



Caracterización de la celulitis facial en pacientes atendidos en el hospital “Celia Sánchez Manduley”

Characterization of facial cellulitis in patients treated at the “Celia Sánchez Manduley” Hospital

Elizabeth Vázquez-Blanco^{1,2}, Rodney Alberto Domínguez-Moralobo^{1,2}, Ismara Zamora-León², Esperanza Valerino-Guzmán^{2,3}

¹Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”. Manzanillo. ²Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. ³Clínica Estomatológica Municipal “Manuel Sánchez Silveira”. Manzanillo, Granma. Cuba.

Recibido: 20 de diciembre de 2021

Aprobado: 4 de febrero de 2022

RESUMEN

Fundamento: la celulitis facial es una de las infecciones más frecuente y la urgencia más grave que puede presentarse en la práctica estomatológica. El aumento en su incidencia puede estar relacionado al envejecimiento de la población y otros factores.

Objetivo: describir la celulitis facial en pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”, de Manzanillo, Granma, entre septiembre de 2020 y agosto de 2021.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 123 pacientes de 15 años y más, en el hospital y periodo de tiempo declarados en el objetivo. Se estudiaron las variables: grupos de edades, sexo, tipo de celulitis, clasificación clínica, ingresados, estadía hospitalaria y conducta terapéutica.

Resultados: la distribución de pacientes no tuvo diferencias significativas entre los de 20 años o más, aunque el grupo de 40 a 49 años (22,8 %) y el sexo masculino (53,7 %) fueron los más frecuentes. El 56,9 % presentaron celulitis facial no odontogénica y el 55,1 % tuvo una clasificación clínica moderada. Fueron mayoría los pacientes no ingresados (58,5%). Los pacientes ingresados tuvieron una estadía hospitalaria promedio de siete días y más (49,1 %). Se observó predominio del tratamiento conservador, el total de los pacientes recibieron tratamiento medicamentoso, seguido por el uso de la Medicina Natural Tradicional (87,8 %) y la termoterapia (78,1 %). En el tratamiento quirúrgico se empleó más la incisión y drenaje.

Conclusiones: se describieron las características clínicas de pacientes atendidos con celulitis facial.

Palabras clave: CELULITIS FACIAL; INFECCIÓN BACTERIANA; CARA; ODONTOLOGÍA.

Descriptor: ODONTOLOGÍA; INFLAMACIÓN; CELULITIS; CARA.

ABSTRACT

Background: facial cellulitis is one of the most frequent infections and the most serious emergency that can occur in dental practice. The increase in its incidence may be related to the aging of the population and other factors.

Objective: to describe facial cellulitis in patients treated at the department of maxillofacial surgery of the “Celia Sánchez Manduley” Clinical Surgical Teaching Hospital of Manzanillo, Granma, from September 2020 through August 2021.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out with 123 patients aged 15 years and over, at the aforementioned hospital and during the period herein declared. The following variables were studied: age groups, sex, type of cellulitis, clinical classification, admissions, hospital stay and therapeutic strategy.

Results: the distribution of patients did not have significant differences between those aged 20 years or older; although the 40 to 49 age group (22,8 %) and the male sex (53,7 %) were the most frequent ones. 56,9 % presented non-odontogenic facial cellulitis and 55,1 % had a moderate clinical classification. The majority were non-admitted patients (58,5 %). The admitted patients had an average hospital stay of seven days and more (49,1 %). Predominance of conservative treatment was observed; all patients received drug treatment, followed by the use of Natural and Traditional Medicine (87,8 %) and thermotherapy (78,1 %). In surgical treatment, incision and drainage were mostly used.

Conclusions: the clinical characteristics of patients treated with facial cellulitis were described.

Keywords: FACIAL CELLULITE; BACTERIAL INFECTION; FACE; ODONTOLOGY.

Descriptors: DENTISTRY; INFLAMMATION; CELLULITE; FACE.



Citar como: Vázquez-Blanco E, Domínguez-Moralobo RA, Zamora-León I, Valerino-Guzmán E. Caracterización de la celulitis facial en pacientes atendidos en el hospital “Celia Sánchez Manduley”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2022; 47(1): e2993. Disponible en: <http://revzoiломarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2993>.



