# "PRESENTANDO UNA NUEVA CLASIFICACIÓN PARA LAS INFECCIONES ODONTOGÉNICAS AGUDAS"

**(NEW CLASSIFICATION FOR ACUTE ODONTOGENICS INFECTIONS)**


**Autor: Dr. José Antonio Cabrejos Álvarez.**

- Profesor de Cirugía Oral y Máxilofacial de las Facultades de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y, de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega.
- Miembro Fundador de la Asociación Peruana de Cirugía Máxilofacial y Medicina Estomatológica (ASPECIME).
- Miembro de la "Alliance for the Prudent Use of Antibiotics" (APUA), Boston, Massachussets, USA (capítulo peruano).
- Profesor de la Escuela Nacional de Perfeccionamiento Profesional del Colegio Odontológico del Perú.



**Resumen**: *Se presenta una nueva clasificación de las infecciones odontogénicas agudas, propuesta por el autor del presente trabajo, tomando como pilar básico para su realización, la evaluación de la severidad de la infección del paciente al momento de la consulta, signos y síntomas a nivel local como a nivel sistémico, en caso los tuviera. La presente nueva clasificación se caracteriza por ser simple y práctica, de tal modo que realizar el diagnóstico clínico de la severidad de la infección aguda odontogénica sea lo más exacto posible.*



**Palabras Clave: INFECCIONES ODONTOGÉNICAS, CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIÓNES ODONTOGÉNICAS.**


---

## INTRODUCCIÓN

Después de observar durante más de una década la insuficiente comprensión clínica que los odontólogos no cirujanos y, algunos que sí lo son, manifiestan por las diversas clasificaciones actualmente conocidas de la infección aguda odontogénica ***(las que se caracterizan por ser excesivamente académicas)*** es que se decidió publicar esta nueva clasificación, creada y usada por el autor desde hace años en su práctica diaria, teniendo como meta desde un inicio realizar diagnósticos de manera mas simple pero al mismo tiempo mas exactos.

Creemos haberlo conseguido y, esperamos que goce de su aprobación y aplicación, por lo didáctico y sencillo que se hace determinar la severidad de la infección que trae nuestro paciente al momento de la evaluación clínica.

Tal como se mencionó en el párrafo anterior, ésta nueva clasificación está orientada principalmente a diagnosticar la **SEVERIDAD** del proceso infeccioso é instaurar el tratamiento antibiótico en base a ello, dejando en un segundo plano términos tan conocidos como celulitis aguda, celulitis sub-aguda, celulitis gangrenosa, celulitis flemonosa, celulitis abcedada, flemón difuso, flemón gangrenoso, osteoflemón, periodontitis apicales agudas en todas sus fases, etc., etc., etc.
Nombres tan diversos que con el correr de las décadas han ido modificándose e incluyéndolos en diversas clasificaciones de un autor a otro, de un país a otro, de un continente a otro; la misma OMS va modificando la clasificación después de cierto tiempo, permanentemente. Pero todas ellas, con algo en común, cada una más compleja y extensa que la anterior.

## FUNDAMENTOS DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN

Nosotros creemos que el éxito de un tratamiento se basa en un diagnóstico correcto de la **severidad de la infección** y nuestra obligación es ver la forma de que la mayoría de colegas tengan acceso a una información simple para realizar diagnósticos correctos, en consecuencia, los pacientes serán los principales beneficiados.

Lo importante de esto, es reconocer que son justamente los odontólogos no cirujanos, los que tratan en su consulta privada la gran mayoría de casos de infecciones odontogénicas, solicitando interconsulta con el cirujano oral y maxilofacial, únicamente cuando la infección evolucionó a niveles de severidad no deseados, poniendo en riesgo la salud general del paciente.

Desde mi experiencia, de aproximadamente 13 años en el manejo de estos cuadros, hemos podido observar que esto se debe principalmente a 2 factores esenciales:

1. ***Diagnóstico incorrecto del proceso infeccioso. Esto es debido, generalmente, a la despreocupación manifiesta del propio colega. La gran mayoría de odontólogos no cirujanos, dedican su principal esfuerzo a capacitarse en cursos nada relacionados con el tema en cuestión, es más, hasta les parece algo tedioso y abstracto……..pero irónicamente, son los que más recetan antibióticos***

