Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

FRECUENCIA DE INFECCIONES CERVICO FACIALES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 20 LA MARGARITA.

FREQUENCY OF CERVICOFACIAL INFECTIONS OF ODONTOGENIC ORIGIN IN HOSPITALIZED PATIENTS AT GENERAL HOSPITAL OF ZONE NO. 20 LA MARGARITA.

Jatziry Marilyn Márquez Monsalvo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Israel Aguilar Cózatl
Instituto Mexicano del Seguro Social

Elena Aurora Popoca Hernández
Maestra en Unidad de Ciencias Medicas e Investigación

Dr. Alejandro Méndez Silva
Instituto Mexicano del Seguro Social

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4.25118

Frecuencia de Infecciones cervico faciales de origen odontogénico en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Zona No. 20 La Margarita.

Jatziry Marilyn Márquez Monsalvo [1]
dra.marquez.monsalvo@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-4508-5891
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita"
Benemerita Universidad Autonoma de Puebla
México

Israel Aguilar Cózatl
israel.aguilarc@imss.gob.mx
https://orcid.org/0000-0002-5184-0523
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita"
México

Elena Aurora Popoca Hernández
elena.popoca@correo.buap.mx
https://orcid.org/0000-0001-9076-0713
Maestra en Unidad de Ciencias Medicas e Investigación

Dr. Alejandro Méndez Silva
alme_2611@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0007-4038-7026
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita"
México

RESUMEN

-Objetivo: Identificar la frecuencia de infecciones cervicofaciales de origen odontogénico en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Zona No. 20. -Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, unicéntrico, prospectivo y homodémico que se realizó de octubre del 2023 a junio del 2024. Se incluyeron pacientes con infecciones cervicofaciales, de cualquier género y mayores de edad, se determinaron los espacios aponeuróticos involucrados, la ubicación anatómica de acuerdo con origen odontológico, la comorbilidad, presencia de enfermedad sistémica, días de estancia hospitalaria y tratamiento. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva. Resultados: Un total de 45 pacientes hombres y 42 mujeres, la edad media fue de 51±14.17 años de edad, el espacio aponeurótico destacado fue el submandibular (43%), la ubicación anatómica más reportada fue la región mandibular relacionada a los terceros molares mandibulares, el 71% de los casos mantenía una enfermedad sistémica base, los días de estancia hospitalaria tuvieron una media de 7± 5.37 días ;el 100% de los pacientes reportados requirió esquema farmacológico así como 96.5% tratamiento quirúrgico. -Conclusión: El absceso submandibular fue la infección cervicofacial de origen odontogénico más frecuente, estas afecciones son altas igual que lo reportado en la literatura nacional e internacional.

Palabras clave: Infecciones, odontogénico, gravedad, frecuencia, espacios aponeuróticos, cabeza y cuello.

[1] Autor principal
Correspondencia: dra.marquez.monsalvo@gmail.com

Frequency of cervicofacial infections of odontogenic origin in hospitalized patients at General Hospital of Zone No. 20 La Margarita.

ABSTRACT

-Objective: To identify the frequency of cervicofacial infections of odontogenic origin in patients hospitalized at General Hospital No. 20.- Materials and methods: A descriptive, observational, cross-sectional, single-center, prospective, and homodemic study was conducted from October 2023 to June 2024. Patients with cervicofacial infections, of any gender and over 18 years of age, were included. The aponeurotic spaces involved, the anatomical location according to odontogenic origin, comorbidities, presence of systemic disease, length of hospital stay, and treatment were determined. The data were analyzed using descriptive statistics. Results: A total of 45 male and 42 female patients were included in this study. The mean age was 51 ± 14.17 years. The most frequently affected aponeurotic space was the submandibular space (43%), and the most common anatomical location was the mandibular region related to the mandibular third molars. 71% of the patients had an underlying systemic disease, and the mean length of hospital stay was 7 ± 5.37 days. All patients required pharmacological treatment, and 96.5% required surgical intervention. Conclusion: Submandibular abscess was the most frequent cervicofacial infection of odontogenic origin. The incidence of these infections is high, as reported in the national and international literature.

Keywords: Infections, odontogenic, severity, frequency, aponeurotic spaces, head and neck.

Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026

INTRODUCCIÓN

Las infecciones cérvico faciales son una las causas de urgencias a nivel hospitalario con mayores complicaciones debido a factores externos, enfermedades crónico degenerativas agregadas y la alimentación deficientes , así falta de prevención, el descuido a la salud y la falta de atención a los factores que desencadenan complicaciones y causan pronósticos críticos ,altos puntajes de mortalidad y morbilidad. Las infecciones odontogénicas surgen de la ruptura de la homeostasis que hay entre los organismos patógenos que son parte de la flora normal en la cavidad bucal, el huésped y el ambiente, las bacterias rompen el equilibrio con el aumento de su concentración o virulencia ,mientras el huésped se ve influenciado por la capacidad de respuesta humoral determinada por la edad , nutrición , sistema endocrino, inmunológico y genética; la etiología principal es la pulpitis relacionada al progreso de la caries y la enfermedad periodontal relacionada a las estructuras que dan sostén al órgano dental; dichas patologías son subestimadas ya que en sus estadios iniciales parecieran inofensivas hasta que evolucionan y sufren una propagación espontánea que afecta al hueso maxilar en su región periapical y posteriormente factores locales como la integridad tejidos, la densidad de las corticales y la longitud de la raíz del órgano dental involucrado hace la fácil propagación abarcando regiones anatómicas distantes . Dichas infecciones se propagan con facilidad por gravedad, presión intratorácica negativa y longitud de la raíz dental involucrada a los espacios faciales cercanos al foco séptico responsable del inicio del padecimiento infeccioso.(1) Además de los espacios faciales, la extensión de la infección puede ser por vía hematológica o linfática mediante el torrente sanguíneo y principalmente por bacteriemia que es capaz de producir efectos a distancia (2).

Estas afecciones pueden extender más allá de las barreras naturales del organismo, dando como resultado abscesos bien localizados (periapical o periodontal), hasta abscesos de los espacios aponeuróticos de cabeza y cuello que pueden comprometer la vía respiratoria y propagación bacteriana para así poner en riesgo la vida del paciente.

Los espacios faciales son espacios virtuales que existen entre las fascias , órganos subyacentes y otros tejidos que pueden ser penetrados o que pueden contener material purulento, dichos espacios no existen en personas bajo condiciones de salud óptimas y por el contrario existen en condiciones de procesos infecciosos (3, 4).Los espacios faciales que se crean directamente ante una infección de origen dental

son llamados espacios primarios :canino, infra temporal, bucal, submentoniano, submandibular y sublingual. Cuando sobrepasa los espacios primarios la infección y se disemina a áreas circundantes o a extensiones de mayor distancia mediante tejidos adyacentes o entre espacios formando los espacios secundarios : espacio maseterino, pterigomandibular, faríngeos laterales, retrofaríngeo, prevertebral temporal superficial y espacios profundos (1, 5).

Una infección de origen odontogénico puede propagarse a diferentes espacios faciales de cabeza y cuello , estas propagaciones son principalmente obstrucciones fatales de las vías respiratorias por una severa presión debido a la acumulación de contenido purulento (6), un ejemplo claro es la Angina de Ludwig, una difusión inflamatoria del proceso infeccioso provocando mediastinitis, meningitis purulenta, fascitis necrotizante, absceso cerebroespinal, trombosis del seno cavernoso, sepsis y shock séptico (7, 8).

Los signos y síntomas varían de acuerdo con la gravedad de la infección y con el sitio involucrado sin embargo generalmente se encuentra presente el dolor, fiebre mayor a 37.8, trismus (perdida de la apertura oral de 40 mm), leucocitosis, disfagia y disnea. La sintomatología dependerá del grado de severidad.

Las infecciones cérvico faciales son una las causas de urgencias a nivel hospitalario con mayores complicaciones debido a factores externos, enfermedades crónico degenerativas agregadas y la alimentación deficientes , así falta de prevención, el descuido a la salud y la falta de atención a los factores que desencadenan complicaciones y causan pronósticos críticos ,altos puntajes de mortalidad y morbilidad. Las infecciones odontogénicas surgen de la ruptura de la homeostasis que hay entre los organismos patógenos que son parte de la flora normal en la cavidad bucal, el huésped y el ambiente, las bacterias rompen el equilibrio con el aumento de su concentración o virulencia ,mientras el huésped se ve influenciado por la capacidad de respuesta humoral determinada por la edad , nutrición , sistema endocrino, inmunológico y genética; la etiología principal es la pulpitis relacionada al progreso de la caries y la enfermedad periodontal relacionada a las estructuras que dan sostén al órgano dental; dichas patologías son subestimadas ya que en sus estadios iniciales parecieran inofensivas hasta que evolucionan y sufren una propagación espontánea que afecta al hueso maxilar en su región periapical y posteriormente factores locales como la integridad tejidos, la densidad de las corticales y la longitud de

la raíz del órgano dental involucrado hace la fácil propagación abarcando regiones anatómicas distantes . Dichas infecciones se propagan con facilidad por gravedad, presión intratorácica negativa y longitud de la raíz dental involucrada a los espacios faciales cercanos al foco séptico responsable del inicio del padecimiento infeccioso.(1) Además de los espacios faciales, la extensión de la infección puede ser por vía hematológica o linfática mediante el torrente sanguíneo y principalmente por bacteriemia que es capaz de producir efectos a distancia (2).