INTRODUCCIÓN

La celulitis es una inflamación aguda, dolorosa y difusa de los tejidos blandos, que ocurren como resultado de la entrada de bacterias a través de una barrera cutánea alterada, esto constituye un conjunto de cuadros clínicos de distinta expresividad y gravedad que afectan la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos. ⁽¹⁻³⁾

La celulitis facial 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, por causa de la infección de uno o varios dientes o de patología asociada al tejido dentario o de sostén. ^(4,5) Sus principales causas pueden ser: las infecciones por caries o periodontitis crónica, las lesiones traumáticas externa u oclusales, con inflamación o necrosis pulpar, la instrumentación endodóntica contaminada, así como la presencia de infecciones por granuloma o quiste periapical y dientes retenidos. ^(6,7)

Mientras que la celulitis facial no odontógena es la inflamación aguda, tanto de la dermis y del tejido celular subcutáneo que ocurren, como resultado de la entrada de bacterias en dichas zonas, frecuentemente debido a una lesión en la piel, ⁽⁸⁾ su génesis no se relaciona con el tejido dentario. El origen puede ser forúnculos, quistes sebáceos abscedados, traumatismos penetrantes, picadura de insectos, mordeduras de animales, heridas faciales infectadas, entre otras causas. ^(9,10)

Los signos y síntomas de las infecciones en la región cervicofacial varían de acuerdo con la gravedad de la infección y con el sitio involucrado, que pueden ser locales y hasta sistémicos. Por lo general, la región facial comprometida se caracteriza por ser piel eritematosa, tensa, hipertérmica, fluctuante y dolorosa a la palpación; presenta ocasionalmente trismus mandibular y disnea, si los espacios masticadores están involucrados. El estado general suele estar comprometido con fiebre (37,5 °C a 41 °C), apatía, debilidad, malestar, astenia, anorexia, cefalea, taquicardia, somnolencia, linfadenopatías regionales dolorosas, sudoración y leucocitosis. El compromiso neural origina dolor en el nervio sensitivo afectado y parálisis de los nervios motores. ^(4,6,11)

El diagnóstico de esta condición patológica se basa en las manifestaciones clínicas y se realiza por medio de la anamnesis, el examen físico y los complementarios. ⁽⁶⁾ El tratamiento es médico-quirúrgico, basado en una combinación de modalidades terapéuticas, una eficiente antibioticoterapia, un tratamiento quirúrgico

interceptivo y una adecuada fisioterapia. ⁽¹²⁾ En dependencia de los criterios clínicos, el tratamiento se puede realizar ambulatorio u hospitalario.

El aumento en la presentación de la celulitis puede estar relacionado al envejecimiento de la población, el mayor número de comorbilidades, los estados de inmunosupresión y el uso indiscriminado de antibióticos. ⁽³⁾ La celulitis facial es una de las infecciones más frecuentes y la urgencia más grave que puede presentarse en la práctica estomatológica. ⁽⁴⁾ Esto motivó a los autores a realizar un estudio, con el objetivo de describir la celulitis facial en pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", en Manzanillo, Granma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de celulitis facial (odontógena o no), atendidos en la consulta de urgencias de cirugía maxilofacial, en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", del municipio Manzanillo, provincia Granma, entre septiembre de 2020 hasta agosto de 2021. Se excluyeron los pacientes menores de 15 años y los que no desearon participar en el estudio, quedando una muestra de 123 pacientes.

Las variables estudiadas fueron: grupos de edades, sexo, tipo de celulitis, clasificación clínica (leve, moderada y grave), ingresados, la estadía hospitalaria y la conducta terapéutica.

Los datos fueron recogidos en el modelo estadístico de registros de casos, atendidos en cuerpo de guardia y por las historias clínicas de los pacientes ingresados. El procesamiento de la información se realizó a través del método estadístico simple, se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y porciento.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación y Consejo Científico del hospital. Se cumplieron las exigencias éticas de la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En la **tabla 1** se evidencia que el grupo de edades de 40 a 49 años aportó mayor número de pacientes a la muestra (22,8 %), seguido de los de 50-59 años (21,9 %), pero la distribución no tuvo diferencias significativas en pacientes de 20 años o más. Se detectó mayor presencia del sexo masculino, con un 53,7 %.

