

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL



TESIS

**FACTOR ETIOLÓGICO DE ABSCESOS CERVICOFACIALES DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL HOSPITAL METROPOLITANO “DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA” ESTUDIO RETROSPECTIVO ENERO 2016 - ENERO 2019**

TESISTA:

PERLA SALAZAR GARCÍA

CIRUJANO DENTISTA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN 2020

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL



TESIS

**FACTOR ETIOLÓGICO DE ABSCESOS CERVICOFACIALES DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA" ESTUDIO RETROSPECTIVO ENERO 2016 - ENERO 2019.**

HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO

DRA. EYRA ELVIRA RANGEL PADILLA

PRESIDENTE

DRA. ANDREA GUADALUPE ALCÁZAR PIZAÑA

SECRETARIO

DR ARMANDO CERVANTES ALANIS

VOCAL

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS

DRA ANDREA GUADALUPE ALCÁZAR PIZAÑA

CODIRECTOR DE TESIS

DR. CESAR VILLALPANDO TREJO

ASESOR DE TESIS

DRA EYRA ELVIRA RANGEL PADILLA

ASESOR ESTADISTICO

MSP. GUSTAVO ISRAEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ.

CMF. Dr. José Adolfo Uribe Quintana.

Coordinador del Posgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial.

C.D. Dra. Rosa Isela Sánchez Nájera

Subdirectora de Estudios de Posgrado.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a mis padres por el apoyo incondicional en este camino.

Mi familia por ser el pilar donde siempre pude recargarme.

A mis compañeros Ana María, Cesar Miguel y Jorge Mario, por hacer este viaje más ligero

Mis Maestros sin cuyas enseñanzas este sueño no hubiese sido posible y a Dios por permitirme todo.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres, Martha A. García y Marco Antonio Aguilera, por su apoyo incondicional.

A mis hermanos, Roberto, Blanca e Isabel por estar a mi lado en este proceso.

A mis Maestros y compañeros residentes por sus enseñanzas, tiempo y compañerismo.

A Dios por prestarme vida para alcanzar mis sueños.

Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Odontología

**Subdirección de Estudios de posgrado
Posgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial**

C.D. Perla Salazar García

Candidata a: Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial

FACTOR ETIOLÓGICO DE ABSCESOS CERVICOFACIALES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA" ESTUDIO RETROSPECTIVO ENERO 2016 - ENERO 2019

1. RESUMEN:

Introducción: El objetivo general del estudio fue determinar el factor etiológico de los abscesos cervicofaciales tomando en cuenta la edad, sexo y espacio anatómico afectado.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo dentro del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda" SSNL, entre los años 2016 y 2019, registrando todos los casos de abscesos cervicofaciales registrados en el servicio de cirugía oral y maxilofacial. Se recopiló información de acuerdo con edad, sexo, y espacio anatómico afectado. El total de pacientes fue de 205.

Resultados: El factor etiológico más común fue: caries dental 68.44 % seguido por órganos dentarios retenidos 19.02%. El espacio bucal 33.73 % fue encontrado como el más comúnmente afectado seguido del espacio submandibular 31.35 %. En cuanto a género el sexo masculino tomo prevalencia al femenino a excepción del año 2019 donde el sexo femenino destaco con un 58.97% y el masculino 41.03%. El rango de edad con mayor afectación fue de los 15 a los 40 años. Se presentaron cinco factores etiológicos causante de abscesos cervicofaciales.

Conclusión: Es de vital importancia la atención primaria de los factores etiológicos de las infecciones bucales, con el objetivo de evitar la diseminación de estas a los espacios primarios, secundarios, así como la gama de complicaciones que estos cuadros pueden desencadenar.

Palabras clave: abscesos cervicofaciales, epidemiología.

Director de Tesis: Dra. Andrea Guadalupe Alcázar Pizaña.

INDICE

CAPÍTULO 1.....	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3 OBJETIVOS	2
1.3.1 OBJETIVOS GENERALES.....	2
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
1.4 JUSTIFICACIÓN	3
1.5 LIMITACIONES	3
CAPÍTULO 2.....	4
2.1 MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	4
2.1.2 BASES TEÓRICAS	5
2.1.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS.....	6
2.1.3.1 Espacios profundos del cuello	6

2.1.3.2 Espacio peritonsillar	7
2.1.3.3 Espacio submandibular	7
2.1.3.4 Espacio parafaríngeo	9
2.1.3.5 Espacio masticador	11
2.1.3.6 Espacio bucal	12
2.1.3.7 Espacio parotídeo.....	12
2.1.3.8 Espacio retrofaríngeo	13
2.1.3.9 Espacio de peligro	14
2.1.3.10 Espacio prevertebral.....	14
2.1.3.11 Espacio visceral anterior.....	15
2.1.3.12 Fracturas mandibulares	16
2.1.3.13 Actinomicosis	16
2.1.3.14 Fascitis necrotizante	17
2.1.3.15 Dacriocistitis	18
2.1.3.16 Abscesos cerebrales	18
2.2 SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	19
2.2.1 HIPÓTESIS VERDADERA	19

2.3 SISTEMA DE VARIABLES	20
2.3.1 VARIABLES DEPENDIENTES:.....	20
2.3.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	21
CAPÍTULO 3.....	22
3.1 MATERIALES Y MÉTODOS	22
3.2 TIPO DE ESTUDIO:	22
3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	23
3.4 PERÍODO DE ESTUDIO:	23
3.5 MUESTRA.....	24
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	24
3.7 CRITERIOS EXCLUSIÓN:	24
3.8 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	26
3.9.1 PROTECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE.....	26
CAPÍTULO 4.....	27
4. PROCEDIMIENTOS.....	27

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:.....	27
CAPÍTULO 5.....	28
5. RESULTADOS	28
CAPÍTULO 6.....	32
6.DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO 7.....	34
7. CONCLUSIÓN.....	34
CAPÍTULO 8.....	35
8. BIBLIOGRAFÍA.....	35

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Tabla 1: Aspectos evaluados por año	25
II. Tabla 2: Edad y género de los pacientes que acudieron al servicio de Maxilofacial por año.....	29
III. Tabla 3: Infecciones cervicofaciales por localización anatómica por año.....	30
IV. Tabla 4: Factores etiológicos de las infecciones cervicofaciales presentadas por año.....	31

CAPÍTULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN

A pesar del predominio de la antibioticoterapia, las infecciones cervicofaciales, sin importar cual sea el factor etiológico, siguen siendo constantes en los países subdesarrollados e incluso en aquellas grandes urbes. Estas infecciones, comúnmente se presentan a los equipos maxilofaciales y pueden provocar una morbilidad apreciable y complicaciones que pueden incluir el compromiso de las vías respiratorias [1]. Las infecciones siguen siendo un problema de salud importante, con riesgos significativos de mortalidad, si las situaciones que probablemente desarrollen una afección potencialmente mortal no se reconocen a su debido tiempo [2]. La fuente de tales infecciones es a menudo odontogénica, pero pueden encontrarse otras fuentes como abscesos salivales o amigdalinos e infecciones de la piel entre otros. El tratamiento es principalmente quirúrgico e implica la eliminación de la fuente de infección y el drenaje del pus con la exploración de cualquier espacio de tejido profundo involucrado por lo cual es importante determinar el factor específico que da origen a cada infección con la finalidad de tener pronta intervención médico-quirúrgica [3].

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente estudio se desea evaluar el origen de las infecciones cervicofaciales que se presentaron en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, en el período comprendido de enero 2016 a enero 2019.

Por lo anterior el presente estudio se planea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el origen de las infecciones cervicofaciales presentadas en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, de enero 2016 a enero 2019?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES

Analizar y determinar el origen de las infecciones cervicofaciales del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda del período; enero 2016 a enero 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Clasificar las infecciones cervicofaciales de acuerdo con el origen de cada una de ellas.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Categorizar el origen de las infecciones cervicofaciales que llegaron al servicio de maxilofacial en los últimos dos años; debido a la frecuencia moderada o incluso alta de estos padecimientos y al ser el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano, el primero en valorar y tratar, encontramos que a la hora de evaluar cada infección no todas cursaban con un origen odontogénico, por lo cual se planea realizar un desglose de todas aquellas infecciones cervicofaciales con la finalidad de llevar a cabo un consenso del origen, sacando así el porcentaje real de cada infección cervicofacial que haya sido por causa odontogénica.

1.5 LIMITACIONES

Falla del equipo técnico (Est-Med) durante la recolección de datos.

CAPÍTULO 2

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Un médico de la corte del rey de Württemberg, Wilhelm Friedrich Von Ludwig, describió la afección conocida de la angina de Ludwig en 1836, pero hasta principios del siglo XX no se estableció la relación entre el absceso y la inflamación severa del cuello que pone en peligro la vida. La Incisión y el drenaje del absceso odontogénico, además de la extracción dental, ha sido un procedimiento tradicional realizado por cirujanos orales y maxilofaciales. Esta operación se basa en una comprensión profunda de las capas fasciales y los posibles espacios anatómicos a través de los cuales se pueden propagar en la cabeza y el cuello, como se publicó en los estudios anatómicos clásicos realizados por Grodinsky y Holyoke en 1938-1939 [4]. Antes de eso, la cabeza y La infección del cuello era común y con frecuencia letal. La osteomielitis de las mandíbulas también fue un problema común y grave. En ese momento, las erisipelas tenían una tasa de mortalidad del 60%. Una discusión sobre la historia de las infecciones odontogénicas no está completa sin reconocer el trabajo en el moderno y clásico libro de texto sobre infecciones orales y maxilofaciales de Topazian y Goldberg [3][5].

2.1.2 BASES TEÓRICAS

Las infecciones cervicofaciales pueden producir una morbilidad y complicaciones apreciables que pueden incluir compromiso de la vía aérea. La fuente de tales infecciones suele ser odontogénica, pero se pueden encontrar otras fuentes, como los abscesos salivales o amigdalinos y las infecciones de la piel. El tratamiento es principalmente quirúrgico e implica la eliminación de la fuente de infección y el drenaje de pus con la exploración de cualquier espacio profundo del tejido involucrado. En la cara existen espacios aoneuróticos dependientes los músculos y las fascias que los recubren, se pueden clasificar en: primarios y secundarios, los primarios son aquellos que guardan cercanía con la cavidad oral en especial con los órganos dentarios, y los secundarios son aquellos a los cuales los espacios primarios suelen diseminarse y que no están cerca de la cavidad bucal, estos ultimo comúnmente se extiende a los espacios profundos del cuello o zonas más a alejadas de los espacios primarios. En función de su relación con el hueso hioides, los espacios profundos se pueden clasificar de la siguiente manera: espacios localizados por encima del nivel de hioides; peritonsilar, submandibular, parafaríngeo, bucal, parótida, maseterino y temporal; Espacios que involucran toda la circunferencia del cuello; retrofaríngeo, espacio peligroso, prevertebral y carotideo, y el espacio visceral anterior o pretraqueal, debajo del hueso hioides. El 70% de las infecciones severas del espacio profundo del cuello se deben a una amigdalitis o faringitis, mientras que, en la actualidad, aunque la amigdalitis sigue siendo la causa

común en los niños, la mala higiene dental y el abuso de drogas por vía intravenosa se han convertido en las causas no quirúrgicas más comunes de las infecciones del espacio profundo del cuello en adultos, seguido de ingestión de cuerpo extraño e infecciones de origen desconocido [6][7]. Los signos clínicos varían y se extienden desde signos cardinales de la inflamación (tumor, rubor, calor, pérdida de la función) hasta disfagia, disnea, desviación de la tráquea, malestar general, xerostomía, etc. El tratamiento dependerá de los espacios involucrados, y el estado sistémico del paciente, la mayoría implica la debridación quirúrgica y el uso de antibioticoterapia, pre y post operatoria.

2.1.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

2.1.3.1 Espacios profundos del cuello

Al menos 11 espacios profundos del cuello se encuentran dentro del marco complejo formado por los planos fasciales cervicales. Anteriormente, las fuertes adherencias fasciales al hueso hioides son una barrera importante para evitar la propagación infecciosa hacia abajo. Como resultado, los espacios profundos del cuello a menudo se clasifican en tres grupos anatómicos, en función de su relación con el hioides: 1. Aquellas ubicadas por encima del nivel del hioides (espacios peritonsilar, submandibular, parafaríngeo, masetero, temporal, bucal y parótida). 2. Aquellas que involucran toda la longitud del cuello (espacios retrofaríngeos, peligroso, prevertebral y carótida). 3. El espacio anterior visceral o pretraqueal, ubicado debajo del hioides [8][9].