Estas afecciones pueden extender más allá de las barreras naturales del organismo, dando como resultado abscesos bien localizados (periapical o periodontal), hasta abscesos de los espacios aponeuróticos de cabeza y cuello que pueden comprometer la vía respiratoria y propagación bacteriana para así poner en riesgo la vida del paciente.

Los espacios faciales son espacios virtuales que existen entre las fascias , órganos subyacentes y otros tejidos que pueden ser penetrados o que pueden contener material purulento, dichos espacios no existen en personas bajo condiciones de salud óptimas y por el contrario existen en condiciones de procesos infecciosos (3, 4).Los espacios faciales que se crean directamente ante una infección de origen dental son llamados espacios primarios :canino, infra temporal, bucal, submentoniano, submandibular y sublingual. Cuando sobrepasa los espacios primarios la infección y se disemina a áreas circundantes o a extensiones de mayor distancia mediante tejidos adyacentes o entre espacios formando los espacios secundarios : espacio maseterino, pterigomandibular, faríngeos laterales, retrofaríngeo, prevertebral temporal superficial y espacios profundos (1, 5).

Una infección de origen odontogénico puede propagarse a diferentes espacios faciales de cabeza y cuello , estas propagaciones son principalmente obstrucciones fatales de las vías respiratorias por una severa presión debido a la acumulación de contenido purulento (6), un ejemplo claro es la Angina de Ludwig, una difusión inflamatoria del proceso infeccioso provocando mediastinitis, meningitis purulenta, fascitis necrotizante, absceso cerebroespinal, trombosis del seno cavernoso, sepsis y shock séptico (7, 8).

Los signos y síntomas varían de acuerdo con la gravedad de la infección y con el sitio involucrado sin embargo generalmente se encuentra presente el dolor, fiebre mayor a 37.8, trismus (perdida de la apertura oral de 40 mm), leucocitosis, disfagia y disnea. La sintomatología dependerá del grado de

severidad.

Las infecciones cérvico faciales tienen un proceso evolutivo de inoculación que abarca de los cero a tres días caracterizado por colonización de bacterias aerobias, signos de lesión difusa y blanda con coloración similar a tejidos adyacentes y síntomas de dolor leve a la palpación , la segunda fase que se ubica entre el primero y quinto día es llamada celulitis, en esta fase se tienen bacterias mixtas, las lesiones en esta fase pueden ser definidas como infecciones del tejido célulo-adiposo situado en intersticios aponeuróticos y relacionado con estructuras musculares, vasculonerviosas y viscerales que se manifiestan clínicamente como tumefacciones dolorosas, firmes y eritematosas; por último, la fase de maduración es llamada absceso , y es caracterizado por la acumulación de secreción purulenta, es decir tejido necrótico, bacterias y células implicadas en la respuesta inmunológica con gran colonización de bacterias aerobias y en dónde clínicamente es caracterizada una tumefacción fluctuante, dolorosa, con centro brillante y de bordes definidos.

Las organizaciones internacionales han llamado la atención sobre la necesidad de identificar las principales causas que aumentan la virulencia de las bacterias presentes en boca y los factores que hacen susceptible al huésped para agravar la enfermedad.(9) Factores sociodemográficos como la clase social, la pertenencia a un grupo étnico, la ocupación, las características del sistema político, social o económicos, han ido incorporándose en el análisis de las desigualdades sociales que predisponen a la nula atención de la salud oral, de igual forma las enfermedades sistémicas debilitan el sistema inmune del huésped. (10) La OMS (Organización Mundial de la Salud) en su informe mundial sobre el estado de la salud bucal en el año 2022 estimó que las enfermedades de origen dental afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, y que 3 de cada 4 de estas personas viven en países de ingresos medios. Se calcula que 2000 millones de personas padecen caries en dientes permanentes, mientras que 514 millones de niños sufren de caries en los dientes deciduos siendo estos datos predisponentes para padecer infecciones cérvico faciales.

