



## CARACTERÍSTICAS DE LA CELULITIS FACIAL ODONTÓGENA. ISLA DE LA JUVENTUD. 2012–2014

Joner Cuadrado Mengana<sup>1</sup>, Liannys Riverón Castillo<sup>2</sup>, Dr. Reinier Ruiz Salazar<sup>3</sup>, Dra. Lina Jaqueline Castillo Plasencia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de 4<sup>to</sup> año de Estomatología. Filial de Ciencias Médicas de la Isla de la Juventud. Clínica Estomatológica.

<sup>2</sup>Estudiante de 2<sup>do</sup> año de Medicina. Alumna Ayudante de Cirugía General. Filial de Ciencias Médicas de la Isla de la Juventud. Policlínico Docente "Juan Manuel Páez Inchauzi".

<sup>3</sup>Especialista de I grado en Cirugía Máxilo-Facial. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Héroes del Baire".

<sup>4</sup>Especialista de I grado en Pediatría. Master en Atención Integral al Niño. Intensivista Pediátrica. Profesora Auxiliar. Tutora de la investigación. Hospital General Docente "Héroes del Baire".

Correspondencia: Joner Cuadrado Mengana. Correo electrónico: [jcuadrado.est@infomed.sld.cu](mailto:jcuadrado.est@infomed.sld.cu)

Enviado: 10 de noviembre de 2015

Recibido: 23 de diciembre de 2015

### RESUMEN

**Introducción:** La Celulitis Facial Odontógena (CFO) es un proceso inflamatorio agudo del tejido celular subcutáneo que de forma evolutiva, sin tendencia a la limitación, abarca varios espacios aponeuróticos de la cara. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con CFO ingresados en el Hospital General Docente "Héroes del Baire" en el período 2012-2014. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en un universo de 32 pacientes. **Resultados:** El año 2014 fue el de mayor incidencia con 12 pacientes, que representaron el 37.5% del total. Predominó el sexo masculino con 20 pacientes (62.5%) y prevalecieron los pacientes con edades de 0 hasta 19 (78.13%). Se observó que 23 pacientes recibieron antibioterapia con cefalosporinas de 1ra generación. Se apreció que 19 pacientes (59.37%) tuvieron una estadía hospitalaria de uno a tres días para un costo total de 355 306. 84 CUP. **Conclusiones:** Predominó el sexo masculino así como la procedencia urbana sobre la rural. La mayoría de los enfermos ingresados tuvieron una estadía hospitalaria de uno a tres días, con gastos económicos significativos por días de ingreso acumulados.

**Palabras clave:** infecciones bacterianas; higiene bucal; salud bucal

### ABSTRACT

**Introduction:** Odontogenic Facial Cellulitis (OFC) is an inflammatory sharp process of the subcutaneous cellular tissues that in an evolutionary way, without tendency to the limitation, it embraces several aponeurotic spaces of the face. **Objective:** To characterize the patients with OFC entered in the "Heroes of Baire" Hospital Educational General in the period 2012 -2014. **Material and method:** An observational, descriptive traverse study in an universe of 32 patients was carried out. **Results:** The year 2014 were that of more incidence with 12 patients that represented the 37.5% of the total. The masculine sex prevailed with 20 patients (62.5%) and prevailed the patients with ages of 0 up to 19 (78.13%). It was observed that 23 patients received antibiotic

therapy with cephalosporin of first generation. It was appreciated that 19 patients (59.37%) had a hospital demurrage from one to three days for a total cost of 355 306. 84 CUP. Conclusions: The masculine sex prevailed as well as the urban origin on the rural one. Most of the entered sick persons had a hospital demurrage from one to three days, with economic significant expenses for accumulated days of entrance.