2.1.3.2 Espacio peritonsillar

El espacio peritonsillar se encuentra entre la amígdala palatina y el músculo constrictor faríngeo superior adyacente y está limitado anteriormente y más adelante por los pilares amigdalinos. Contiene tejido conectivo suelto, y en general no se considera un espacio del cuello "profundo". Sin embargo, el espacio peritonsillar es anatómicamente contiguo con varios espacios más profundos, y las infecciones peritonsillar pueden involucrar potencialmente los espacios parafaríngeo y retrofaríngeos. La presencia de trismus severo sugiere espacio parafaríngeo y afectación del músculo pterigoideo medial. Las infecciones limitadas al espacio peritonsillar a menudo se presentan con fiebre, dolor de garganta, disfagia, odinofagia, una voz apagada de "patata caliente". y adenopatía cervical. El examen de la orofaringe puede revelar edema amigdalino, exudados visibles, abultamiento del polo superior del pilar amigdalino y desviación de la úvula con respecto al lado de la infección.

2.1.3.3 Espacio submandibular

El espacio submandibular, está compuesto por dos espacios potenciales que abarcan desde la mucosa que cubre el piso de la boca hasta la capa superficial de la fascia cervical profunda, ya que encierra el espacio entre la mandíbula y el hioides, se ha observado que las infecciones se extienden al espacio parafaríngeo en la parte posterior y al espacio visceral anterior en la parte inferior. Las raíces de los molares mandibulares segundo y tercero se encuentran debajo de la unión del milohioideo a la mandíbula, y las infecciones dentales posteriores pueden propagarse directamente al compartimento submandibular.

En contraste, las raíces dentales inferiores restantes se encuentran por encima de la línea milohioidea, y las infecciones dentales anteriores se propagan directamente en el compartimento sublingual. Otras fuentes de infección incluyen sialoadenitis, adenitis linfática supurativa, traumatismo oral e infecciones respiratorias superiores. El compartimento supra milohioideo (espacio sublingual) contiene tejido suelto, las glándulas sublinguales, el conducto submandibular (de Wharton), los músculos genihioideos y los nervios lingual e hipogloso. Las infecciones supra milohioideas a menudo se presentan con induración, edema y sensibilidad en el piso de la boca que a menudo comienza lateralmente. La protuberancia y la elevación de la lengua pueden ocurrir a medida que el edema se produce medialmente. El compartimento infra milohioideo (espacio submaxilar) contiene los vientres anteriores de los músculos digástricos, glándulas submandibulares y ganglios linfáticos. El "espacio mental" se refiere a la porción del compartimento infra milohioideo que se encuentra entre los vientres anteriores de los músculos digástricos.

El término angina de Ludwig se deriva del término latino "angere" o "estrangular". La angina de Ludwig se diagnostica clínicamente según la descripción clásica de una celulitis de propagación rápida y endurecimiento firme que se origina intraoralmente e involucra [supramilohioideas e inframilohioideas] bilateralmente, pero sin abscesos ni linfadenopatía, lo que resulta en una obstrucción de la vía aérea superior que progresa rápidamente. La mayoría de los casos son de origen odontológico; las causas menos comunes incluyen abscesos peritonsilares o parafaríngeos, epiglotitis y lesiones penetrantes en el piso de la boca. Los pacientes, como los diabéticos con función inmune

deteriorada, tienen un mayor riesgo de desarrollar angina de Ludwig secundaria a infecciones del espacio submandibular. El proceso infeccioso generalmente involucra celulitis dentro del espacio submandibular, que puede progresar a fascitis y eventualmente formar un verdadero absceso. La inflamación dentro del espacio submandibular cerrado desplaza la lengua hacia arriba y hacia atrás y causa odinofagia, disfagia y sialorrea. La protuberancia de la lengua puede potencialmente culminar en una obstrucción y asfixia de la vía aérea rápidamente progresiva si la vía aérea no se aborda con urgencia.

2.1.3.4 Espacio parafaríngeo

El espacio parafaríngeo, también conocido como espacio faríngeo lateral o faringomaxilar, toma la forma de una pirámide invertida que se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides. Se encuentra entre la división visceral (fascia pretráqueal y bucofaríngea) de la capa media de la fascia cervical profunda medialmente y la capa superficial de la fascia cervical profunda que cubre los músculos pterigoideos y la glándula parótida lateralmente. El espacio parafaríngeo se divide en dos compartimentos por el proceso estiloides y los músculos estilohioides, estilofaríngeos y estiloglosos. El compartimento preestiloideo se encuentra en la parte anterior y contiene la arteria maxilar interna, el nervio maxilar y el tejido adiposo, y el compartimento postestiloideo se encuentra en la parte posterior e incluye el contenido neurovascular de la vaina carótida (arteria carótida, vena yugular interna, cadena simpática cervical, y nervios craneales IX, X, XI y XII). Las infecciones parafaríngeas tienen muchas fuentes

debido al número de cizallamiento de los compartimentos profundos adyacentes del cuello, que incluyen los espacios; submandibular, retrofaríngeo, parotídeo y masticador. Las causas comunes incluyen faringitis, amigdalitis, otitis, mastoiditis, parotiditis y linfadenitis cervical. Las infecciones odontogénicas también contribuyen a través de la diseminación indirecta desde los espacios profundos adyacentes del cuello. La infección del compartimento tonsilar a menudo se presenta clínicamente con fiebre, escalofríos, dolor de cuello, trismo y desplazamiento antero medial de la amígdala palatina ipsilateral. Se sabe que la infección del compartimento postestiloideo causa poco o ningún dolor, trismo o inflamación obvia; sin embargo, la participación del contenido de la vaina carotídea puede llevar a complicaciones como septicemia, síndrome de Lemierre, trombosis infecciosa de la vena yugular interna o aneurisma o rotura de la arteria carótida, síndrome ipsilateral de Horner y nervio craneal IX a XII. El edema laríngeo con posterior obstrucción de la vía aérea es otra posible secuela y puede requerir intubación o traqueotomía. Sichel y sus colegas [10] encontraron que las infecciones que afectaban al compartimento postestiloideo, pero no al compartimento preestiloideo, eran mucho más frecuentes en los niños y probablemente eran el resultado de una adenitis linfática cervical aguda, una afección relativamente benigna que debería responder bien a una enfermedad inicial. Horas de antibióticos intravenosos. Por otro lado, las infecciones relacionadas con el compartimento preestiloideo fueron comunes en todas las edades y fueron principalmente el resultado de infecciones dentales y faríngeas. Las infecciones en el compartimento prestiloideo causaron más complicaciones debido a la supuración del tejido adiposo prestiloideo y la rápida difusión de pus en otros espacios profundos del

cuello, incluido el espacio carotídeo. Los investigadores concluyeron que las infecciones preestiloideas deben diferenciarse de la linfadenitis cervical posestiloidea y que los abscesos dentro del compartimento preestiloideo requieren un drenaje quirúrgico rápido para evitar complicaciones por la rápida propagación de pus a espacios adyacentes del cuello profundo.