La prevalencia de las principales enfermedades bucodentales sigue aumentando a nivel mundial a causa de la creciente urbanización y de los cambios en las condiciones de vida. Esto se debe fundamentalmente a la falta de disponibilidad y asequibilidad de alimentos ricos en azúcar y el acceso insuficiente a servicios de atención de salud bucodental en la comunidad. La comercialización de bebidas y alimentos

ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, han dado lugar a la predisposición de la población a padecer lesiones cariosas que evolucionen a infecciones cérvico faciales (11).

La mayoría de las infecciones odontogénicas pueden prevenirse en gran medida con una buena higiene oral y teniendo en cuenta otros factores que se enumeran a continuación.

Higiene dental: La deficiente higiene es el primer factor de riesgo de enfermedad odontológica. Podemos controlar la progresión del biofilm mediante procedimientos mecánicos como el cepillado dental, y mediante procedimientos químicos como el uso de colutorios.

El cepillado a diario de forma correcta elimina el 50% de la placa. Al asociarle el uso de hilo dental, la placa se reduce hasta un 70%.Cepillos interproximales e irrigadores completan y mejoran la limpieza, ya que las zonas interdentales representan un 40% de la superficie dental. Todas estas prácticas realizadas a diario tienen como objetivo reducir la carga bacteriana y evitar su progresión hacia una placa dental calcificada, también denominada sarro o tártaro dental(12).

Los tratamientos preventivos realizados por profesionales logran eliminar más cantidad de placa y sarro.(13,14) La aplicación de barniz o geles de flúor en la prevención de la caries en adultos tiene menos evidencia que en niños y adolescentes. La aplicación de sellados dentales ha demostrado prevenir la caries hasta en un 80% de los niños y adolescentes(15).

El control químico de la placa mediante el uso de fluoruros es la medida con mayor evidencia para evitar tanto la aparición como la progresión de la caries.

La clorhexidina a bajas concentraciones se indica en pacientes con periodontitis o periimplantitis.

El tabaco es el segundo factor de riesgo mayor para la enfermedad periodontal. La nicotina favorece la formación del biofilm y el posterior desarrollo de enfermedad periodontal. Se asocia con menor sangrado gingival, por la acción vasoconstrictora de la nicotina, lo que dificulta el diagnóstico precoz(16).

Se deben tener en cuenta los medicamentos que producen una disminución en la cantidad y calidad de la saliva, así como los que alteran la mucosa gingival (corticoides y AINE, ciertos antihipertensivos, antiepilépticos, inmunosupresores, anticonceptivos orales, etc.), dificultando la higiene y facilitando la enfermedad periodontal.

Los bifosfonatos y los fármacos antiplaquetarios pueden desencadenar efectos adversos severos tras

extracciones o técnicas odontológicas invasivas. (17,18)

Malposiciones dentales , tanto de dientes naturales como protésicos. Dificultan la correcta higiene.

El bruxismo, provoca un desgaste acelerado del esmalte dental, lo que debilita al diente. No se ha encontrado relación con la periodontitis ni con la supervivencia de los implantes osteointegrados(18,19)

En el embarazo los cambios fisiológicos y hormonales que ocurren durante el embarazo contribuyen a padecer gingivitis y periodontitis. Hay cambios en la composición de la saliva y puede aparecer xerostomía. La gingivitis es más frecuente en el segundo y tercer trimestres, pero desaparece tras el parto. Asociada a la gingivitis puede aparecer una tumoración benigna de rápido crecimiento y que también desaparece tras el parto. La hiperemesis gravídica expone al esmalte dental a mayor erosión. Las ingestas más frecuentes han de ser seguidas de correcta higiene oral (19,20).

Existe evidencia de relación entre algunas enfermedades sistémicas y la periodontitis, considerándose esta como manifestación de ciertas patologías sistémicas, entre ellas las leucemias y el síndrome de Down.

Existe alguna evidencia sobre la relación las infecciones odontogénicas y ciertas enfermedades crónicas3: enfermedades de base inmunológica, alergias alimentarias, Alzheimer, síndrome metabólico, ateroesclerosis y ciertas enfermedades cardiovasculares (21, 22).

