

# Infecciones odontogénicas y manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

## Odontogenic infections and therapeutic management in patients treated at the Hipólito Unanue National Hospital

Medalhiht Angeles Chumbiriza <sup>1a</sup>, Victor Moreno Prieto <sup>1a</sup>, Juana Delgadillo Avila <sup>2a,b</sup>, Gloria Arellano Porras <sup>1a,c</sup>, José Quiñonez Lozano <sup>1a,d</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú  
<sup>2</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

<sup>a</sup> Cirujano dentista, <sup>b</sup> Doctora en Ciencias de la Salud, <sup>c</sup> Especialista Cirugía Bucal Máxilo Facial, <sup>d</sup> Doctor en Educación

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el diagnóstico y manejo terapéutico de infecciones odontogénicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. **Materiales y métodos:** El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recolectaron 4968 reportes operatorios, a partir de los cuales se revisaron 142 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión: historias clínicas de pacientes que recibieron tratamiento en el servicio de cirugía bucomaxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), y que tuvieron diagnóstico de infección odontogénica. Los criterios de exclusión fueron: historias clínicas con información incompleta, con diagnósticos de infecciones de origen no odontogénico, con diagnóstico de traumatismo dentoalveolar o facial. **Resultados:** Del total de historias clínicas que forman parte de la investigación, la edad con mayor frecuencia estuvo entre los 26 a 44 años y el 58,45% fue de sexo femenino. El diagnóstico más prevalente fue el absceso (60,56%) y celulitis (26,76%). El procedimiento quirúrgico que se utilizó con más frecuencia fue el drenaje/exodoncia (33,80%) seguido de la exodoncia (27,46%). En lo referido al tratamiento farmacológico el más usado fue el bactericida (61,97%). **Conclusiones:** Se concluye que el diagnóstico más prevalente fue el absceso y celulitis.

**Palabras clave:** Absceso periapical; Celulitis: Tratamiento farmacológico. (Fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the diagnosis and therapeutic management of odontogenic infections in patients treated in a Peruvian hospital. **Materials and methods:** The study was descriptive, retrospective and cross-sectional, non-probabilistic sampling for convenience. A total of 4968 operative reports were collected, from which 142 medical records that met the inclusion criteria were reviewed: medical records of patients who received treatment in the oral and maxillofacial surgery service of the Hipólito Unanue National Hospital (HNHU), and who had a diagnosis of odontogenic infection. The exclusion criteria were: medical records with incomplete information, with diagnoses of infections of non-odontogenic origin, with a diagnosis of dentoalveolar or facial trauma. **Results:** Of the total medical records that are part of the investigation, the age was most frequently between 26 and 44 years and 58.45% were female. The most prevalent diagnosis was abscess (60.56%) and cellulitis (26.76%). The most frequently used surgical procedure was drainage/extraction (33.80%) followed by extraction (27.46%). Regarding the pharmacological treatment, the most used was the bactericide (61.97%). **Conclusions:** It is concluded that the most prevalent diagnosis was abscess and cellulitis.

**Keywords:** Periapical abscess; Cellulite: Pharmacological treatme. (Source: MeSH NLM ).

**Recibido:** 02 de junio 2022

**Aprobado:** 31 de agosto de 2022

**Publicado:** 15 de setiembre de 2022

#### Correspondencia:

Victor Oscar Moreno Prieto  
Dirección: Av. Luna Pizarro 216, La Victoria. Lima, Perú  
Correo electrónico: [victor1053644@hotmail.com](mailto:victor1053644@hotmail.com)  
Telef.: 954093722

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



## INTRODUCCIÓN

Aquellas infecciones cuyo origen está en estructuras dentarias o tejidos de soporte del diente son denominadas infecciones de origen odontogénicas, principalmente la caries dental y enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) con complicaciones locales y sistémicas<sup>(1-3)</sup>.

Además de producir dolor e incomodidad, las infecciones odontogénicas pueden extenderse más allá de las barreras naturales y provocar complicaciones potencialmente mortales, como infecciones de los espacios faciales profundos de cabeza y el cuello, más raramente, diseminarse a distancia por vía linfática, hematogena o por contigüidad (vía espacios aponeuróticos) y alcanzar órganos más alejados, lo que da lugar, en uno y otro caso, a procesos de mayor gravedad. Una de tales complicaciones puede ser el caso del absceso cerebral que, aunque poco frecuentes surge a causa de la invasión bacteriana al cerebro vía diseminación directa o por siembra hematogena<sup>(4-7)</sup>.