Key words: bacterial infections; oral hygiene; oral health

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las infecciones bucales constituyen una de las enfermedades más frecuentes en la población, debido principalmente a una mala higiene bucodental.<sup>1</sup> La Celulitis Facial Odontógena (CFO) es un proceso inflamatorio agudo del tejido celular subcutáneo, que de forma evolutiva sin tendencia a la limitación, abarca varios espacios aponeuróticos de la cara y que se encuentra condicionado por dos factores: la extraordinaria virulencia del germen que la produce y el estado decadente del hospedero que la padece.<sup>2</sup> Se le brinda especial atención a los factores locales predisponentes entre ellos: la higiene bucal, el absceso dentario ya sea causado por caries dental, periodontopatías, dientes retenidos o trauma dentoalveolar.<sup>3</sup>

Esta infección presenta un rango clínico muy diverso y variable, que ocasiona varias complicaciones como las extensiones pleuropulmonares, intracraneales y retrofaríngeas. Además pueden diseminarse por la vía hematógena causando infecciones de válvulas cardíacas que ponen la vida del hospedero en peligro inminente, por lo cual es preciso un diagnóstico temprano y efectivo.<sup>4</sup>

La Celulitis Facial Odontógena puede originarse por infección de uno o varios dientes o por patología del tejido dentario o de sostén.<sup>5</sup> Entre sus principales causas encontramos las dentarias, que 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. Otras causas menos frecuentes son las peridentarias, como la gingivitis, la estomatitis y la alveolitis; también pueden encontrarse las traumáticas que van desde traumatismos dentoalveolares, traumas de intensidad variable que producen

fisuras o fracturas en el esmalte, hábitos inadecuados, como mordedura de objetos que producen cargas excesivas en el periodonto hasta exodoncias laboriosas o iatrogenias durante la extracción dentaria.

El diagnóstico de esta condición patológica se realiza por medio de la anamnesis, el examen físico y los complementarios.<sup>6</sup> Las manifestaciones clínicas<sup>7</sup> pueden ser locales: dolor continuo y pulsátil en el diente causal o región afectada, borramiento del surco vestibular a nivel del diente causal, edema doloroso y difuso que se extiende a más de una región anatómica o espacio aponeurótico, piel lisa, tensa, brillante, enrojecida e hipertérmica, halitosis y limitación a la apertura bucal o trismo; pueden aparecer también señales sistémicas, que incluyen: taquicardia, temperatura elevada entre 38-40°C, la tensión arterial dentro de límites normales, presencia de polipnea, astenia, anorexia, cefalea, escalofríos, taquicardia, vómitos y diarreas, agitación, insomnio o somnolencia, recuento leucocitario elevado y volumen de sedimentación globular aumentado que alcanza valores de hasta tres cifras, deshidratación, linfadenopatías regionales dolorosas y movibles, y además desequilibrio electrolítico que puede causar la muerte.

Particularmente la Estrategia de la Estomatología Cubana, como parte indisoluble del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados, con recursos humanos y una alta preparación científica, la cual es reconocida internacionalmente y resalta la importancia del desempeño de la prevención como función primordial.<sup>8</sup>

Esta enfermedad constituye un problema de salud en países en vías de desarrollo. Perú es el territorio que más reportes de pacientes tiene que padecieron esta afección en América Latina.<sup>9</sup> En Cuba también es causa de atenciones médicas frecuentes y la provincia de Sancti Spíritus es el área de mayor morbilidad por CFO.<sup>10</sup> El municipio especial Isla de la Juventud muestra estadísticas en las que aparece esta enfermedad como un problema de salud con una morbilidad que se va incrementando por años de forma progresiva.

En este sentido surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles han sido las características de la CFO en la Isla de la Juventud durante los años 2012-2014?

## OBJETIVO

Caracterizar los pacientes ingresados con Celulitis Facial Odontógena en el Hospital General Docente "Héroes del Baire" en el período comprendido entre el 2012 y el 2014.

## DI SEÑO METODOLÓGI CO

**Tipo de estudio:** Se realizó una investigación observacional, descriptiva transversal, en el Hospital General Docente "Héroes del Baire", en el municipio especial Isla de la Juventud, durante el período comprendido entre los años 2012-2014.

**Universo y Muestra de estudio:** El universo está constituido por los 32 pacientes con diagnóstico de CFO ingresados en el Hospital General Docente "Héroes del Baire" en el período en que se enmarca la investigación.