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó desde un enfoque prospectivo, de cohorte observacional con alcances descriptivos, diseño unicéntrico y corte transversal. En específico se llevó a cabo un protocolo de recolección de datos de los derechohabientes del Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita” en el Estado de Puebla por el servicio de Cirugía Maxilofacial, el cual fue autorizado por el CLIS, en dónde se obtuvo el número de registro R-2023—2108-151 a partir del mes de octubre del 2023 a junio del 2024.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

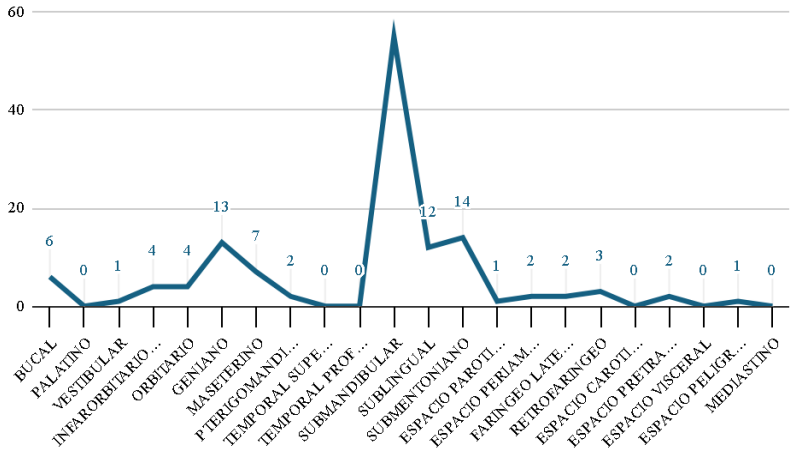
El presente estudio tuvo como objetivo identificar la frecuencia de infecciones cérvico faciales de origen dental hospitalizados en el Hospital General de Zona No. 20 La Margarita, así como los principales espacios aponeuróticos involucrados en infecciones de origen dental atendidas., determinar las características sociodemográficas: edad y género de los derechohabientes con infecciones cérvico faciales de origen dental. Verificar la principal ubicación de las infecciones de origen dental de acuerdo a su origen odontológico, identificar la presencia de enfermedades sistémicas en pacientes con el padecimiento ya mencionado, describir los principales tratamientos en este padecimiento y así mismo identificar los días de estancia hospitalaria.

De 132 derechohabientes identificados en el HGZ.No20, para la muestra se incluyeron a un total de 87 pacientes con el diagnóstico de infección cérvico facial de origen odontogénico y que cursaron con proceso resolutivo. cuarenta y ciento de estos eran de género masculino y cuarenta y dos de género femenino.

La edad más prevalente fue entre 52-62 años, el 23% de la población y la segunda entre 32-42 años de edad.

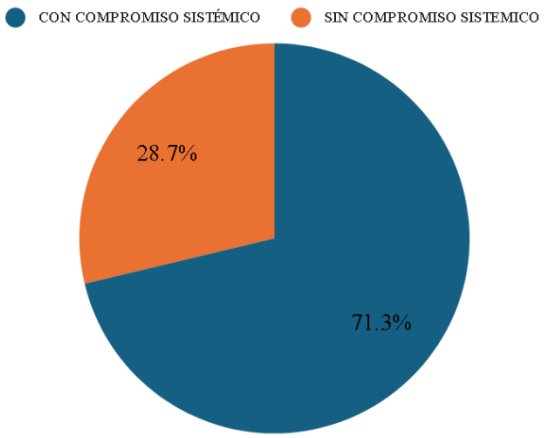
De acuerdo a las imágenes clínicas e imagenológicas al momento del diagnóstico, el espacio aponeurótico más afectado fue el espacio submandibular el cual tiene como límite el vientre anterior del músculo digástrico, las superficies inferior y medial de la mandíbula, el músculo platisma y el músculo milohioideo conteniendo la glándula submandibular, la arteria y vena facial. El espacio submandibular se encuentra relacionado por afectación de molares mandibulares y en contacto directo con el espacio sublingual , submentoniano, faríngeo lateral y bucal. Todo esto es visible en la Figura 1.

Figura 1: Espacios afectados



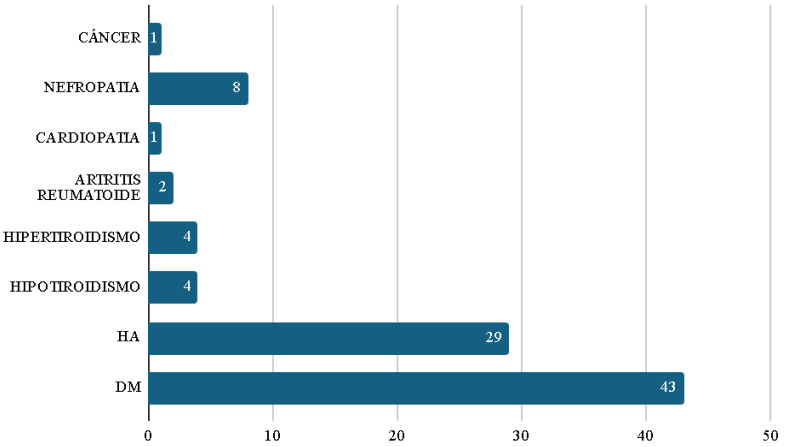
En la Figura 2 se muestra la distribución del compromiso sistémico, teniendo como resultado un alto índice de 71%, 62 pacientes padecían una condición sistémica.