2.1.3.5 Espacio masticador

El espacio del masticador se encuentra entre el músculo pterigoideo medial y el músculo masetero más lateral, y está rodeado por las divisiones de la capa superficial de la fascia cervical profunda que envuelven estos músculos. Se extiende hacia el lado posterior de la mandíbula y, en forma superior, como el espacio temporal, para rodear el músculo temporal en profundidad hasta la fascia temporal. Su contenido incluye el músculo temporal, la rama de la mandíbula, las divisiones del nervio mandibular (V3) y la arteria maxilar interna. La mayoría de las infecciones del espacio del masticador se originan en los molares mandibulares posteriores; Las fuentes menos comunes incluyen trauma y cirugía. Los pacientes a menudo presentan trismo severo, odinofagia, disfagia, dolor que rodea a la rama de la mandíbula e inflamación preauricular o mandibular. Las infecciones más extensas pueden causar edema en todo el lado de la cara, y la participación de la órbita puede llevar a proptosis, neuritis óptica y parálisis del nervio craneal VI. El abordaje quirúrgico de la incisión y el drenaje del espacio del masticador depende de la ubicación del absceso en relación con la mandíbula. Un abordaje intraoral en el triángulo retromolar es apropiado para drenar abscesos medidos a la rama de la mandíbula, y un abordaje

extraoral a lo largo del borde inferior de la mandíbula se usa para drenar los abscesos laterales a la mandíbula.

2.1.3.6 Espacio bucal

El espacio bucal se encuentra entre la fascia bucofaríngea que recubre el músculo buccinador medialmente y la piel de la mejilla lateralmente, y está limitado inferiormente por el borde de la mandíbula y posteriormente por el rafe pterigomandibular. Contiene la almohadilla de grasa bucal, el conducto parotídeo y la arteria facial. La mayoría de las infecciones del espacio bucal son de origen odontogénico y se presentan con una inflamación cálida y sensible en la mejilla y síntomas sistémicos mínimos. Puede haber trismo si la infección se propaga hacia atrás para involucrar al músculo masetero.

2.1.3.7 Espacio parotídeo

El espacio parotídeo existe dentro de la cápsula que está formada por la capa superficial de la fascia cervical profunda cuando envuelve la glándula parótida. La fascia en el aspecto medial de la glándula es delgada y proporciona poca resistencia a la propagación de infecciones del espacio parotídeo en el espacio parafaríngeo adyacente. Además de la glándula parótida, el espacio también contiene el nervio facial, la arteria carótida externa, la vena retromandibular, el nervio auriculotemporal, la arteria temporal superficial y los ganglios linfáticos. Las infecciones del espacio parotídeo a menudo son el resultado de una obstrucción del conducto parotídeo o linfadenitis supurativa, y en ocasiones se originan a partir de infecciones odontogénicas de los molares inferiores que atraviesan el

espacio del masticador. Los pacientes afectados suelen presentar dolor intenso e inflamación en el ángulo de la mandíbula, pero poco o nada de trismus a menos que el espacio del masticador esté suficientemente involucrado. Los síntomas sistémicos, como fiebre y escalofríos, pueden acompañar la propagación de la infección al espacio parafaríngeo y otros espacios profundos del cuello.

2.1.3.8 Espacio retrofaríngeo

El espacio retrofaríngeo (retrovisceral, retroesofágico) se encuentra entre la fascia visceral (buccofaríngea) que cubre la faringe posterior y el esófago y la fascia alar, una división de la capa profunda de la fascia cervical profunda, y ocupa el espacio posterior a la faringe y el esófago. Se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino, donde las fascias visceral y alar se fusionan a nivel de la segunda vértebra torácica. Lateralmente, está delimitado por las vainas carótidas. El espacio retrofaríngeo se fusiona en la línea media y contiene dos cadenas de ganglios linfáticos que se extienden por cada lado. Los abscesos retrofaríngeos son unilaterales como resultado de la fusión de la línea media, y se observan principalmente en la infancia, ya que estos ganglios linfáticos tienden a retroceder con la edad. Las infecciones respiratorias superiores causan la mayoría de las enfermedades retrofaríngeas en los niños porque estos ganglios linfáticos reciben drenaje de la nariz, los senos nasales y la faringe. La infección retrofaríngea también se observa en niños y adultos después de un traumatismo en la faringe posterior o como una extensión de una infección del espacio parafaríngeo adyacente.

2.1.3.9 Espacio de peligro

El espacio de peligro se encuentra en la parte posterior del espacio retrofaríngeo entre las fascias alar y prevertebral, las dos divisiones de la capa profunda de la fascia cervical profunda, y se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino posterior hasta el nivel del diafragma. Las infecciones aquí son el resultado indirecto de la propagación de los abscesos del espacio retrofaríngeo, parafaríngeo y prevertebral. El "peligro" reside en la tendencia a que las infecciones se propaguen hacia abajo a través del espacio y hacia el tórax porque los contenidos de los aréolos sueltos ofrecen poca resistencia, lo que ocasiona complicaciones como mediastinitis, empiema y sepsis.