**Criterios de Inclusión:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de CFO en el período comprendido en los años 2012-2014, con historia clínica hospitalaria correspondiente al Hospital General Docente "Héroes del Baire" y pertenecientes al municipio especial Isla de la Juventud.

**VARIABLES del estudio:** Años, sexo, edad, procedencia, medicamentos utilizados en el tratamiento, estadía y costo.

**Procedimiento e Instrumentos de recolección de datos:** Los datos empleados en la investigación fueron tomados de las Historias Clínicas de los pacientes. Para lo cual se utilizó una planilla de recolección de datos confeccionada para tal efecto.

**Procesamiento estadístico:** El análisis estadístico empleado fue el descriptivo, agrupándose los datos en las correspondientes tablas con el fin de materializar los objetivos propuestos.

**Aspectos éticos:** En el desarrollo del presente estudio se cumplió con las normas de ética médica regidas por las Normativas de la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Tabla No.1. Distribución de pacientes con Celulitis Facial Odontógena por años. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. 2012 -2014

Años	N	%
2012	10	31.25
2013	10	31.25
2014	12	37.50
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas

En la Tabla No.1 se observa como el año 2014 es el de mayor incidencia con 12 pacientes diagnosticados con CFO, que representan 37.50% de la muestra estudiada.

Tabla No.2. Distribución de pacientes con Celulitis Facial Odontógena según el sexo. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. 2012 – 2014

Sexo	No.	%
Femenino	12	37.5
Masculino	20	62.5
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas

En la Tabla No.2 se observa que del total de pacientes ingresados con Celulitis Facial Odontógena predominó el sexo masculino con 20 pacientes, lo que representa el 62.50 % del total.

Tabla No.3. Celulitis Facial Odontógena según grupos etáreos. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. 2012 – 2014

Edad (años)	No.	%
0 -4	12	37.5
5 - 9	3	9.38

10 - 14	6	18.75
15 - 19	4	12.50
20 - 24	3	9.38
25 -59	3	9.38
60 -64	0	0
65y más	1	3.13
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas

Según grupos etáreos, predominaron los pacientes en edades pediátricas (de 0 hasta 19 años) con 25 pacientes (78.13%); mientras que en el grupo comprendido de 60 a 64 años no se encontraron pacientes con esta enfermedad.

Tabla No.4. Celulitis Facial Odontógena según la procedencia. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. 2012 – 2014

Procedencia	No.	%
Urbana	20	62.5
Rural	12	37.5
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas

La Tabla No.4 refleja la aparición de Celulitis Facial Odontógena según su distribución geográfica o área de procedencia, se aprecia que aparece con más frecuencia en los enfermos procedentes de la zona urbana, con 20 pacientes que representan el 62.5 % de los estudiados.

Tabla No.5. Medicamentos utilizados por pacientes con Celulitis Facial Odontógena. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. 2012 – 2014

Medicamentos utilizados en el tratamiento	Total
1 <sup>ra</sup> generación de Cefalosporinas	23
2 <sup>da</sup> generación de Cefalosporinas	3
3 <sup>ra</sup> generación de Cefalosporinas	1
Tetraciclina	1
Otros	23

Fuente: Historias Clínicas

Con respecto a los medicamentos utilizados en el tratamiento, en la Tabla 5 se aprecia que las Cefalosporinas de 1<sup>ra</sup> generación fueron las más empleadas en la población en estudio, para un total de 23 pacientes.

Tabla No.6. Celulitis Facial Odontógena según estadía hospitalaria-costos. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. 2012 – 2014

Estadía (días)	n	Costo (CUP)
1 – 3	19	355 306.84
4 – 6	11	218 298.08
7 y más	2	12 212.48
Total	32	585 817.40