Figura 2: Compromiso sistémico



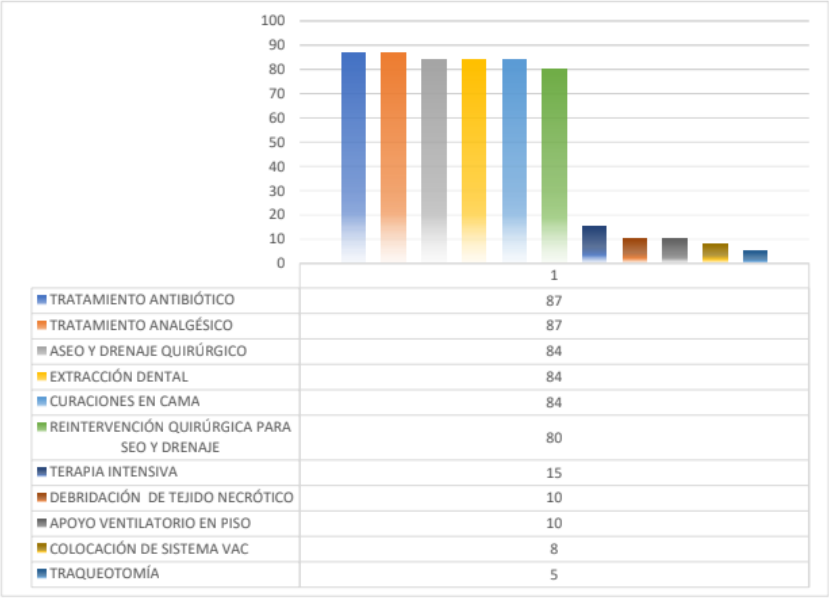
Por otra parte, en la Figura 3 se muestran las enfermedades sistémicas con mayor prevalencia y en pacientes con infección cérvico facial de origen odontogénico en dónde predominó la Diabetes Mellitus en 47%, seguido de Hipertensión Arterial en 32%. Dato que respalda lo mencionado por el doctor Toshizawa y colaboradores en dónde relaciona la gravedad y propagación de infecciones de origen odontogénico con un sistema inmune deficiente del huésped por comorbilidad base.

Figura 3: Enfermedades Sistémicas con Mayor Prevalencia



Por último, en la Figura 4 se aprecia que de los 87 pacientes reportados los principales tratamientos observados fueron: tratamiento antibiótico y analgésico en el 100%, en 84 pacientes tiempo quirúrgico para aseo, drenaje y extracción del foco séptico, así como curaciones postoperatorias en cama; 80 pacientes requirieron reintervención y de estos mismos a 10 se les realizó debridación de material necrótico, así mismo a 8 se les colocó sistema de presión negativa "VAC". 15 pacientes mantuvieron tratamiento en conjunto con unidad de cuidados intensivos, 10 pacientes requirieron apoyo ventilatorio en piso y 5 pacientes traqueostomía por manejo de vía aérea complicada secundaria a los espacios aponeuróticos involucrados.

Figura 4: Tratamientos



DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar a los pacientes que requirieron hospitalización con infecciones cérvico faciales; al respecto, las características sistémicas con las que ingresan son de suma importancia debido a que son factores que desencadenan un sistema inmune óptimo para la multiplicación y propagación de bacterias, obteniendo como resultado un mala respuesta del huésped ante un foco séptico, afectando uno de los tres principios básicos para el tratamiento de infecciones odontogénicas los cuáles son: eliminar la fuente de infección, establecer un drenaje quirúrgico y movilizar el sistema inmune del huésped; viéndose afectado éste último se agregan así complicaciones en su tratamiento causando pronósticos críticos, altos puntajes de mortalidad y morbilidad.

La mediana de edad en este trabajo fue de 52 años, respaldando a lo mencionado en la literatura del Dr. Francisco José García y del Dr. Juan Carlos López que mencionan que las infecciones cervicofaciales pueden agravarse en personas de la tercera edad debido a la disminución de la función inmunológica, la presencia de enfermedades crónicas adyacentes y factores locales como xerostomía.