2.1.3.10 Espacio prevertebral

El espacio prevertebral es un espacio potencial entre la fascia prevertebral y los cuerpos vertebrales subyacentes y la musculatura cervical profunda. Se extiende a lo largo de toda la columna vertebral hasta el coxis. Sin embargo, las uniones fibrosas densas entre la fascia prevertebral y los músculos cervicales profundos tienden a contener infecciones prevertebrales y ayudan a prevenir la diseminación longitudinal. Las fuentes de infección incluyen traumatismo en la faringe posterior y diseminación secundaria de los abscesos de Pott y las infecciones retrofaríngeas y del espacio de peligro. Los pacientes a menudo se presentan con una protuberancia en la línea media en la faringe posterior, en contraste con la protuberancia unilateral que se ve a menudo en infecciones retrofaríngeas.

2.1.3.11 Espacio visceral anterior

El espacio anterior visceral (pretráqueal) es el único espacio profundo del cuello limitado por debajo del hueso hioides. Está limitada por la división visceral de la capa media de la fascia cervical profunda y se encuentra entre los músculos de la banda infrahioidea y el esófago. Contiene la glándula tiroides, la tráquea y la pared anterior del esófago, y se extiende desde el cartílago tiroides hasta el mediastino superior que cubre el arco aórtico y el pericardio fibroso. Los espacios visceral anterior y retrofaríngeo están separados por uniones laterales del esófago a la fascia prevertebral que comienzan en el nivel de la glándula tiroides, de modo que el espacio visceral anterior se encuentra en la parte superior y el espacio retrofaríngeo está posterior al esófago. Las infecciones del espacio visceral anterior a menudo se originan a partir de una perforación traumática de la pared esofágica anterior y, menos frecuentemente, de un traumatismo de cuello o tiroiditis. A menudo se presentan con inflamación del cuello, disfagia, ronquera y disnea como resultado de edema faríngeo, laríngeo y supraglótico, que potencialmente pueden progresar hacia un compromiso de la vía aérea. Además, la perforación de los contenidos viscerales puede causar crepitación del cuello anterior, mediastinitis y neumotórax [11][12][13].

2.1.3.12 Fracturas mandibulares

El tratamiento quirúrgico de las fracturas mandibulares debería incluir, idealmente, restablecer la oclusión correcta y la función mandibular inmediata y sin compromiso de la alimentación. Los métodos de fijación inestables, sin embargo, requieren una fijación maxilomandibular (MMF), que puede retrasar la rehabilitación funcional. Por lo tanto, la fijación interna que permite la movilización temprana ha aumentado en popularidad durante la última década. Sin embargo, algunos autores han afirmado que el uso de placas rígidas aumenta la frecuencia de tales complicaciones, maloclusiones, unión tardía, falta de unión, osteomielitis y lesiones en los nervios alveolar inferior y facial. Se han informado tasas de infección del 3% al 27% cuando se usan placas óseas [14].

2.1.3.13 Actinomicosis

La actinomicosis es una infección rara causada por bacterias anaerobias grampositivas, filamentosas, anaeróbicas o facultativas de la familia Actinomycetaceae, que colonizan la orofaringe, el tubo digestivo y el tracto genital femenino. La infección por actinomicosis patológica es más común en la región cervicofacial, representando el 55% de todas las presentaciones. El diagnóstico puede ser desafiante debido a la presencia de signos inespecíficos como dolor y edema y hallazgos de imagen no específicos, incluidas áreas necróticas o espacios quísticos rodeados de fibrosis. La identificación de las bacterias culpables también puede retrasarse o perderse debido al crecimiento de la fascitis de *Actinomyces* y su tendencia a coinfectar con la flora normal adicional. La enfermedad se

caracteriza por lesiones supurativas y granulomatosas, principalmente en tejidos blandos [15].

2.1.3.14 Fascitis necrotizante

La fascitis necrotizante (NF) también conocida como: síndrome de bacterias carnívoras [16]. Es una infección que se propaga rápidamente y afecta a las capas superficiales de grasa y fascias aponeuróticas; Inicialmente en piel y músculo. La NF cervicofacial es una enfermedad rara pero potencialmente mortal si no se diagnóstica y trata en las primeras etapas. En las etapas iniciales, antes de que se observe la necrosis, la infección se disemina en los tejidos subcutáneos y puede aparecer como un absceso odontogénico del espacio profundo del cuello. El retraso en el diagnóstico lleva a un aumento en el área de necrosis, con el consiguiente aumento de la deformidad cosmética y complicaciones que amenazan la vida.

La afección puede deberse a infecciones dentales (abscesos dentales, gingivitis, pulpitis, etc.), sinusitis, infección peritonsillar y glándula salival, o por infecciones secundarias a cirugía, picaduras de insectos o traumas. Las infecciones dentales son el factor etiológico más frecuente, seguido de traumatismo, abscesos peritonsilares y faríngeos y osteoradionecrosis. Los agentes causales han sido descritos clásicamente como estreptococos beta hemolíticos del grupo A, estafilococos y bacterias anaerobias obligadas [17].

2.1.3.15 Dacriocistitis

La dacriocistitis aguda se presenta con un inicio súbito de hinchazón, eritema y dolor que recubre la región de la región del saco lagrimal que puede extenderse al resto de la cara en forma de celulitis preseptal. En la dacriocistitis grave, hay una propagación bacteriana en la órbita con formación de abscesos o celulitis orbitarios. Las infecciones orbitales pueden causar morbilidad ocular permanente y pérdida visual irreversible, así como morbilidad sistémica como la trombosis del seno cavernoso si hay un diagnóstico y tratamiento retrasados. Las infecciones odontogénicas pueden causar sinusitis maxilar con la diseminación de la infección desde los ápices del conducto radicular hacia los tejidos antral y periapical del seno maxilar. Estas complicaciones poco comunes de los focos odontogénicos pueden tomar un curso clínicamente abundante debido a la proximidad anatómica especial del seno maxilar a la órbita y, por lo tanto, al cerebro [18].

2.1.3.16 Abscesos cerebrales

Los abscesos cerebrales son infecciones del parénquima cerebral que pueden surgir de la propagación contigua de la infección local o de la propagación hematógena de un sitio distante. *Streptococcus anginosus* es un microbio comensal de las mucosas de la cavidad oral, el tracto gastrointestinal y el tracto urogenital. la diseminación contigua de *Streptococcus anginosus* a partir de una infección sinusal en pacientes

inmunodeprimidos también puede ser observada, puede ser confundida con hematomas subdurales cuando se observan en la tomografía computarizada [19].

