

**PREVALENCIA DE CELULITIS FACIAL DE PUNTO DE PARTIDA ODONTOLÓGICO. DE ACUERDO CON EL GRUPO ETARIO, SEXO Y ESTATUS SOCIOECONOMICO, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, EN EL HOSPITAL “JOEL VALENCIA PARPARCEN”. 1997-2000**

**María G. Flores<sup>1</sup>, María del V. Guerrero<sup>2</sup>, Perla R. Salinas<sup>3</sup>, Maury González<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup>Escuela “Luis Razetti”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas. <sup>2</sup>Escuela “José María Vargas”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas. <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. <sup>4</sup>Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.

***Resumen***

Se observó, de manera preocupante, el aumento progresivo de los casos de celulitis facial de punto de partida odontológico evaluados en el servicio de emergencia del Hospital “Joel Valencia Parparcén”. En este trabajo se determinó la prevalencia de celulitis facial de punto de partida odontológico, de acuerdo con el grupo etario, sexo y estatus socioeconómico en los pacientes pediátricos en este hospital, durante el período 1997 a 2000. Se estudió un total de 74 pacientes. El sexo masculino fue predominante (59.46 %). El grupo etario de mayor presentación fue el de preescolares (2-6 años) con un 56.76 %. Se estudió el estatus socioeconómico por el método Graffar (modificado por Méndez-Castellano), ubicándose 42 pacientes (56.76 %) en estrato V. Se interrogó sobre la asistencia a la consulta preventiva obteniendo un 70.27 %} negativo (No asistieron).

Palabras claves: Celulitis facial odontogénica, consulta odontológica preventiva

***Abstract***

**Prevalence of odontogenic facial cellulitis according to age, sex and socioeconomic group, in pediatric patients, in the “Joel Valencia Parpacén”, Hospital, Petare, Venezuela, 1997-2000.**

The progressive increment of cases of odontogenic facial cellulitis was evaluated in the Emergency Service of the “Joel Valencia parpacén”, Petare, Venezuela. The odontogenic facial cellulitis was determined according to age, sex, and socioeconomic status in pediatric patients during the years 1997 through 2000. We studied 74 patients. The males were predominant (59.46 %). The most frequent age was that of pre-school children (2 to 6 years), 56.76 %. The socioeconomic status, evaluated after the Graffar scale (modified by Méndez-Castellano), showed 42 patients (56.76 %) in status V. Most of the patients (70.27 %) did not attend the preventive dentist consult.

Key words: Odontogenic facial cellulitis, preventive dentist consult,

## INTRODUCCIÓN.

Las infecciones de la cabeza y el cuello son muy comunes en los niños. La celulitis facial de punto de partida odontológico se define como una inflamación difusa de los tejidos blandos de la cara, que se extiende por los espacios a través de los tejidos a más de una región anatómica o espacio aponeurótico. Bagamaspad (1998) describe la celulitis como una infección aguda y dolorosa, cuya inflamación es difusa. Cuando se palpa la celulitis en fase temprana puede ser de consistencia muy suave o blanda mientras que en etapas avanzadas adquiere una consistencia dura. La inflamación puede ser circunscrita o difusa, sus límites anatómicos no se definen con nitidez, no hay distensión de los tejidos y no existe supuración, la diseminación se realiza por vía linfática, venosa o hemática, parúlica o por continuidad. Los agentes de mayor frecuencia son estafilococos dorados y blancos, seguidos por estreptococos, neumococos, neisserias, actinobacterias, bacilos fusiformes, leptotrix, vibriones y espiroquetas (Donado 1990). Puede ser inocua en sus fases tempranas y sumamente peligrosas en su etapa avanzada, extendiéndose rápidamente hacia los tejidos adyacentes. El sitio etiológico primario y organismos responsables para la infección puede provenir de piel, piezas odontológicas, glándulas salivales, senos y conducto auditivo (Strachan y Williams 1998). De acuerdo con un estudio retrospectivo realizado en el Department of Pediatric Dentistry, University of Tennessee, Memphis, Estados Unidos (Rodríguez 1997), se determinó que las infecciones odontógenas constituyen la principal causa de celulitis en la cara. A su vez, en un estudio realizado en 100 pacientes del Hospital de Niños de Pittsburg, Estados Unidos, la celulitis facial de punto de partida odontológico comprendió el 50% de las infecciones faciales (1997). Según un estudio exploratorio y prospectivo en el Servicio de Emergencia de Cirugía Maxilo Facial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Saturnino Lora" en Cuba (1989), de un total de 4360 pacientes, 226 se diagnosticaron con celulitis facial de punto de partida odontológico representando el 5.18 %, lo que ocupó el cuarto lugar de las entidades que acudieron como urgencia (Díaz-1993). Díaz (1997), en Cuba, estudió 2190 niños atendidos en servicio de emergencia, las afecciones que predominaron fueron las traumáticas y las infecciosas, y dentro de esta última la celulitis facial odontógena con un 18.31 %. Existen diferencias en la literatura referidas a la mayor frecuencia de celulitis facial de punto de partida odontológico con respecto al sexo; así, según Felipe (1982), en Cuba, de 20 pacientes estudiados