Nuestro estudio es similar a lo reportado en la literatura, un total de 87 derechohabientes mayores de edad hospitalizados y egresados por mejoría en un lapso de 9 meses de los cuales 42 fueron mujeres y 45 hombres siendo excluyente 45 pacientes de los cuales 30 relacionados a infecciones de tejidos blandos, 3 defunciones, 12 enviados atención de tercer nivel por complicaciones como mediastinitis o trombosis del seno cavernoso; dato contrario a lo reportado en el Hospital de Ecuador y en el Hospital Miguel Hidalgo (7) en dónde el género femenino fue el de mayor prevalencia, una media de 9.6 pacientes al mes fue reportado en nuestro estudio, pudiendo existir un sesgo de información debido a la exclusión en nuestra investigación de pacientes con afectación de glándulas salivales, pacientes con mortalidad, y pacientes con extensión a mediastino que requirieron envío a hospital de tercer nivel ,pacientes con complicaciones como trombosis del seno cavernoso u osteomielitis. Se encontró una media de edad de 51.5, de igual forma se encontró que la mayoría presentaba un compromiso sistémico (71%), la mayoría presentando Diabetes Mellitus (47%) e Hipertensión Arterial (32%) dato similar a lo reportado en el Hospital de Especialidades 1 de León Guanajuato, Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid 2019 y en Centro Médico la Raza en el 2009. Nuestro estudio carece de información de principales complicaciones principales como propagación a mediastino, ya que fueron excluidas, así como de

factores que agravan los procesos infecciosos como el tabaquismo y toxicomanías que fueron tomadas en cuenta en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

El espacio aponeurótico más afectado fue el submandibular relacionado con molares mandibulares (43%) y que se encuentra adyacente a espacios importantes para su diseminación como el espacio sublingual, submentoniano, faríngeo lateral y el espacio bucal, los espacios secundarios con mayor relevancia fueron el espacio submentoniano (11%) y el espacio sublingual (9%), dato diferente a lo reportado en el Hospital Civil de Guadalajara y el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid 2019 (8) en dónde se encontró que los terceros molares inferiores eran las piezas dentarias asociadas con mayor frecuencia a infecciones cervicofaciales y el espacio aponeurótico comprometido el espacio submandibular seguido del espacio sublingual; éstos reportes confirman lo mencionado en la literatura por autores como Testut en dónde establecen que anatómicamente la posición de los ápices distovestibulares del primer molar, los ápices del segundo y tercer molar se encuentran por debajo de la línea oblicua interna y tienen una dirección hacia cortical lingual que es más delgada y al presentarse un proceso infeccioso de estos órganos dentarios la infección tiende a irse hacia el área de menor resistencia con lo que el espacio submandibular resulta directamente afectado.

De acuerdo con los tratamientos encontramos que el 100% requirió tratamiento y analgésico y el 96.5% requirió tratamiento quirúrgico intrahospitalario de aseo y drenaje de los cuáles el 100% de éstos requirió extracción de la pieza dental involucrada y curaciones en cama , lo anteriormente mencionado coincide con lo dictado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid 2019, caso contrario a lo reportado en el Hospital Central de Argentina en dónde el 53.9% únicamente requirió tratamiento quirúrgico para su resolución y en el Hospital Miguel Hidalgo en dónde tan sólo el 18.47% mantuvo manejo quirúrgico (7, 8).

Autores como James R. Hupp y Ellie M. Ferneini mencionan que en la resolución de procesos infecciosos es fundamental retirar focos sépticos causantes, drenar y movilizar sistema inmune del huésped (9). Únicamente el 17.2% de nuestros pacientes requirieron atención en unidad de cuidados intensivos y 10% apoyo ventilatorio en piso, así como 10% requirió debridación de material necrótico de los cuáles 8% mantuvo terapia de cierre asistido por vacío con sistema VAC el cuál es un tratamiento estandarizado para reconstrucciones de cabeza y cuello descritos por Tang et al en el año 2000,

respaldado posteriormente por autores como Govea et al, y Zhou et al (10). Dicho tratamiento no es mencionado por ninguno de nuestros autores bibliográficos con los que se hizo la comparación ya que dieron únicamente un reporte de manejo conservador a base de esquema antibiótico y analgésico o tratamiento quirúrgico relacionado a drenaje y traqueostomía.

Referente a los resultados para el tratamiento de traqueostomía sólo el 5.7% de nuestros pacientes lo requirió, siendo éste similar al reportado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid 2019 (8) en dónde se reportó que tan sólo 2 de los 47 pacientes hospitalizados precisaron traqueostomía, representando con ello el 4.2%.