Fuente: Historias Clínicas

Según la estadía hospitalaria-costos en la Tabla 6 se aprecia que un total de 19 pacientes (59.37%), tuvo una estadía hospitalaria de uno a tres días, para un costo total de 355 306. 84 CUP, produciéndose un mayor gasto hospitalario a expensas del tratamiento antibiótico.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente análisis coinciden con lo postulado por investigadores nacionales, sin tener una explicación con evidencias concretas del incremento de la enfermedad.<sup>11-13</sup> Los autores de la investigación consideran que este fenómeno pudiera estar relacionado con un mal manejo de los pacientes con respecto a la promoción y prevención de la enfermedad en relación con la higiene bucal, así como la falta de un diagnóstico precoz y tratamiento adecuados.<sup>5, 14, 15</sup> Estos elementos constituyen los factores de riesgo en la aparición de la enfermedad, así como en el desencadenamiento de la cascada inflamatoria responsable de todos los síntomas y signos que posteriormente presentaron los pacientes.<sup>5, 7</sup>

En el aspecto del sexo, los resultados que aquí se presentan no coinciden con los estudios realizados por Ducasse<sup>16</sup>, Lima<sup>17</sup> y Boza<sup>18</sup>, en los que predominó el femenino de manera poco significativa. Sin embargo, Calzadilla<sup>19</sup> obtuvo en su estudio obtuvo un predominio del sexo masculino. Espino<sup>20</sup> y otros autores<sup>21</sup> reportan que al analizar la edad y el sexo de los pacientes no encontraron

predominio significativo entre uno y otro. Teniendo en consideración los resultados de las investigaciones mencionadas y la variabilidad de los mismos, los autores de esta investigación plantean que, en el caso de la CFO, el sexo no es una variable determinante.

De acuerdo con la investigación realizada, se concuerda con observaciones internacionales<sup>5,18</sup> y nacionales como la de Morales<sup>22</sup>, donde describen que los pacientes en edad pediátrica, entre ellos lactantes, niños y jóvenes, resultan los más afectados, y la enfermedad disminuye gradualmente a medida que avanza la edad. Se tiene en cuenta que en las edades tempranas de la vida los hábitos de higiene bucal no están creados, sino que se depende de padres o tutores<sup>23, 24</sup> y el diente joven e inmaduro reacciona a las agresiones con una mayor intensidad inflamatoria<sup>25</sup>, por lo que en estas edades los índices de caries son más elevados y estas constituyen un factor predisponente de riesgo importante para la aparición de la CFO.<sup>21, 23</sup>

Por ser la juventud la etapa de la vida donde se encuentran, además de las caries y sus complicaciones, las primeras afectaciones en los tejidos periodontales y la erupción de los terceros molares, se ve justificado que sean los niños y los jóvenes el grupo más representado en la investigación.<sup>26</sup> En esta faceta también es común el abandono de los tratamientos, lo que conlleva al fracaso de los mismos y por consiguiente la aparición de CFO.<sup>23</sup>

Al analizar la procedencia de los ingresados podemos observar, al igual que otros estudios como el de Torres<sup>27</sup> y el de Ruges<sup>28</sup>, que los pacientes reportados con CFO, proceden también de la zona urbana.

El predominio de la procedencia urbana sobre la rural en ambos trabajos revisados y en esta investigación, puede estar en relación con la gran distancia entre los asentamientos poblacionales y los centros de salud ubicados generalmente en la cabecera municipal o también pudiera deberse a la insuficiente información que reciben los pacientes cuando son atendidos y tratados en los servicios de urgencia, porque en estos lugares la contingencia de la atención médica, en muchas ocasiones, no permite realizar todas las acciones encaminadas a la prevención, y esto contribuye a que los enfermos no adquieran percepción del riesgo que implica



no cumplir bien las indicaciones médicas y/o acudir tardíamente a los servicios estomatológicos.<sup>29</sup>

El uso de antibióticos en los pacientes observados coincide con estudios realizados por autores nacionales como Boza<sup>18</sup>, que concuerda con los autores de este trabajo al plantear que las Cefalosporinas de 1<sup>ra</sup> generación constituyen el tratamiento de elección en la CFO, aunque en un alto por ciento de los enfermos fue necesario combinar con aminoglucósidos para la resolución total del proceso inflamatorio.<sup>30</sup> También es preciso reconocer la pertinencia del tratamiento local con fomentos, según la etapa del proceso inflamatorio que atraviese la lesión, como factor complementario principal de la antibiótico-terapia.<sup>28</sup>

