto índice de sospecha y un tratamiento médico y quirúrgico oportuno como única forma de disminuir su morbimortalidad.

Este trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar la celulitis facial no odontógena en niños atendidos en el Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2018.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los niños que fueron ingresados en los servicios de Pediatría y Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" con el diagnóstico de celulitis facial no odontógena, en el período comprendido desde enero de 2014 a diciembre de 2018, con el objetivo de describir las características de la celulitis facial no odontógena, localización anatómica, puerta de entrada y tratamiento utilizado. El universo estuvo constituido por 202 niños con diagnóstico de celulitis facial no odontógena. Se operacionalizaron cinco variables: Grupo de edad (< 1, 1-4, 5-14 y 15-18 años) sexo, localización anatómica del edema, puerta de entrada y tipo de tratamiento antimicrobiano.

Se realizó revisión documental de las Historias Clínicas del Departamento de Estadística, se recogieron las variables a investigar acorde a los objetivos. Para el procesamiento estadístico de los datos se emplearon las distribuciones en frecuencias absoluta y relativa (porcentaje).

Se solicitó el consentimiento informado a la dirección de la institución, bajo los principios de la ética médica.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la celulitis facial no odontógena en niños por grupo de edad según sexo. Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" 2014 - 2018

Grupo de edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	No.	No.	%
< 1	12	5,9	8	4,0	20	9,9
1- 4	43	21,3	33	16,3	76	37,6
5-14	58	28,7	43	21,3	101	50,0
15-18	4	2,0	1	0,5	5	2.5
Total	117	57,9	85	42,1	202	100,0



La tabla 1 muestra la distribución de la celulitis facial no odontogena en niños por grupo de edad según sexo. Se observó que el grupo de pacientes de 5-14 años de edad, fue el más afectado (50%) y el sexo que predominó fue el masculino (57.9%).

Tabla 2. Distribución de la región anatómica afectada por celulitis facial no odontogena según número de pacientes. Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" 2014 – 2018

Región anatómica	Celulitis no odontogena	
	No. de pacientes	%
Nasal	30	14,9
Labial superior	16	7,9
Labial inferior	2	1,0
Geniana	40	19,8
Periorbitaria	56	27,7
Orbitaria	6	3,0
Temporal	2	1,0
Submandibular	10	4,9
Submentoniana	14	6,9
Frontal	23	11,4
Maxilar	3	1,5
Total	202	100,0

La tabla 2 muestra las localizaciones anatómicas más afectadas por el edema, en primer lugar, la región periorbitaria (27.7%) seguida de la región geniana (19.8%) y la nasal (14.9%).



Tabla 3. Distribución de las puertas de entrada en la celulitis facial no odontógena según número de pacientes pediátricos. Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" 2014 – 2018

Puerta de entrada	No. de pacientes	%
Forunculosis	70	34,7
Trauma	62	30,7
Picadura de insecto	38	18,8
Heridas suturadas	6	3,0
Alérgica	10	4,9
Piodermitis	12	5,9
Mordedura de perro	4	2,0
Total	202	100,0

La tabla 3 muestra las puertas de entrada de la celulitis facial no odontógena, se observó un predominio de la forunculosis (70 pacientes para un 34.7%) seguido del trauma (30.7%) y la picadura de insecto (18.8 %).

La tabla 4 muestra el tratamiento antimicrobiano utilizado en la celulitis facial no odontógena, el más frecuente fue la cefazolina (51.5%). La combinación de Penicilina Cristalina y Metronidazol no se utilizó como esquema de tratamiento en la investigación.