TABLA 1. Distribución de los pacientes con celulitis facial según grupo de edades y sexo

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	4	6,1	1	1,8	5	4,0
20-29	15	22,7	7	12,3	22	17,9
30-39	12	18,2	9	15,8	21	17,1
40-49	17	25,8	11	19,3	28	22,8
50-59	8	12,1	19	33,3	27	21,9
60 y más	10	15,2	10	17,5	20	16,3
Total	66	53,7	57	46,3	123	100

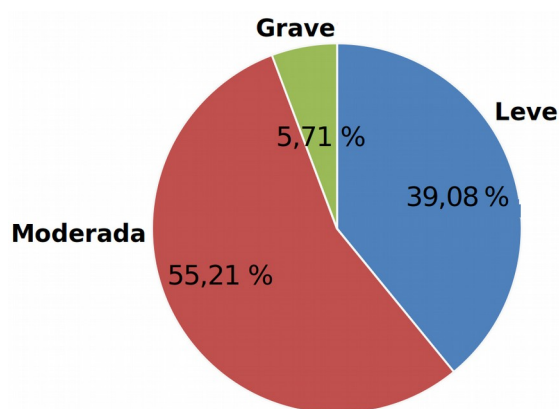
Los resultados en la **tabla 2** muestran que fue más frecuente la celulitis facial no odontogena (56,9 %).

TABLA 2. Distribución de los pacientes según el tipo celulitis facial

Tipo de celulitis	Cantidad	
	Nº	%
No odontogena	70	56,9
Odontogena	53	43,1
Total	123	100

En el **gráfico 1** se puede observar el predominio de la celulitis facial moderada, como clasificación clínica, con 55,21 %, seguido la leve con 39,08 %.

GRÁFICO 1. Distribución de pacientes según clasificación clínica de la celulitis facial



Según la **tabla 3**, fueron más los pacientes que no fueron ingresados (58,5 %). En estos pacientes ingresados predominó la estadía hospitalaria de siete días y más con 49,1 %.

TABLA 3. Distribución de pacientes según ingreso y estadía hospitalaria

Ingresos	Cantidad	
	Nº	%
No ingresados	72	58,5
Ingresados	51	41,5
Total	123	100
Estadía hospitalaria		
1-3	12	23,5
4-6	14	27,3
7- más	25	49,1
Total	51	100

La **tabla 4** muestra la conducta terapéutica realizada a los pacientes. Predominó el tratamiento conservador, el total de pacientes recibieron tratamiento medicamentoso, seguido por el uso de la Medicina Natural Tradicional (87,8 %) y la termoterapia (78,1 %). En el tratamiento quirúrgico fue ligeramente más frecuente la incisión y drenaje con 33,3 %.

TABLA 4. Conducta terapéutica seguida en los pacientes con celulitis facial (n=123)

Tratamiento	Cantidad	
	Nº	%
Conservador		
Tratamiento medicamentoso	123	100
Medicina Natural Tradicional (MNT)	108	87,8
Termoterapia	96	78,1
Mecanoterapia	27	21,9
Quirúrgico		
Incisión y drenaje	41	33,3
Exodoncia	38	30,9

DISCUSIÓN

La celulitis es un proceso agudo inflamatorio de origen infeccioso, que afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo.⁽¹³⁾ En el presente estudio se observó que el sexo masculino tuvo mayor incidencia, esto coincide con los estudios de Batista⁽⁵⁾ y Cuadrado,⁽⁶⁾ que muestran como criterio la supremacía del grupo masculino, dada por estar más expuestos a traumas por accidentes, riñas, con menor preocupación por la higiene, dieta, salud bucal y estética facial. Aunque no coinciden con el artículo de Santana,⁽¹²⁾ donde el sexo femenino fue el más frecuente.