Con respecto a la estadía hospitalaria los resultados que presentamos son similares a los de otros autores<sup>29, 31</sup>, al predominar la cifra de uno a tres días como la estadía hospitalaria promedio en la bibliografía analizada.<sup>32</sup>

Sin embargo no se recogió ninguna información en la literatura revisada con respecto a los gastos hospitalarios relacionados con los costos que implica la hospitalización diaria de los enfermos que aquejan la CFO para los servicios hospitalarios, aspecto que los autores consideran es de vital importancia, no por los recursos utilizados en beneficio de salvaguardar vidas humanas, sino por la repercusión familiar-económico-social que esto involucra y que sabemos a ciencia cierta se puede prevenir con acciones de promoción y prevención de salud.

Después de hacer un breve recorrido por la información sobre esta enfermedad, que representa un problema de salud para los países en vías de desarrollo, se reconoce el alcance del sistema de salud cubano, porque no se reportan fallecidos en la literatura revisada ni en la presente investigación, aunque de la CFO se derivan, en ocasiones, complicaciones graves que pueden causar la muerte de los enfermos o dejar secuelas invalidantes en los mismos.

## CONCLUSIONES

Existe un incremento por año del número de pacientes ingresados con Celulitis Facial Odontógena en el Hospital General Docente "Héroes del Baire", en la Isla de la Juventud, en el período que va desde 2012 – 2014. El sexo masculino es el más afectado y el grupo etáreo correspondiente a las edades pediátricas resultó el de

mayor incidencia de la enfermedad. La procedencia urbana de los pacientes predominó sobre la rural. La mayoría de los enfermos ingresados tuvieron una estadía hospitalaria de uno a tres días, con gastos económicos significativos por días de ingreso acumulados.

## RECOMENDACIONES

Eliminar las barreras entre la información y la población, mediante la propaganda directa, las charlas educativas, y la divulgación a través de los medios de difusión masiva como la radio y la televisión, junto a todas las acciones posibles que eleven el conocimiento sobre el tema y propicien mejorar la actitud o percepción del riesgo ante el problema, así como la actualización de los estomatólogos y personal afín con la especialidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández DA. Celulitis facial odontogénica, su manejo como urgencia [Tesis de Maestría]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología; 2008. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cirugiamaxilo/tesiscelulitisodontogena.pdf>
2. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba, febrero 2002. Visitado 3 de junio 2014. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs>
3. Garmendía G, Granados AM, Cruañas C, Beauballet B, Ginebra MC, Rodríguez O. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: Guías prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. pp: 341-492.
4. Petterson L. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. The CV Mosby Company. Toronto. 1988.
5. Wilson E. Enfermedades infecciosas: una perspectiva ecológica. British Medical Journal. 1996; 4(2):81-4.
6. Pereira CI, Sánchez G, Basulto F. Fascitis necrotizante de origen odontogénico. A propósito de un caso. RevHabCienMéd[revista en Internet]. 2008 [citado 20 Ene 2010];7(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100010)
7. Beers MH, Berkow R. Infectious diseases. En: The Merck Manual of diagnosis and therapy [Internet]. New Jersey: Merck Research Laboratories; 1999[citado 14 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.merck.com/mmpe/index.html>.
8. Gallardo M. Antibióticoterapia en la sepsis a gérmenes anaerobios. Revisión bibliográfica. Acta Médica. HCQHA.1990;4(2): 353-70.
9. Peterson IJ. Odontogenic Infections. Otolaryngology -Head and Neck Surgery. Editorial Mosby; 1993. pp:1088-98.
10. Donazzan M. Foci of dental infections and their complications. Etiology, diagnosis, course, prognosis, treatment. Rev. Prat. 1994; 44(16): 2249-56.
11. Lewis MA. British Journal of Oral and Maxillofac Surg.1990; 28: 359-66.
12. Gill Y, Schully C. Orofacial Odontogenic Infection: review of microbiology and current treatment. Oralsurg-oral Med-oral Pathol; 1990; 70(20): 155-8.
13. Curro F, Hulon W. Dolor Clínicas Odontológicas de Norteamérica Editorial Científico Técnico. 1977; 833-48.
14. Fortaleza G, Martínez E. Terapéutica antimicrobiana en las infecciones orofaciales. 1984; 6(16):