Tabla 4. Distribución de tipo de tratamiento antimicrobiano en la celulitis facial no odontógena según número de pacientes pediátricos. Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana" 2014 – 2018

Tratamiento antimicrobiano celulitis facial no odontógena	No	%
Penicilina Cristalina	10	4,9
Penicilina Cristalina + Amikacina	16	7,9
Cefazolina	104	51,5
Cefazolina + Metronidazol	38	18,8
Cefuroxime	9	4,5
Cefuroxime + Metronidazol	7	3,5
Trifamox	8	4,0
Trifamox + Metronidazol	10	4,9
Total	202	100,0

IV. DISCUSIÓN

El grupo de edad más ampliamente representado por la celulitis facial no odontógena resultó el de 5-14 años, coincidiendo con Palomino Peña ² y Silva Rojas ⁶, señalando a los preescolares y escolares como el grupo más representativo por mayor actividad y estrés, factores de riesgo como los microtraumatismos en la piel sirven de puerta de entrada para los gérmenes en estas edades. Se discrepa con Contreras Gil ³, donde el grupo más afectado fueron los lactantes.

El sexo masculino fue el que predominó en este estudio, coincidiendo con Palomino Peña ², Batalla D ⁴, Silva Rojas ⁶, Pacheco Pacori ¹¹ y Espinoza Avilés ¹², esto se debe a que el sexo masculino tiene mayor independencia y menor supervisión de los padres, pueden presentar heridas acompañadas de atrición de los tejidos y tendencia a la infección, habitualmente los niños salen más de casa a jugar que las niñas. Se discrepa



con Contreras Gil ³ y Bravo Calla ⁵, donde en sus estudios el sexo femenino fue el más afectado.

En la celulitis facial no odontógena la localización anatómica del edema estuvieron en la región periorbitaria, seguida de la geniana y la nasal, coincidiendo con Palomino Peña ², Pacheco Pacori ¹¹, Espinoza Avilés ¹² y Quintana Díaz ¹³. Se discrepa de Silva Rojas ⁶, Contreras Gil ³, donde señalan la cabeza como la zona más afectada.

La forunculosis fue la principal puerta de entrada en la celulitis facial no odontógena, seguido del trauma y la picadura de insectos, coincidiendo con Silva Rojas ⁶, Pacheco Pacori ¹¹ y Quintana Díaz ¹³, donde las infecciones de piel constituyeron la causa más frecuente, causada por estafilococos y estreptococos, siendo motivo de consulta pediátrica frecuente las afecciones dermatológicas. No se coincide con Contreras Gil ³ porque plantea en su estudio que la puerta de entrada más frecuente fueron las picaduras de insectos, explicando que por efecto del calentamiento global existe un incremento de insectos y mayor propagación geográfica, el aumento de las temperaturas en los últimos años está permitiendo la supervivencia a los meses más fríos y la multiplicación de los insectos.

La terapéutica antimicrobiana más empleada fue la cefazolina coincidiendo con Palomino Peña ², Bravo Calla ⁵, Silva Rojas ⁶, Cárdenas Piña ⁷, Pacheco Pacori ¹¹, Gunderson C ¹⁴ y Saavedra Lozano ¹⁵, otros autores ^{4, 8} recomiendan empíricamente el tratamiento con cefalosporina de primera generación durante 10 a 14 días con respuesta favorable, las pautas actuales de tratamiento las recomiendan como antibiótico de primera línea en estas infecciones por la sensibilidad de los microorganismos involucrados y también por la concentración en los tejidos cutáneos.

IV. CONCLUSIONES

El grupo de edad más afectado fue el de 5-14 años, el sexo masculino fue el más representado, la región orbitaria fue la más afectada, la principal puerta de entrada fue las forunculosis y la terapéutica antimicrobiana más empleada fue la cefazolina