Según el grupo de edades, fueron más los de 40-49 años, coincidiendo con los resultados de Batista⁽⁵⁾ y Santana,⁽¹²⁾ autores que manifiestan esto se debe al envejecimiento de los tejidos, haciéndolos más susceptibles a las infecciones. Pero no se corresponde con los resultados de Cuadrado,⁽⁶⁾ que expone las edades de 0-19 años, lactantes, niños y jóvenes, como los más afectados, y que la enfermedad disminuye gradualmente a medida que avanza la edad.

La celulitis facial no odontógena se presentó mayormente, esto no coincide con algunos autores,^(5,6,12) estos opinan que la colonización e infección bacteriana de la región periapical pueden obedecer a varias causas, aunque en este ámbito la propagación de la infección por vía pulpar, que tiene como origen primario una caries, es la más importante.

Con respecto a la celulitis facial no odontógena, la infección de piel y tejidos blandos constituye una de las principales causas de consulta a nivel mundial. Los microorganismos de estas infecciones provienen principalmente del ambiente, de la microbiota corporal y de las mucosas. La gran mayoría son causadas por *S. aureus*, que es el agente etiológico más frecuente; *Streptococcus pyogenes*, es posible que estén en menor proporción estreptococos del grupo B, C y G. Otros agentes importantes, aunque considerablemente menos frecuentes, son *Enterococcus*, *Bacillus anthracis*, bacilos gramnegativos, como enterobacterias y *Pseudomonas aeruginosa*; anaerobios, como *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* y *Clostridium*.^(3, 10) En la región facial, por su localización con respecto a otras regiones del cuerpo, es más frecuente, al estar propensa a traumatismos, heridas, forúnculos y abscesos.⁽⁸⁾

En ciertas circunstancias esta infección, que ataca los tejidos, puede permanecer limitada, siempre y cuando los componentes de resistencia del huésped en esa región sean capaces de cercar la infección y frenar la diseminación, creando una barrera fisiológica alrededor de la infección. Por otro lado, si dicha infección de tejidos a causa de los gérmenes son considerablemente virulentos, o bien el no empleo de antibióticos apropiadamente, contribuirá a que la infección progrese hacia los tejidos contiguos e incluso hacia zonas lejanas del lugar de origen de la misma, por lo que es de considerar que

si esta condición perdura y, por otro lado, la respuesta fisiológica no consigue intervenir en el avance de la infección y asociado a esto los agentes terapéuticos manifiestan ser insignificantes, entonces, es probable que se implique la vida del paciente.⁽⁷⁾

En función de los hallazgos clínicos al ingreso, la celulitis se puede clasificar en leve, moderada y grave, lo cual definirá su posterior manejo ambulatorio u hospitalario.⁽¹³⁾ En la investigación predominó la moderada, esto coincide con el artículo de Batista,⁽⁵⁾ las características clínicas de la moderada se presenta con afectación del estado general sin comorbilidad o datos complementarios de gravedad,⁽¹⁰⁾ con fiebre, signos vitales afectados, inflamación en una o más regiones anatómicas de la cara de consistencia suave o pastosa, dolor de variable intensidad y representación de variación funcional, dada por trismus de hasta 15 mm de apertura bucal, con presencia de dificultad para la masticación.⁽⁷⁾

La diseminación de las infecciones suele ser directa, a través de los planos anatómicos cervicofaciales o por vía sanguínea, hacia los espacios de la región maxilofacial es muy peligrosa para la vida, por lo que su presencia requiere de la hospitalización urgente de los pacientes.⁽⁴⁾ Esto puede ocasionar complicaciones, tales como: trombosis séptica del seno cavernoso,⁽¹⁴⁾ angina de Ludwig, absceso cerebral, fascitis necrosante cervicofacial, la meningitis, sepsis generalizada, endocarditis bacteriana, trombosis de la vena yugular interna, absceso pulmonar, entre otras.^(4,8,11,15)

Aunque la mayoría de los pacientes no fueron ingresados, en la presente investigación se consideraron los criterios de hospitalización en los pacientes en dependencia de la presentación clínica, descompensación de la patología de base, sitio de la lesión, toma del estado general, alergia a los antimicrobianos, paciente no cooperador o incapaz de seguir el tratamiento ambulatorio (por negligencia familiar y falta de recursos económicos), resistencia de los gérmenes al tratamiento inicial, la situación geográfica del paciente, la disponibilidad de los medicamentos y la accesibilidad de los servicios de salud en su área de salud. Aspectos de reconocida importancia,^(2,3,9,11) por lo que se tuvieron en cuenta.