2. ***Obviamente, al hacer un diagnóstico incorrecto, el tratamiento antibiótico también lo será, lo cual permitirá que la infección siga progresando. Ya es hora de reconocer que hay mucho desconocimiento por parte de los mismos profesionales (médicos y odontólogos) en lo que a uso correcto de los antibióticos se refiere. Al respecto hay varios trabajos de investigación internacionales que así lo demuestran.***

Después de lo mencionado, creemos oportuno que la mejor forma de contribuir era proponiendo un sistema clasificatorio de fácil aplicación y, así de ésta forma, ver la posibilidad de que disminuyan las complicaciones innecesarias de procesos infecciosos por la aplicación de terapias antibióticas incorrectas, logrando eliminarlos en fases tempranas ausentes de compromiso sistémico, siendo esto lo mejor para la salud del paciente y, obviamente, desde el punto de vista de la fármaco-economía, más llevadero.

Incluso, para los mismos cirujanos es **CLÍNICAMENTE** imposible diferenciar entre celulitis y flemón. Es más, para muchos autores son sinónimos, mientras que para otros, la celulitis es la infección del tejido celular subcutáneo y, el flemón, es la infección del tejido celular subcutáneo con extensión a planos aponeuróticos y sub-aponeuróticos. Ahora bien, esas diferencias conceptuales se pueden observar en un análisis

histopatológico, pero clínicamente sabemos que no. Por tanto, para los cirujanos orales y máxilofaciales, ésta propuesta de nueva clasificación, también les será de utilidad si la aceptan como tal.

La clasificación que les presentamos en éste artículo científico, obviamente no es perfecta. De seguro, mucha gente se mostrará a favor y otros no tanto, pero eso no ocupa nuestro pensamiento, sino más bien, el hecho de estar contribuyendo con nuestro granito de arena para tratar de reducir los tratamientos incorrectos por diagnósticos errados.
Es bueno recalcar que la clasificación personal que publicamos en éste artículo, es la que hemos venido aplicando en nuestros pacientes a lo largo de muchos años con gran éxito; ya que al mismo tiempo las fases que demarcan nuestra clasificación, están directamente relacionadas con protocolos antibióticos específicos para cada nivel de severidad mencionado y que, coincidentemente, son los que empleamos en nuestra práctica diaria.
Creemos necesario indicar que los protocolos en cuestión, irán modificándose con el correr del tiempo, tanto por la creación de nuevas moléculas antibióticas de posible uso en nuestra especialidad, como por el incremento mundial de bacterias resistentes año tras año.

## CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR EL PROF. JOSÉ A. CABREJOS ALVAREZ PARA LAS INFECCIONES ODONTOGÉNICAS AGUDAS (Lima-Perú, 2005)

| FASE | NIVEL DE SEVERIDAD | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| I | INFECCIÓN ODONTOGÉNICA LEVE | Odontalgia espontánea, duradera, pulsátil, dolor a la percusión y, de intensidad variable. No hay trismus. No hay presencia de edema facial y, si lo hubiera, es ***muy*** leve. |
| II | INFECCIÓN ODONTOGÉNICA MODERADA AFEBRIL | La odontalgia se presenta similar a la FASE-I. Puede haber trismus de variable intensidad. Hay presencia de edema facial, el cual es leve o moderado, pero sin presencia de signos sistémicos de ningún tipo. |
| III | INFECCIÓN ODONTOGÉNICA MODERADA FEBRIL | La odontalgia y el trismus pueden presentarse similar a lo descrito en la FASE-I y FASE-II, respectivamente. Hay presencia de edema facial, el cual puede ser moderado o severo. Hay fiebre, la cual puede estar acompañada de malestar general y cefalea de intensidad variable. |
| IV | INFECCIÓN ODONTOGÉNICA SEVERA | La odontalgia y el trismus se presentan similar a lo descrito en FASE-I y FASE-II, respectivamente. Hay presencia de edema facial moderado o severo, el cual va acompañado de taquicardia y fiebre en sus inicios, lo cual es compatible con un estado de SRIS ó SEPSIS. Posible presencia de metástasis sépticas. El |

| | | |
|---|---|---|
| | | SEPSIS. Posible presencia de metástasis sépticas. El paciente deberá ser internado para un manejo adecuado del proceso infeccioso. |

PROTOCOLOS ANTIBIÓTICOS DE FASE-I

| OPCIÓN | ANTIBIÓTICO | VÍA | INTERVALO ENTRE DOSIS | DÍAS |
|---|---|---|---|---|
| 1ª | Amoxicilina | P.O. | Cada 6 horas | 5 |
| 2ª | Amoxicilina / ác. Clavulánico | P.O. | Cada 6 horas | 5 |
| 3ª | Azitromicina | P.O. | Cada 24 horas | 4 |
| 4ª | Metronidazol | P.O. | Cada 6 horas | 5 |