Referencias bibliográficas

1. Flynn TR. The swollen FACE. Severe odontogenic infections. Emerg Med Clin North Am [Internet].2000[citado 22 Feb 2019]; 18 (3): 481-519. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733862705701401?via%3Dihub>.
2. Palomino Peña JL. Prevalencia de celulitis en el servicio de pediatría del hospital María Auxiliadora desde el año 2009 – año 2014. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016[citado 22 Feb 2019]. Disponible en http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/574/1/Palomino_j.pdf
3. Contreras Gil FM. Prevalencia de celulitis en el servicio de pediatría del Hospital regional de Huacho 2017-2018[Tesis].Huacho-Perú: Universidad nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2019[citado 9 Ene 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2471/CONTRERAS%20GIL%20FRESSY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Batalla D, Maldonado F, Pánfilo F, Rivero V, Sierra N, Pardo L, Koziol S. Caracterización de las infecciones de piel y tejidos blandos en niños de 0 a 14 años asistidos en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario del Pereira Rossell en el 2014. [citado 9 Ene 2019]. AnFaMed[Internet]. 2016; 3 (Sup1):83-89 Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/193>.
5. Bravo Calla SJ. "Principales factores de riesgo y prevalencia de celulitis en el servicio de medicina del Hospital de Ventanilla, periodo enero - diciembre 2016" [Tesis]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018[citado 9 Ene 2019]. Disponible en:<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1196/22%20TESIS-StephenBravo%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Silva Rojas M, Pérez E. Caracterización de pacientes en edad pediátrica con celulitis, atendidos en la provincia de Mayabeque. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet].2016 [citado 16 Oct 2018]; 41 (11): [aprox.16p]. Disponible en: http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/970/pdf_352.
7. Cárdenas Piña HG. Factores de riesgo para desarrollar celulitis infecciosa en pacientes hospitalizados del servicio de clínica. Hospital less Riobamba. Diciembre 2013 - mayo 2014 [Tesis]. Ecuador: Facultad de Salud Pública Escuela de Medicina; 2015[citado 22 Feb 2019]. Disponible en: <http://dspace.esepoch.edu.ec/bitstream/123456789/7315/1/94T00320.pdf>
8. Conejo Fernández AJ, Martínez Chamorro MJ, Couceiro JA, Moraga Llop FA, Baquero Artigao F, Alvez F, Calvo C. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2016 [citado 9 Ene 2019]; 84(2):121. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-seip-aepap-sepeap-sobre-etilogia-articulo-S1695403315000399>
9. Yero Lorente O, Rodríguez Benítez M, Rodríguez M, Abreu Jáuregui Y. Celulitis orbitaria secundaria asinusitis. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2018 [citado 12 Mar 2019]; 16(6): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4094>
10. Ruíz Carrillo JD, Vázquez Guerrero E, Mercado Uribe MC. Celulitis orbitaria complicada por absceso subperióstico debido a infección por Streptococcus pyogenes.Bol Med Hosp InfantMex[Internet].2017[citado 9 Ene 2019];74(2):134-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v74n2/1665-1146-bmim-74-02-00134.pdf>



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



11. Pacheco Pacori EM. Características clínicas epidemiológicas de celulitis en pacientes pediátricos del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017, Arequipa [Tesis]. Arequipa-Perú: Universidad nacional de San Agustín Arequipa; 2018[citado 22 Feb 2019]. Disponible en <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5621/MDpapaem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Espinoza Avilés EA. Características clínicas, epidemiológicas, abordaje hospitalario y evolución, de niños menores de 14 años, hospitalizados con celulitis periorbitaria en el servicio de especialidades del Hospital Infantil de Nicaragua "Manuel de Jesús Rivera" en el periodo del 1ro Enero 2013 al 31 de Diciembre 2014[Tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015[citado 22 Feb 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6642/1/45314.pdf>
13. Quintana Díaz J C, Algozain Acosta Y, Gómez Casañas A, Álvarez Rodríguez Y, Quintana Giralt M. Caracterización clínica de la celulitis facial en el Hospital "Ciro Redondo García" de Artemisa" Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2017[citado 17 Sep 2019]; 12(1):19-24. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2017/pcs171d.pdf>
14. Gunderson C. Celulitis: definición, etiología y manifestaciones clínicas. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría [Internet]. 2012[citado 9 Ene 2019]; 25(100): 130-131. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revenfinfped/eip-2012/eip122e.pdf>
15. Saavedra Lozano J, Santos Sebastián M, González F, Sampelayo Matos T, Navarro Gómez M. Infecciones bacterianas de la piel. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica [Internet]. 2009[citado 9 Ene 2019]; 160-175. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/piel.pdf>