con diagnóstico de celulitis facial de punto de partida odontológico, los de mayor frecuencia pertenecían al sexo femenino, coincidiendo dichos resultados con lo propuesto por Rodríguez Aparicio et al. (1999) en Cuba, estudiando un total de 40 pacientes con dicha patología, donde el sexo femenino correspondió al 57.5% y el sexo masculino al 42.57%. Por su parte según un estudio realizado en Cuba por Rodríguez Calzadilla (1997), de 141 pacientes estudiados con celulitis facial de origen odontológico, el sexo masculino fue predominante con un 56.37% del total de pacientes. En Estados Unidos, una revisión de 362 pacientes que acudieron a los servicios de emergencia odontológica pediátrica por la presencia de celulitis facial asociada a caries; el 52% presentaban una edad de 3 años, de los cuales el 50% sufría afección del segundo molar, necesitando previamente evaluación en servicios de emergencia médica pediátrica (Sheller et al. 1997). Con respecto a esto, se realizó una investigación en la Provincia de Pinar del Río, Cuba, determinando que de 61 pacientes examinados, 13 (21.3%) estaban afectados por procesos crónicos, existiendo, por tanto, tratamientos fracasados (Guerra y Borrego 1992). Debido a la cantidad de niños atendidos en la emergencia del Hospital "Joel Valencia Parparcén" con celulitis facial de punto de partida odontológico, nos dimos a la tarea de realizar este estudio para profundizar en la morbilidad pediátrica por esta patología. Además de considerar la necesidad de conocer dicha entidad, ya que la diseminación de la infección en el curso de un proceso séptico odontógeno es peligrosa para la vida. Así, las infecciones causadas por estreptococo beta-hemolítico, son de las más serias que pueden ocurrir en pacientes con celulitis facial, siendo de formas severas con evolución tórpida y puede acompañarse de sepsis y muerte del paciente (Bang et al. 1999). Por tal motivo el conocimiento de la casuística, el diagnóstico temprano y el tratamiento intensivo de tales condiciones son imperativos, al igual que la interacción entre el médico y el odontólogo en la historia natural de la enfermedad.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia y la frecuencia de la celulitis facial de punto de partida odontológica, de acuerdo con el grupo etario, sexo y status socioeconómico, y asistencia a consulta preventiva odontopediátrica, en pacientes pediátricos, que acudieron a la Emergencia del Hospital "Joel Valencia Parparcén", en Petare, Estado Miranda, Venezuela, en el periodo 1997-2000.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio clínico, retrospectivo cuyo universo estuvo constituido por 74 pacientes entre

preescolares y escolares, que acudieron al servicio de Emergencia del Hospital "Joel// Valencia Parparcén" entre los años 1997 y 2000. Los datos fueron recogidos de los pacientes con diagnóstico de celulitis facial de punto de partida odontológico del servicio de archivo por medio de las historias clínicas, teniendo como criterios de inclusión: 1) Pacientes con edades comprendidas entre 2 años y 9 años; 2) Pacientes masculinos o femeninos; 3) Pacientes de cualquier estatus socio-económico; 4) Pacientes sin patologías concomitantes. Se consideraron como criterios de exclusión todos los pacientes menores de 2 años y mayores de 9 años y pacientes con antecedentes patológicos. Las variables tomadas de las historias clínicas para la realización del estudio fueron: 1) Grupo etario; 2) Sexo; 3) Nivel socioeconómico (escala de Graffar modificada por H. Méndez-Castellano); 4.- Asistencia a consulta preventiva odontológica.