## PROTOCOLOS ANTIBIÓTICOS DE FASE-II

| OPCIÓN | ANTIBIÓTICO | VÍA | INTERVALO ENTRE DOSIS | DÍAS |
|---|---|---|---|---|
| 1ª | Amoxicilina / ác. clavulánico + Metronidazol | P.O. | Cada 6 horas, ambos | 6 a 8 |
| 2ª | Cefuroxima + Metronidazol | P.O. | Cefuroxima: 8 hr.<br>Metronidazol: 6 hr. | 6 a 8 |
| 3ª | Cefazolina + Metronidazol | I.M.<br>P.O. | Cefazolina: 8 hr.<br>Metronidazol: 6 hr. | 1 a 2 **<br>6 a 8 |

** *La Cefazolina intramuscular, se reemplazará por Cefuroxima oral, para que acompañe al Metronidazol hasta el término de la terapia antibiótica.*

## PROTOCOLOS ANTIBIÓTICOS EN FASE-III

| OPCIÓN | ANTIBIÓTICO | VÍA | INTERVALO ENTRE DOSIS | DÍAS |
|---|---|---|---|---|
| 1ª | Clindamicina + Ciprofloxacina | I.M.<br>P.O. | Clindamicina: 6 hr.<br>Ciprofloxac.: 12 hr. | 2 a 4<br>7 a 10 |
| 2ª | Cefuroxima + Metronidazol | I.M.<br>P.O. | Cefuroxima: 8 hr.<br>Metronidazol: 6 hr. | 2 a 4<br>7 a 10 |
| 3ª | Ampicilina / Sulbactam + Ciprofloxacina | I.M.<br>P.O. | Ampi./Sulb.: 8 hr.<br>Ciprofloxac.: 12 hr. | 2 a 4<br>7 a 10 |

*En las tres opciones señaladas, la presentación intramuscular de los antibióticos será reemplazada por su forma oral y, si no la tuviera, por un antibiótico equivalente, hasta completar la duración de la terapia.*

## PROTOCOLOS ANTIBIÓTICOS EN FASE-IV

Como es de suponer, los protocolos aquí mencionados son aplicados al ingreso del paciente a la clínica u hospital, hasta obtener los resultados del cultivo y antibiograma, el cual será finalmente quien determine la terapia antibiótica definitiva.

| OPCIÓN | ANTIBIÓTICO | VÍA | INTERVALO ENTRE DOSIS | DÍAS |
|---|---|---|---|---|
| 1ª | Cefepime + Metronidazol + Ciprofloxacina | I.V.<br>I.V.<br>I.V. | Cefepime: 6 hr.<br>Metronidazol : 6 hr.<br>Ciprofloxac.: 12 hr. | 9 a más |
| 2ª | Meropenem + Amikacina + Metronidazol | I.V.<br>I.V.<br>I.V. | Meropenem: 6 hr.<br>Amikacina: 12 hr.<br>Metronidazol: 6 hr. | 9 a más |
| 3ª | Teicoplanina + Aztreonam + Ampicilina / Sulbactam | I.V.<br>I.V.<br>I.V. | Teicoplanina: 12 hr.<br>Aztreonam: 8 hr.<br>Ampi./Sulb.: 6 hr. | 9 a más |

*En ésta fase siempre se aplica el MARGEN DE SEGURIDAD ANTIBIÓTICA, sin importar la opción seleccionada.*

Aclarando el concepto, cuando hablamos de MARGEN DE SEGURIDAD ANTIBIÓTICA, éste consiste en seguir administrando por 5 a 7 días más el tratamiento antibiótico desde el momento que el hemocultivo sale negativo y, al mismo tiempo, apreciemos en el paciente una notoria mejoría en la evolución clínica del proceso infeccioso. Esto nos evitará el riesgo de recidivas.

Un hemocultivo negativo sólo significa que la cantidad de bacterias ha disminuido tanto que ya no son captadas por dicha prueba, pero bajo ningún punto de vista significa ausencia de las mismas. Este es un error que se comete con cierta frecuencia al tratar infecciones severas, no solo odontogénicas, sino de cualquier origen y ubicación.