Los resultados que se obtuvieron en cuanto a la estadía hospitalaria fueron de siete días y más, esto no coincide con los resultados de Cuadrado,⁽⁶⁾ que refiere una estadía de uno a tres días. Aunque Perelló,⁽¹³⁾ expone que la media de estancia hospitalaria de celulitis ingresadas en un hospital es entre 5 a 10 días y Valderrama y colaboradores⁽³⁾ comentan que la mejoría clínica debe ser evidente entre el segundo y tercer días posterior al inicio del antibiótico, pero que si bien la duración de la terapia no ha sido establecida, por lo general varía entre 2 a 6 semanas, dependiendo de la gravedad de la infección y la respuesta clínica que presente el paciente.

Se calcula que de 16 a 34,1 % de los pacientes con celulitis reciben un tratamiento inicial inapropiado, definido como un espectro antimicrobiano inadecuado, o una duración inadecuada del tratamiento; lo que se relaciona con un incremento en la estadía hospitalaria. ⁽³⁾ La duración de la terapia debe ser individualizada, generalmente se recomiendan cinco días en pacientes con celulitis no complicadas y hasta 14 días en infecciones severas o de lenta respuesta al tratamiento. ⁽²⁾

En coordinación con la institución, algunos de los pacientes con celulitis moderada realizaron el tratamiento en sus hogares, esto coincidió con lo propuesto por Valderrama y colaboradores, ⁽³⁾ de una estrategia en el manejo de pacientes en hospitalización domiciliaria, que permite la administración de antibióticos parenterales en el domicilio del paciente.

Con respecto a la conducta terapéutica realizada, se destacan en el tratamiento conservador el medicamentoso, MNT y la termoterapia, esto coincide con los estudios de Cuadrado ⁽⁶⁾ y Boza. ⁽¹⁷⁾ Mientras que en el tratamiento quirúrgico la incisión y drenaje fue lo que predominó.

La administración de los antibióticos básicamente puede ser oral o parenteral, recordando siempre que el tratamiento empírico ⁽¹⁶⁾ debe ser de amplio espectro, dependiente de la epidemiología local y de los microorganismos que se sospechan, debe ofrecerse en el menor tiempo posible, dado que la primera dosis de antibiótico siempre es la más importante. ⁽³⁾ Según los diversos factores que presente el paciente, se puede valorar la elección del antibiótico de acuerdo a la seguridad, eficacia, baja toxicidad, costo aceptable, características farmacocinéticas favorables, la combinación y la sinergia en los mismos, aplicando un segundo o tercer esquema por lo general en el hospital. ^(11,17)

La MNT en Cuba se emplea como un tratamiento convencional, principalmente en la estomatología, por ser de origen natural, económico, asequible y de gran aceptación por los pacientes, esto se corresponde con algunos estudios, ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ que utilizaron la MNT en las afecciones estomatológicas, principalmente la fitoterapia. La manzanilla, el ajo, caléndula, llantén, romerillo, entre otras plantas medicinales, presentan propiedades como: antisépticas, bactericidas, bacteriostáticas, anti-inflamatorias, analgésicas, cicatrizantes, en las que

se reportaron resultados favorables en la celulitis facial. ⁽²⁰⁾

Es preciso reconocer la pertinencia del tratamiento local con fomentos, según la etapa del proceso inflamatorio que atraviese la lesión, como factor complementario principal con la antibioticoterapia. ⁽⁶⁾ Se coincide con lo que plantea Boza, ⁽¹⁷⁾ que la termoterapia en la celulitis facial, mediante los colutorios y los fomentos tibios, tiene efecto antiflogístico, aumenta los mecanismos fisiológicos de defensa, favorece e incrementa la circulación local, aumenta los niveles de antimicrobianos en el plasma, logrando concentraciones mayores que las concentraciones inhibitorias del germen, aumenta los reflejos vasomotores, favorece la velocidad de intercambio entre la sangre y el tejido celular perivascular por dilatación de los capilares, aumenta el metabolismo hístico y favorece la colección de pus y la resolución de la inflamación.