Utilizamos para analizar el estatus socioeconómico la escala de Graffar modificada por H. Méndez-Castellano. Una vez recolectados, todos los datos fueron procesados mediante el empleo de computadora Pentium II con Office 2000. Los resultados obtenidos fueron procesados a través de tabuladores electrónicos de Microsoft Excel. Se utilizó el porcentaje como medida resumen.

## RESULTADOS.

Del total de 74 pacientes estudiados, predominó el sexo masculino (59.46%), en relación con el femenino (40.54%).

El grupo de mayor prevalencia fue el de preescolares (56.76%) seguidos de escolares (43.24%).

Del total de 74 pacientes estudiados, 52 (70.27%) no acudieron a la consulta odontológica preventiva en relación con 22 (29.73%) que sí acudieron.

La mayoría de los pacientes pertenecía a la escala Graffar V 56.76%, seguidos de Graffar III 36.49%, Graffar IV con 5.41% y 1.35% en Graffar II, no se ubicaron pacientes en Graffar I.

## DISCUSIÓN.

Al analizar los resultados de los datos obtenidos se evidenció que de los 74 pacientes diagnosticados con celulitis facial de punto de partida odontológico, el sexo masculino fue el predominante con un total de 44 pacientes representando el 59.46%, lo cual compartimos con los estudios realizados por Rodríguez Calzadilla (1997), a diferencia de otros estudios propuestos donde el sexo predominante fue el femenino, ya que obtuvimos 30 pacientes de este sexo representando el 40.54%. Las edades de mayor presentación fueron entre 2 y 6 años (56.76%), con

una edad promedio de mayor presentación de 3 años, siendo estos los que tienen programado de forma prioritaria, acciones preventivas odontológicas. Este resultado concuerda con las proposiciones emitidas por Sheller et al. (1997) en donde determinó como edad promedio de presentación de celulitis de punto de partida odontológica los 3 años. Se determinó que de 74 pacientes el 70.27% no acudía a la consulta preventiva odontológica, mientras que el 29.73% sí acudió, lo cual hace imperativo el establecimiento de campañas que fortalezcan la importancia de la asistencia a la consulta preventiva odontológica y del enfoque multidisciplinario médico-odontológico. En nuestra casuística, la mayoría de los niños pertenecía al estatus socio económico V, según la Escala de Graffar modificado por Méndez-Castellano, correspondiendo al 56.76%, seguido de pacientes pertenecientes al estatus III (36.49%). A pesar que existe escasez de literatura que relacione la aparición de celulitis facial de punto de partida odontológico y el estatus socioeconómico, podemos inferir que se encuentra relacionado con el nivel cultural por parte de la madre, lo cual explicaría la mayor aparición de esta patología en la escala V, al igual que a las condiciones sanitarias en las cuales se desenvuelven estos pacientes. Sin embargo, esto no explicaría la aparición de la patología en el status III (36.49%), debido a las características que los describen, pero podemos suponer que esta presentación está relacionada con el detrimento progresivo de las condiciones de vida que ha experimentado nuestro país en los últimos años, al igual que pudiese deberse a descuido materno y a la falta de asistencia a las consultas preventivas odontológicas.

## CONCLUSIONES

1.- De 74 pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de celulitis facial de punto de partida odontológica, el grupo de preescolares fueron los más afectados con 56.76% (42 pacientes), seguidos de los escolares con un 43.24% (32 pacientes).

2.- De 74 pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de celulitis facial de punto de partida odontológica, predominó el sexo masculino con un 59.46% (44 pacientes), seguido del sexo femenino con 40.54% (30 pacientes).