2.2 SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.2.1 HIPÓTESIS VERDADERA

Hi

El 50% o más de las infecciones cervicofaciales atendidas en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda durante el año enero 2016 a enero 2019 cursaban un origen odontogénico.

Ho

El 50% o más de las infecciones cervicofaciales atendidas servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda durante el año enero 2016 a enero 2019 no cursaban con un origen odontogénico.

2.3 SISTEMA DE VARIABLES

2.3.1 VARIABLES DEPENDIENTES:

-Etiología (caries, fracturas faciales, enfermedad periodontal, infecciones dérmicas, órganos dentarios retenidos).

Etiología	Definición
Caries.	Proceso infeccioso localizado, multifactorial que daña los tejidos dentales y periodontales.
Fracturas faciales	Lesiones que se presentan como perdido de la continuidad de los tejidos óseos, limitando en muchas ocasiones el movimiento de estos.
Enfermedad periodontal.	Es la inflamación de los tejidos de soporte del diente, encía, periodonto, cemento y hueso alveolar.
Infecciones dérmicas	Son procesos producidos por la acción directa o indirecta de distintas bacterias, que pueden afectar a la piel y/o a sus anexos.
Órganos dentarios retenidos.	Órganos dentarios que no logran su erupción por diversos factores los cuales quedan limitados al tejido óseo, sin lograr su correcta posición en la cavidad oral.

2.3.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	
Características epidemiológicas	Identificar las características epidemiológicas de acuerdo con la población en estudio para determinar género, edad, año.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Género 3. Año (2016-2019) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayores a 15 años. 2. F-M: 1 Femenino 2.Masculino 3. 1-2016. 2-2017. 3-2018. 4-2019.
Espacio anatómico afectado	Determinar el espacio anatómico afectado en las infecciones cervicofaciales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espacios aponeuróticos superficiales. 2. Espacios aponeuróticos profundos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Espacio vestíbulo-bucal. 1.2. Espacio palatino. 1.3 Espacio sublingual. 1.4 Espacio canino. 1.5 Espacio temporal superficial. 1.6 Espacio geniano. 1.7 Espacio mentoniano. 2.1 Espacio submandibular. 2.2 Espacio maseterino. 2.3 Espacio pterigomandibular 2.4 Espacio temporal profundo. 2.5 Espacio submentoniano. 2.6 Espacio parotídeo 2.7 Espacio retrofaríngeo. 2.8 Espacio faríngeo lateral. 2.9 Espacio prevertebral. 2.10 Espacio peligroso.

CAPÍTULO 3

3.1 MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluarán el expediente médico electrónico y censos de urgencias de aquellas infecciones cervicofaciales que cumplan con los criterios de inclusión, así como los estudios complementarios, de imagen y/o laboratorio clínico existentes, en el período comprendido de enero 2016 a enero 2019.

Se vaciarán datos en programa estadístico IBM SPSS Statistics Base 22.0 y se evaluarán resultados arrojados, además de obtener graficas de estos estudios para demostrar el análisis de manera visual.

3.2 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizará un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo dentro del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda” SSNL.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con infecciones cervicofaciales que acudieron al servicio de Urgencias del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda” SSNL y que son atendidos por el servicio de Cirugía Maxilofacial.

3.4 PERÍODO DE ESTUDIO:

Enero 2016 a enero 2019.

3.5 MUESTRA

El presente estudio integrará un muestreo estratificado e intencional de todos los pacientes (población finita) con infecciones cervicofaciales que fueron valorados y/o atendidos por el servicio de cirugía oral y maxilofacial en el periodo enero 2016 a enero 2019.

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico con infecciones cervicofaciales que acudieron a consulta externa o que fueron interconsultados al servicio de maxilofacial y que cuenten con expediente médico completo, de enero 2016 a enero 2019.

3.7 CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- Pacientes pediátricos (menores de 15 años).
- Pacientes que no contaron con expediente físico o electrónico del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda”.
- Pacientes con infecciones cervicofaciales que no fueron valoradas o tratadas por parte del servicio de cirugía oral y maxilofacial.

3.8 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tabla 1. Aspectos evaluados por año.

2016	Edad	Género	Espacio aponeurótico involucrado	Factor etiológico
2017	Edad	Género	Espacio aponeurótico involucrado	Factor etiológico
2018	Edad	Género	Espacio aponeurótico involucrado	Factor etiológico
2019	Edad	Género	Espacio aponeurótico involucrado	Factor etiológico

3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3.9.1 PROTECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE

En cumplimiento de la NOM-004-SSA-2012 con apego a la sección 5 de Generalidades en la subsección 5.5 y 5.5.1 en referencia al uso de datos personales, además de seguir los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales ACT-PUB-19/12/2017.10 así mismo a lo marcado en el segundo párrafo del Artículo 16 de la Constitución Política Mexicana.

Todos los datos “Sensibles” serán disociados de manera que no sea anexado a una persona identificada o identificable, según el artículo 3, fracción VIII, de la Ley de Protección de Datos Personales En Posesión de los Particulares, perdiendo así su carácter de dato personal se manejará por tanto la información únicamente como números en una base de datos en hoja simples de Excel.

Número de Registro Estatal: DEISC-19 01 20 002

CAPÍTULO 4

4. PROCEDIMIENTOS

Se llevó a cabo una revisión de expedientes electrónicos y físicos de los pacientes que acudieron al servicio de Urgencias y Cirugía Maxilofacial. El instrumento de recolección de datos de los pacientes fue elaborado por el tesista donde se plasmó toda la información necesaria para los objetivos de la presente investigación.

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La muestra que ha sido conformada por todos aquellos pacientes que cumplieron con los requisitos para ser incluidos en el estudio.

Los datos fueron capturados en una base de datos en el programa IBM Statistics 22.0 con el que se realizaron tablas de frecuencia de las variables dentro de las cuales será considerada las variables principales como el factor etiológico: absceso dérmico, caries dental, fractura ósea, órgano dentario retenido, entre otros. Y los espacios aponeuróticos involucrado: Bucal, Submandibular, Geniano, Submental, Parotídeo, Periamigdalino, Sublingual, Vestibular, confrontada con el resto de las variables establecidas en el instrumento de observación (Año, edad y género de los pacientes). Para algunos procedimientos estadísticos de clasificación y manejo de base de datos será empleado el programa Microsoft Excel 2010.