Cuando se impone el tratamiento quirúrgico, este debe permitir la eliminación del foco infeccioso, ya sea mediante la extirpación pulpar, eliminación de tejido necrótico, la exodoncia de los focos dentales, incisión y drenaje. Se realiza lo más pronto posible, con previo inicio de la antibioterapia, también dependerá de la gravedad del proceso infeccioso y el estado sistémico del paciente. ⁽¹¹⁾

En el presente estudio la incisión y drenaje fue lo más frecuente, coincide con lo planteado por Rodríguez y colaboradores, ⁽⁴⁾ esto facilita la eliminación de una serie de sustancias nocivas como pus, toxinas bacterianas y fragmentos tisulares necrosados, que deben ser eliminadas por el organismo. Permite la remisión de los síntomas como el dolor y la impotencia funcional, también evitan más horas de sufrimiento innecesario en los pacientes, además de eliminar el riesgo de que la infección progrese hacia espacios anatómicos o aponeuróticos más importantes.

Se debe enfatizar que la celulitis facial, aunque en ocasiones se presenta de manera leve, es importante tener el conocimiento acerca de sus características clínicas y las complicaciones locales, regionales y sistémicas, que pueden traer consigo en caso de no presentar un tratamiento correcto y a tiempo. Esto puede poner en peligro la vida del paciente y constituye una verdadera urgencia maxilofacial, por lo cual es preciso un diagnóstico efectivo y temprano.


REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Palomino Peña JL. Prevalencia de celulitis en el servicio de Pediatría del Hospital María Auxiliadora desde el año 2009- año 2014. [tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 7 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/574>.
2. Ortiz Lazo E, Arriagada Egnen C, Poehls C, Concha Rogaz M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr.* [revista en internet]. 2019 [citado 7 de agosto 2021]; 110(2): 124-130. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731018304253>.