3.- El mayor número de pacientes atendidos pertenecían a la escala de Graffar modificado por Méndez-Castellano.

4.- La mayoría odontológica 70.27% (52 pacientes) de los pacientes en el estudio no asistían a la consulta preventiva.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

Bagamaspad AR. 1998. Management of mandibular fascial space infection of odontogenic origin. *J Philipp Dent Assoc* 50: 28-33.

Díaz JM. 1982. Urgencia pediátrica centralizada en cirugía maxilo-facial. *Rev Cubana Estomatol* 19: 32-34.

Díaz JM, Tamayo J. 1993. Morbilidad de urgencia en cirugía maxilo-facial (Parte 1). *Rev Cubana Estomatol* 30: 90.

Donado RM. 1990. Cirugía bucal y patología y técnica. Madrid.

Felipe F. 1982. Efectos de la extracción dentaria en el curso de la celulitis odontógena. *Rev Cubana Estomatol* 19: 90-97.

Guerra JA, Dorrego AC. 1992. Evaluación de 3 años después de realizados 61 tratamientos pulporradiculares. *Rev Cubana Estomatol* 29: 87.

Rodríguez Aparicio et al. 1999. Incidencia de la celulitis odontógena. *Rev Cubana Estomatol* 36: 22-25.

Rodríguez Calzadilla OL. 1997. Celulitis facial odontógena. *Rev Cubana Estomatol* 34: 15-20.

Sang RL, Gang RK, Sanyal SC et al. 1999. Beta-haemolytic *Streptococcus* infection in burns. *Burns* 25: 242-246.

Sheller S, Williams SJ, Lombardi SM. 1997. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatric Dent* 19: 470-475.

Strachan DD, Williams FA. 1998. Diagnosis and treatment of pediatric maxillofacial infections. *Gen Dent* 46: 180-182.

Unkel JH, McKibben DH, Fenton SJ et al. 1997. Comparison of odontogenic and nonodontogenic facial cellulitis in a pediatric hospital population. *Pediatr Dent* 19:476-479.

## **EL TRABAJO EN REDES EN EL SECTOR SALUD**

**David J. Castillo Trujillo**

**Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela**

El trabajo en redes en el sector salud es un instrumento de planificación estratégica territorial con base en la intervención del proceso salud-enfermedad, potenciando la capacidad resolutoria en atención del individuo, la familia y la comunidad. En la organización por niveles de resolución se presenta como estructura organizativa y funcional que da respuestas regulares e integradas con responsabilidades definidas y articuladas que integran los lineamientos del órgano rector (Ministerio de Salud y Desarrollo Social) y sus direcciones o corporaciones regionales, sin ser servicios ni estructuras físicas. Con la finalidad de dar respuesta a las necesidades reales y sentidas de un espacio definido e integrado, caracterizando sus acciones esencialmente por la regularidad y la capilaridad de sus procesos.

Según la Real Academia la palabra "red" se define como "un conjunto y trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o de un intento". Dabas Elina (1999), expresa que las redes son el resultado de la interacción global del hombre con el mundo al que pertenece, el mundo de la diversidad donde la "integración" sólo puede aspirar a legalizar la legitimidad de las diferencias, reconocerle el territorio de lo polimorfo, de lo multiforme y la diversidad de sentidos. Las redes en salud deben tener responsabilidades con el territorio asignado y trabajar

sobre metas concertadas (diagnóstico de salud, planeación y presupuesto participativo) sobre una plataforma de coordinación capaz de convocar a todos los actores de la sociedad democrática.

La esencia del trabajo en redes es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, para desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de sus miembros. El vínculo así generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre las partes establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer.

Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se trata de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan, el dimensionamiento y su conformación (Dabas 1993).

Para implementar un trabajo en redes en el sector salud se requiere de cambios concretos en sus estructuras, no obstante, creo que los cambios que se han producido o se van a producir, no suceden de un día para otro, sino que se trata de un proceso que tiene varios años, con avances y retrocesos, donde la