En cuanto a las limitaciones, es preciso decir que existe sesgo de información con los artículos consultados relacionado al seguimiento que se les brindó a los pacientes, los excluyentes como edad pediátrica y las complicaciones como mediastinitis, Angina de Ludwig y trombosis del seno cavernoso.

CONCLUSIONES

En el Hospital General de Zona No.20 es un padecimiento de alta la frecuencia con un total de 87 pacientes, por lo que el conocimiento adecuado de las comorbilidades que presentan principalmente nuestra población, la etiología patológica y anatómica es de vital importancia y responsabilidad para recrear protocolos de acuerdo a las exigencias de nuestros derechohabientes y así crear un manejo intrahospitalarios exitoso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nashawi FE, Shasho HO, Alkheder A. An unusual route of odontogenic infection from the mandible to the orbit through the facial spaces resulting in blindness: a rare case. Research Square; 2023.

Ismaiel WF, Abdelazim MH, Eldsoky I, et al. The impact of COVID-19 outbreak on the incidence of acute invasive fungal rhinosinusitis. Am J Otolaryngol. 2021; 42(6):103080.

Sjamsudin E, Riawan L, Priyanto W. MANAGEMENT OF ODONTOGENIC INFECTION OF PRIMARY TEETH IN CHILD THAT EXTENDS TO THE SUBMANDIBULAR AND SUBMENTAL SPACES. International Journal of Medical and Biomedical Studies. 2021; 5(8).

Sjamsudin E, Manurung B, Arumsari A, et al. The management of septic shock and Ludwig's angina: A case report of a life-threatening condition. SAGE Open Med Case Rep. 2020; 8:2050313X20930909.

Rasteniene R, Vitosyte M, Jankauskaite D, et al. Predictors of longer hospitalization of maxillofacial infections-a 17-year retrospective study. Oral Diseases. 2022; 28(7):1979-86.

Reshi AM, Bhat MY, Shah AA. Ultrasonography (USG) as an adjuvant diagnostic aid in fascial space infections. EUREKA: Health Sciences. 2022(3):22-6.

Zawislak E, Nowak R. Odontogenic Head and Neck Region Infections Requiring Hospitalization: An 18-Month Retrospective Analysis. Biomed Res Int. 2021; 2021:7086763.

Jevon P, Abdelrahman A, Pigadas N. Management of odontogenic infections and sepsis: an update. Br Dent J. 2020; 229(6):363-70.

Federation FDIWD. FDI policy statement on oral health and the social determinants of health. Adopted by the FDI General Assembly: 30 August 2013 - Istanbul, Turkey. Int Dent J. 2013; 63(6):287-8.

Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30(4):241-7.

Salari N, Darvishi N, Heydari M, et al. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2022; 123(2):110-20.

Teoh L, Cheung MC, Dashper S, et al. Oral Antibiotic for Empirical Management of Acute Dentoalveolar Infections—A Systematic Review. Antibiotics. 2021; 10(3):240.

Rautaporras N, Furuholm J, Uittamo J, et al. Deep odontogenic infections—identifying risk factors for nosocomial pneumonia. Clinical Oral Investigations. 2021; 25(4):1925-32.

Furuholm J, Rautaporras N, Uittamo J, et al. Health status in patients hospitalised for severe odontogenic infections. Acta Odontologica Scandinavica. 2021; 79(6):436-42.

Singh D, Agusti A, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. Eur Respir J 2019;53:1-23. doi: 10.1183/13993003.00164-2019.

Caramori G, Casolari P, Barczyk A, et al. COPD immunopathology. Semin Immunopathol 2016;38:497-515. doi: 10.1007/s00281-016-0561-5.

Duffy SP, Criner GJ. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Evaluation and Management. Med Clin North Am 2019;103:453-461. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.005.

Ritchie AI, Wedzicha JA. Definition, Causes, Pathogenesis, and Consequences of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. Clin Chest Med 2020;41:421-438. doi: 10.1016/j.ccm.2020.06.007

Anzueto A, Miravitlles M. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Need for Action. Am J Med 2018;131:15-22. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.05.003.

Montes de Oca M, Laucho-Contreras M. Is It Time to Change the Definition of Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Disease? What Do We Need to Add?. Med Sci. 2018;1-18. doi: 10.3390/medsci6020050.

Rosales C. Neutrophil: A Cell with Many Roles in Inflammation or Several Cell Types Infection Front Physiol 2018; 9:117. doi: 10.3389/fphys.2018.00113.

Jasper AE, McIver WJ, Sapey E, et al. Understanding the role of neutrophils in chronic inflammatory airway disease. F1000Res 2019; 8:1-17. doi: 10.12688/f1000research.18411.1.