Para el autor del presente escrito, es más importante evaluar correctamente la **severidad de la infección odontogénica**. No sólo basta con designarla como periodontitis apical aguda en cualquiera de sus fases, celulitis aguda en cualquiera de sus tipos o un abceso.
Una celulitis aguda odontogénica puede tener diversos niveles de severidad, no todas se tratan igual y, es justo allí donde radica el problema principal para un correcto diagnóstico y tratamiento farmacológico. Un abceso puede reagudizarse y tendrá que ser tratado con antibióticos antes de drenarlo.
Hay diversas variantes que ya todos conocemos por nuestra experiencia personal. Es por ello que el autor siempre prefirió enfocar el tratamiento antibiótico basándose en la severidad, ya que de ello dependerá finalmente la vida el paciente y, es en ello que fundamento ésta clasificación.

Así mismo, la mayoría de colegas piensa incorrectamente que solo al apreciar tumefacción facial estamos frente a una infección, lo cual es incorrecto. Justamente, ese es el inicio de un tratamiento farmacológico inadecuado, ya que el odontólogo por lo general le receta al paciente un tratamiento sintomático en base a antiinflamatorios no

esteroides, de tal modo que si bien el dolor disminuye o es eliminado, la infección seguirá progresando. Por tanto, un paciente que llega a la consulta con odontalgia espontánea, dolor a la percusión, dolor de larga duración, pulsátil y, que se intensifica con cambios térmicos *(principalmente calor),* deberá ser diagnosticado como una infección odontogénica aguda de FASE-I y **no** como una simple pulpitis aguda.

Para terminar, es oportuno resaltar que aquí solo estamos refiriéndonos al tratamiento antibiótico, mas no al tratamiento clínico o quirúrgico que cada colega determinará de acuerdo a la evaluación realizada al paciente, lo que constituirá el tratamiento definitivo desde el punto de vista de la rehabilitación de la pieza o piezas dentarias que fueron comprometidas en el proceso infeccioso.

Cabe resaltar que la bibliografía mencionada se ha utilizado **única y exclusivamente con la finalidad de explorar las diversas clasificaciones publicadas a través del tiempo**. Considero pertinente la aclaración para que no se piense que las fuentes consultadas no son actuales.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


1. Adekeye EO, Adekeye JO. The pathogenesis and microbiology of idiopathic cervicofacial abscesses. J Oral Maxillofac Surg 1982; 40: 100-6.
2. Bascones A, Manso F. Infecciones Orofaciales. Diagnóstico y tratamiento. Madrid: Avances, 1994.
3. Bascones A, Manso FJ. Infecciones odontógenas de la cavidad bucal y región máxilofacial. Av Odontoestomatol 1994; 10: 16-22.
4. Berini L, Gay Escoda C. Infección Odontogénica. Barcelona: MCR, 1994.
5. Berini L, Brescó M, Gay Escoda C. Celulitis bucal y cervicofacial: Concepto, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento. Med Oral 1999; 4: 337-50.
6. Berrazueta M, Barrenechea JM, Saínz J, García A. Angina de Ludwig. Análisis de nueve casos. Rev Iberoam Cirurg Oral Maxilofac 1981; 3: 73-8.
7. Cabrejos Alvarez JA. Terapia antibiótica de la infección bucofacial odontogénica. Analizando la teoría para su aplicación clínica. 2004. 1ª Edición, CONCYTEC, Lima-Perú.
8. Comenero C, Díez R, Labajo A. Thoracic complications of deeply situated serous neck infections. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21: 76-81.
9. Coulter WA, Coffey A, Saunders IDF, Emmerson AM. Bacteriemia in children following dental extraction. J Dent Res 1990; 59: 1691-4.
10. Ehrenfeld M, Hagenmaier F. Tratamiento de las infecciones odontogénicas. Av Odontoestomatol 1996; 12 (suppl A): 169-86.
11. EconomopoulosGC, Scherzer HH, Gryboski WA. Succesful management of mediastinitis, pleural empyema and aortopulmonary fistula from odontogenic infection. Ann Thorac Surg 1983; 35: 184-7.

**ABSTRACT:** A new classification of the acute odontogenics infections appears, propose by the author of the present work, taking like pounding basic for its accomplishment, the evaluation of the severity of the infection of the patient at the time of the consultation, signs and symptoms at local level like a sistemic level, in case had them. The present new classification is characterized being simple and practical, in such a way that to make the clinical diagnosis of the severity of the odontogenic acute infection it is most exact possible.

**KEYWORDS:** odontogenic infections, classification of acute odontogenic infections.