El presente proyecto cuenta con un modelo estadístico de presentación de datos que consiste en la elaboración y descripción de tablas de frecuencias y porcentajes para las

variables, una breve descripción de resultados del análisis de los datos obtenidos durante la investigación.

CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS

Durante el periodo de 4 años (2016 al 2019) un total de 205 pacientes acudieron con al servicio de cirugía oral y maxilofacial, así como al servicio de urgencias del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda” SSNL, donde se clasificaron de acuerdo con el factor etiológico causante.

La distribución por género se aprecia en la tabla 2. Donde se aprecia la incidencia de género por cada año: 2016: masculino 75% femenino 25 %, 2017: masculino 62.50% femenino 37.50 %, 2018: masculino 53.70 %, femenino 46.30 %, 2019: masculino 41.03 % femenino 58.97%. Se observa prevalencia del género masculino en los años 2016, 2017 y 2018 a diferencia del año 2019, donde el género femenino tiene una prevalencia mayor.

Tabla 2. *Edad y género de los pacientes que acudieron al servicio de Maxilofacial por año.*

	2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	16	25.00	18	37.50	25	46.30	23	58.97	82	40.00
Masculino	48	75.00	30	62.50	29	53.70	16	41.03	123	60.00
Total	64	100	48	100	54	100	39	100	205	100
Media±DE	37.98±15.77		35.60±15.16		39.59±16.13		39.62±16.42		38.16±15.81	

Los espacios aponeuróticos afectado se reflejan en la en la tabla 3, el espacio más afectado fue el bucal en un (33.73%) seguido por el espacio submandibular (31.35%). El espacio geniano (13.10%) seguido por el espacio submental con 8.33%, espacio parotídeo con (3.17%), periamigdalino con (2.38%) el resto de los espacios mostraron una afectación menor al 2%.

Tabla 3. Infecciones cervicofaciales por localización anatómica por año.

	2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Angina de Ludwig	1	1.06	1	1.92	0	0.00	0	0.00	2	0.79
Espacio Bucal	28	29.79	19	36.54	23	37.10	15	34.09	85	33.73
Espacio Canino	0	0.00	0	0.00	1	1.61	0	0.00	1	0.40
Espacio Geniano	12	12.77	8	15.38	7	11.29	6	13.64	33	13.10
Espacio Maseterino	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.27	1	0.40
Espacio Parafaríngeo	0	0.00	2	3.85	0	0.00	0	0.00	2	0.79
Espacio Periamigdalino	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Espacio Sublingual	2	2.13	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.79
Espacio Palatino	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	4.55	2	0.79
Espacio Parotídeo	0	0.00	2	3.85	3	4.84	3	6.82	8	3.17
Espacio Periamigdalino	0	0.00	3	5.77	2	3.23	1	2.27	6	2.38
Espacio Prevertebral	0	0.00	0	0.00	2	3.23	0	0.00	2	0.79
Espacio Sublingual	0	0.00	1	1.92	2	3.23	2	4.55	5	1.98
Espacio Submandibular	38	40.43	14	26.92	17	27.42	10	22.73	79	31.35
Espacio Submental	13	13.83	1	1.92	3	4.84	4	9.09	21	8.33
Espacio Temporal	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Espacio Vestibular	0	0.00	1	1.92	2	3.23	0	0.00	3	1.19
Total	94	100	52	100	62	100	44	100	252	100

Durante el estudio 2 pacientes presentaron múltiples espacios aponeuróticos afectados diagnosticados como: Angina de Ludwig, con los siguientes espacios involucrados, submandibular, submental y sublingual.

En la tabla 4 observamos la distribución del factor etiológico responsable de cada infección cervicofacial, donde la caries dental encabezó los primeros lugares en cada año respectivamente, 2016 casos 54 (84.38%), 2017 c= 24 (50.00%), 2018 n=30 (55.56%) 2019 n=25 (64.10%), con un total de 133 casos durante el periodo de estudio. Mientras que los órganos dentarios retenido (terceros molares) tuvieron las siguientes prevalencias: 2016 casos= 6 (9.38%), 2017 n=12 (25.00%), 2018 n=16 (29.63%). 2019 n=5 (12.82%), fracturas ocupó el tercer lugar como factor etiológico de infecciones faciales con un total de n=6 (2.93%). Se identificó solo un factor etiológico en cada infección presentada.

Tabla 4. Factores etiológicos de las infecciones cervicofaciales presentadas por año.

	2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Absceso	0	0.00	9	18.75	5	9.26	3	7.69	17	8.29
Caries	54	84.38	24	50.00	30	55.56	25	64.10	133	64.88
Fractura	1	1.56	2	4.17	2	3.70	1	2.56	6	2.93
Órgano dentario retenido	6	9.38	12	25.00	16	29.63	5	12.82	39	19.02
Otros	3	4.69	1	2.08	1	1.85	5	12.82	10	4.88
Total	64	100	48	100	54	100	39	100	205	100

CAPÍTULO 6

6.DISCUSIÓN

El diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cervicofaciales graves representan un problema difícil para el cirujano oral y maxilofacial. Estas infecciones siguen siendo un problema de salud importante, con riesgos significativos de morbilidad y mortalidad, si las situaciones que probablemente desarrollen una afección potencialmente mortal no se reconocen a su debido tiempo. Debido al amplio margen de factor causante no todas estas afecciones suelen recibir la atención inicial por el servicio correspondiente, dando como resultado un retraso en la atención o llevando a complicaciones que pudieron ser previstas de conocer el factor causante y ser atendido a la brevedad por el facultativo correspondiente. La angina de Ludwig fue la complicación de mayor gravedad reportada en nuestro estudio, a diferencia de fascitis cervical necrotizante reportado por *Emilia I y Serban (2004)* como la complicación principal por terceros molares impactados. [1] Los factores etiológicos principales fueron caries dental, órgano dentario retenido (terceros molares), representan el segundo lugar, abscesos dérmicos e infecciones tonsilares, *R.V. Kishore et al (2012)* [20], reportan la caries dental como el factor número uno de las infecciones cervicofaciales, por otro lado, *C. McDonald & British (2017)* [3], quienes reportaron en su estudio de manejo de infecciones cervicofaciales, los órganos dentarios retenidos (terceros molares), los cuales se presentaron con mayor prevalencia seguidas de infecciones de vía aérea alta y abscesos faciales, sin reportar ningún solo caso de