3. Valderrama Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely Andrade L, Osorio Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos en Colombia. Infectio. [revista en internet]. 2019 [citado 7 de diciembre 2021]; 23(4): 318-346. Disponible en: <https://doi.org/10.22354/in.v23i4.805>.
4. Rodríguez-Álvarez OR, Villegas-Maestre JD. Manejo quirúrgico de celulitis facial odontogena grave posterior a una extracción dental en una paciente gestante. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2021 [citado 7 de diciembre 2021]; 46(2). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2652>.
5. Batista Sánchez T, Martínez Chacón MM, Rojas Escobar RM, Tamayo Ávila JO, Méndez de Varona YB. Celulitis facial odontogena en pacientes del Hospital Lenin de Holguín. CCM [revista en internet]. 2017 [citado 7 de diciembre 2021]; 21(2): 501-510. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2594>.
6. Cuadrado Mengana J, Riverón Castillo L, Ruiz Salazar R, Castillo Plasencia L. Características de la celulitis facial odontogena. Isla de la Juventud. 2012-2014. Revista 16 de abril [revista en internet]. 2015 [citado 7 de diciembre 2021]; 54(259): 27-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15259d.pdf>.
7. López Rodríguez JM. Conocimiento sobre el manejo farmacológico de pacientes con celulitis en odontólogos. [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019 [citado 7 de diciembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/redug/40406/1/LOPEZjulienne.pdf>.
8. Contreras Gil FM. Prevalencia de celulitis en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Huacho 2017-2018 [tesis]. Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2019 [citado 7 de diciembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unjpsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2471/CONTRERAS%20GIL%20FRESSY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Conde García C, Patiño Ortega HD. Protocolo de infecciones bacterianas agudas de la piel y partes blandas [en línea] San Juan, Ciudad Real: SESCOAM; 2016. 2016 [citado 7 de diciembre 2021]. Disponible en: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/04/PROTOCOLO-INFECCIONES-TEJIDOS-BLANDOS.pdf>.
10. Santillán A. Protocolo de manejo de pacientes con infección de partes blandas. Hospital General Docente de Calderón. [en línea]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2019 [citado 7 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.hgdc.gob.ec/images/Gestiondecalidad/Procedimientos/2019/HGDC-PROT-MIPB%20PROTOCOLO%20DE%20MANEJO%20DE%20PACIENTES%20CON%20INFECCION%20DE%20PARTES%20BLANDAS.pdf>.
11. López Fernández RM, Téllez Rodríguez J, Rodríguez Ramírez AF. Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas. Acta Pediatr. Mex. [revista en internet]. 2016 [citado 7 de diciembre 2021]; 37(5): 302-305. Disponible en: <https://doi.org/10.18233/APM37No5pp302-305>.
12. Santana Fernandez KA, Rey Ferrales Y, Morgado Quintero N, Silva Colomé ME, Rodríguez Ricardo E. Caracterización de la celulitis facial odontogena en el servicio de urgencia estomatológica. Rev. Arch. Med. Camagüey [revista en internet]. 2014 [citado 7 de diciembre 2021]; 18(5): 486-497. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2014/amc145e.pdf>.
13. Perelló-Alzamora MR, Santos-Durán JC, Fernández-López E. Celulitis moderada-grave que requiere ingreso hospitalario. Criterios de ingreso y Antibioticoterapia empírica. Med Cutan Iber Lat Am. [revista en internet]. 2014 [citado 7 de diciembre 2021]; 42(1-3): 12-17. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2014/mc141_3b.pdf.
14. Méndez Ramírez E, Chacón Arce PP. Trombosis séptica de senos cavernosos secundaria a celulitis facial. Rev. ciencia y salud. [revista en internet]. 2020 [citado 3 de diciembre 2021]; 4(6): 94-97. Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i6.228>.
15. Ranz Colio Á, Baranda Manterola E Pastor Garrido Á, Bueno de Vicente Á, Almeida Parra F, Acero Sanz J. Infecciones cervicofaciales graves. Nuestra experiencia en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. [revista en internet]. 2019 [citado 3 de diciembre 2021]; 41(4): 172-177. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/recom.2019.1068/2019>.
16. Esparza Loredó S, Aranda Romo M, Noyola Frías M, Sánchez Vargas L. Principios fundamentales para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana [revista en internet]. 2020 [citado 3 de diciembre 2021]; 24(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2020.24.1.77547>.
17. Boza Mejías Y, Mora Pérez C, Romero Rodríguez JI, Sosa Suárez S, Payo Monzón M, Díaz Duménico A. Celulitis facial odontogénica. Medisur [revista en internet]. 2012 [citado 3 de diciembre 2021]; 10(5): 380-385. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2262>.


18. Suárez-González MC, Navarro-Nápoles J, Gutiérrez-Olives Y, Núñez-Oduardo EA, Nápoles-Rodríguez NC. Atención a pacientes con urgencias estomatológicas durante la etapa epidémica de la pandemia por COVID-19. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2021 [citado 3 de diciembre 2021]; 46(3). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2705>.
19. Peña-Vega AE, Barreda-Pérez LY, Vega-Rodríguez E, Piedra-Arias TM, Fernández-Torres FE. Proceso de atención estomatológica en el policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Las Tunas, durante la COVID-19. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2020 [citado 3 de diciembre 2021]; 45(5). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2428>.
20. Rodríguez Cuellar Y, González Cardona Y, Camaño Carballo L, García Rodríguez B. Utilización de la fitoterapia por los estomatólogos. Clínica Estomatológica “Juan Manuel Márquez”, municipio Playa, La Habana. Revista Dilemas Contemporáneos [revista en internet]. 2019 [citado 3 de diciembre 2021]; 91(Supl): 1-15. Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1475>.

Contribución de los autores

Elizabeth Vázquez-Blanco |  <https://orcid.org/0000-0002-1332-3808>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; curación de datos; validación; análisis formal; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Rodney Alberto Domínguez-Moralobo |  <https://orcid.org/0000-0001-7080-845X>. Participó en: investigación; curación de datos; validación; análisis formal; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Ismara Zamora-León |  <https://orcid.org/0000-0001-9372-3467>. Participó en: redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Esperanza Valerino-Guzmán |  <https://orcid.org/0000-0002-2292-3151>. Participó en: análisis formal; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.