- 123-4.
15. DiaS. Favre Y. Pterygo-cavernous thrombophebitis and temporo mandibular ankylosis in dental infections. *Dakar Med.* 1993; 38 (1): 89-90.
  16. Ducase PA, Roca R. La extracción dentaria en la celulitis facial odontogénica. Hospital "Héroes del Baire", Nueva Gerona, Isla de la Juventud. 2003.
  17. Lima MT. Incidencia de celulitis facial odontogénica en el territorio de Matanzas. *RevMéd electrónica [Seriada en línea]* 2009; 31(4). [consulta: 14 de noviembre 2014] Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu>
  18. Boza Y, Mora C, Romero JI, Sosa S, Payo M, Díaz A. Celulitis facial odontogénica. *Medisur.* 2012; 10(5).
  19. Rodríguez OL. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontogénica. *Acta OdontolVenez[revistaen Internet]*. 2001[citado 23 Ene 2013]; 39 (3): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>
  20. Espino S, Romero J. Caracterización de pacientes ingresados con procesos inflamatorios cérvicofaciales en el servicio de cirugía maxilofacial. *Medisur [revista en Internet]*. 2005[citado 23 Ene 2010]; 3(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/119/3296>
  21. Kpemissu E. Cervico-facial cellulitis of oral and dental origin: study of 26 cases at the Lome University Hospital. *Rev. Laringol-Otol-Rhinol-Bord.* 1995;1(3):195-7.
  22. Morales D. Comportamiento clínico de la celulitis facial odontogénica. Hospital Universitario "General Calixto García". *Rev Cubana Estomatol.* 2009 Dic; 46(4):102-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
  23. Cores A, Chaviano JC, Mazaira S, Atienza L, Salas M. Tratamiento y evolución de la celulitis facial odontogénica en edad pediátrica. *Gaceta dental: Industria y profesiones.* 2008;(193):162-82. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
  24. Reyford H, Boufflers E, Baralle MM, Telion C, Ghurmouche T, Menu Hkrivosi C et al. Cervicofacial cellulitis of dental origin and traqueal intubation. *Ann FrAnestheReanim* 1995;1400: 256-60.
  25. StrachanDD, WilliamsFA, BaconWJ. Diagnosis and treatment of pediatric maxillofacial infections. *Gen Dent.* 1998; 46:180-2.
  26. Knoll E. Antibiotic Therapy for odontogenic induced orofacial infections under office conditions. *ZWR Jan.*1989; 98 (1): 30-6.
  27. Torres M, Rodríguez OL, Trujillo S, Rodríguez A. Resultados de tratamiento del absceso dentoalveolar y la celulitis facial odontogénica. *RevCiencMéd Hab.* 2008; 14(2). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14\\_2\\_08/hab09208.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_2_08/hab09208.htm)
  28. Ruges O. Manejo de la Celulitis Facial Odontogénica. La Habana: Tesis para Optar por el Título de Máster de Atención en Urgencias Estomatológicas; 2007.
  29. Meurman JH, Hämäläinen P. Oral health and morbidity implications of oral infections on the elderly. *Gerodontology.* 2006; 23(1):3-16.
  30. Rose LF. Internal medicine for dentistry en microbial diseases. *UnitB.* Use of antimicrobial agent. Editorial Mosby; 1998.p.158.
  31. Miconi M, Gallesio C. Clinic therapeutic observations on a series of cases of odontogenic abscesses and phlegmons. *Minerva Stomatol.* 1991 Oct; 40 (10): 641-9.
  32. Steiner M, Gould AR, Brooks PJ, Porter K. Postextractionpanfacial cellulitis (Sweet's syndrome) mimicking an odontogenicinfection. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:562-6.