caries dental. En el presente estudio, la mayoría de los pacientes pertenecían al grupo de edad de 15 a 39 años. A diferencia de lo reportado por *Gaurav Kata et al (2015)* [7], quienes reportan prevalencia de afección entre los 30 y 50 años. Los hombres representaron el 60% de la muestra y las mujeres el 40% lo cual es similar a lo observado por *Gaurav Kata et al (2015)* [7], donde el género masculino presenta un 55.26% de la muestra y el femenino un 44.74%, mostrando una diferencia menor para el género masculino de 4.74% y una frecuencia mayor del género femenino con respecto a este estudio. El espacio bucal fue el más afectado (33.73%), difiere de lo reportado por *S. Kinzer et al (2009)* [8], quienes reportaron una diseminación a espacios peri mandibulares y final propagación al mediastino, dando como resultado mediastinitis la cual no se vio presentada en ninguno de los pacientes estudiados.

CAPÍTULO 7

7. CONCLUSIÓN

Las infecciones cervicofaciales sin importar el factor causante continúan siendo en la actual modernidad un problema visible, la prevención es el pilar de estas complicaciones, basados en nuestro estudio concluimos que estos padecimientos tienen un origen que puede ser tratado por los centros de atención primaria evitando así los casos de gravedad presentados en nuestro centro Hospitalario.

La derivación oportuna al facultativo correspondiente puede significar la diferencia entre un procedimiento conservador o uno quirúrgico, por lo cual reiteramos que es de suma importancia la atención a nivel primario previniendo así la formación de abscesos desde sus fases iniciales y evitando la diseminación a espacios faciales profundos y/o complicaciones que puedan llegar al deceso por dicho padecimiento.

Siendo este un problema de gran magnitud y ya que su prevención consiste principalmente en la educación de nuestra población debemos prestar atención a fortalecer o impartir el conocimiento sobre como prever este tipo de padecimiento evitando de esta forma futuras complicaciones. Concluyendo que los casos de particular gravedad presentados pueden ser tratados desde el campo de la prevención.

CAPÍTULO 8

8. BIBLIOGRAFÍA

[1] Emilia Ianes, Serban Rosu, Early recognition of life-threatening cervicofacial infections of dental origin; OHDMBSC - Vol. III - No. 3 - 2247-2452-3-192 September 2004.

[2] Byers J, Lowe T, Goodall CA. Acute cervico-facial infection in Scotland 2010: patterns of presentation, patient demographics and recording of systemic involvement. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50:626–30.

[3] McDonald C, et al. Management of cervicofacial infections: a survey of current practice in maxillofacial units in the UK. *Br J Oral Maxillofac Surg* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.09.002>

[4] Davis WH, Davis CL, Delo R et al: Surgical management of soft tissue problems. In Fonseca RJ, Davis WH, editors: *Recon structive preprosthetic oral and maxillofacial surgery*, Philadelphia, 1986, WB Saunders, pp 69-116

[5] Weiser R: Ein Jahr chirurgisch-zahnärztliche tatigkeit im kiererspital, *Z Stomatol XVI*:133, 1918.

[6] Kilner TP, Jackson T: Skin grafting in the buccal cavity, *Br J Surg* 9:148, 1921.

[7] Kataria G, et al. Deep Neck Space Infections:A Study of 76 Cases. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, Vol.27 (4), Serial No.81, Jul 2015.

[8] S. Kinzer et al Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment, *Acta Oto-Laryngologica*, 2009; 129: 62-70. DOI: 10.1080/00016480802008181

[9] Vieira et al Deep Neck Infection *Otolaryngol Clin N Am* 41 (2008) 459–483. doi:10.1016/j.otc.2008.01.002

[10] Sichel J, Attal P, Hocwald E, et al. Redefining parapharyngeal space infections. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006;115(2):117–23.

- [11] WeedHG,ForestLA.Deepneckinfection.In:CummingsCW,FlintPW,HarkerLA,etal, editors. Otolaryngology: head and neck surgery, vol. 3. 4th edition. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.
- [12] Har-El G, Aroesty J, Shaha A, et al. Changing trends in deep neck abscess: a retrospective study of 110 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994.
- [13]Larawin V, Naipao J, Dubey S. Head and neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006.
- [14] Iizuka, T., Lindqvist, C., Hallikainen, D., & Paukku, P. (1991). Infection after rigid internal fixation of mandibular fractures: A clinical and radiologic study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 49(6), 585–593. doi:10.1016/0278-2391(91)90340-r
- [15] McCann et al. Atypical Form of Cervicofacial Actinomycosis Involving the Skull Base and Temporal Bone. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, (2018) 000348941880854. doi:10.1177/0003489418808541.
- [16] Ozdinc Serife, Unlu Ebru, Oruc Oya, User Nese Nur, Karakaya Zeynep, An unusual infection of cervicofacial area caused by dental pathology: flesh-eating syndrome, *American Journal of Emergency Medicine* (2015). doi: 10.1016/j.ajem.2015.07.03
- [17] Shraddha Jain, Prakash S Nagpure. Minor trauma triggering cervicofacial necrotizing fasciitis from odontogenic abscess. *J Emerg Trauma Shock*. 2008 Jul-Dec; 1(2): 114–118. doi: 10.4103/0974-2700.43197.
- [18] Mansour, A. M., Kheir-Jurdi, W., Hadi, U. E., & Awar, G. (2017). Odontogenic abscess mimicking acute dacryocystitis. *BMJ Case Reports*, bcr–2016–218560. doi:10.1136/bcr-2016-218560.
- [19] Esplin N, Stelzer J W, All S, et al. (October 04, 2017) A Case of Streptococcus anginosus Brain Abscess Caused by Contiguous Spread from Sinusitis in an Immunocompetent Patient . *Cureus* 9(10): e1745. DOI 10.7759/cureus.1745
- [20] R. V. Kishore Kumar, Sathya Kumar Devireddy, Raja Sekhar Gali, Nemaly Chaithanyaa, Chitra Chakravarthy, C. Kumarvelu Cutaneous Sinuses of Cervicofacial Region: A Clinical Study of 200 Cases. *Journal of Maxillofacial Oral Surgery*. 2012.