Mundialmente se resalta el alto número de casos diagnosticados con procesos sépticos odontogénicos los que desarrollan numerosos estudios sobre esta enfermedad y todos coinciden en la alta frecuencia con que se presenta en el quehacer odontológico<sup>(8)</sup>.

En estudios recientes donde se incluyó pacientes hospitalizados menores de 18 años así como adultos, tratados bajo anestesia local y general y debido a un absceso odontogénico en hospitales de nivel terciario<sup>(9,10)</sup>; se concluye que las infecciones de cabeza y cuello no son ocurrencias aleatorias basado solo en la exposición sino, debido a factores del huésped.

El espacio potencial más común de origen de las infecciones odontogénicas fue el espacio submandibular seguido del espacio submental, y los dientes mayormente involucrados fueron los inferiores, específicamente la tercera molar seguido de la segunda molar<sup>(11-14)</sup>. La duración de la estancia hospitalaria se correlacionó significativamente con el tipo de absceso diagnosticado. Se observó que diagnóstico más frecuente dentro de la población de estudio fue el absceso de la fosa canina (n = 52; 43,3%), seguido de submucoso (n = 28; 23,3%) y absceso paramandibular (n = 21; 17,5%)<sup>(9)</sup>. La edad, conteo de células de serie blanca y valores de glucemia no fueron factores de pronóstico del resultado del tratamiento, pero el nivel de hemoglobina y número de espacios si lo

fueron<sup>(15)</sup>. Se concluye que la infección odontogénica más prevalente fue el absceso dentoalveolar, y el espacio aponeurótico más afectado fue el submandibular. Sujetos con diagnóstico de absceso o celulitis fueron más probables a tener un resultado exitoso en comparación de casos de fascitis necrotizante o angina de Ludwig<sup>(10)</sup>.

En Perú, se realizó un estudio de tres años consecutivos en el departamento de estomatología para determinar la prevalencia de celulitis facial odontogénica en pacientes niños y adolescentes menores de 17 años. Se concluye que la prevalencia de celulitis facial odontogénicas en pacientes de 0 a 17 años que acudieron al Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período del 2013 al 2015 fue de 2 por cada 1000 casos atendidos<sup>(16)</sup>.

El tratamiento odontológico va encaminado hacia establecer un estado de salud bucal que conlleve a un estado de salud general mediante procedimientos médico odontológicos a realizar en el consultorio detallándose entre ellos, el tratamiento pulpar endodóntico que consiste en el drenaje vía el acceso al conducto radicular del foco dentario causante de la infección para lograr la resolución de la enfermedad.<sup>(8)</sup> Asimismo, el cirujano especialista maxilofacial realizará procedimientos quirúrgicos mediante el drenaje de abscesos por vía externa o abordaje intraoral, desbridamiento de tejidos y exodoncias cuando el nivel de severidad de la infección odontogénica alcance etapas más severas<sup>(17)</sup>.

El manejo terapéutico de tipo farmacológico se hace necesario para el tratamiento de infecciones odontogénicas como el principal coadyuvante para combatir la infección en etapas clínicas de moderadas a severas<sup>(11,18,19)</sup>. Antibióticos altamente efectivos para tratar las infecciones odontogénicas pueden ser administrados por vía oral son: penicilina, amoxicilina, clindamicina, metronidazol, azitromicina, moxifloxacina<sup>(18)</sup>.

Establecer un diagnóstico precoz y correcto de las infecciones faciales odontogénicas por parte del médico u odontólogo de atención primaria, el correcto uso de antibióticos y la realización del tratamiento odontológico son clave para la resolución rápida de esta afección<sup>(20-22)</sup>. Fundamentalmente deben remitirse para considerar su ingreso, a los pacientes con celulitis facial odontogénica de progresión rápida, con trismus, afectación general o fracaso del tratamiento antibiótico por vía oral<sup>(23)</sup>.

Este estudio servirá para motivar que la población cambie de actitud respecto a su cuidado de la salud oral; además ayudará a establecer un protocolo de atención para los pacientes, ofreciendo un tratamiento que utilice la medicación adecuada. Con el presente trabajo se obtendrán datos estimados que se acercan a lo real, pues es un hospital representativo del Perú donde acuden personas de todo el país; y ellos se pueden utilizar para diseñar programas que se enfoquen en abordajes especializados de estas lesiones y así poder brindar una atención de calidad.

Por lo expuesto, el objetivo del estudio fue determinar el diagnóstico y manejo terapéutico de infecciones odontogénicas en pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio del tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 4968 reportes operatorios recolectados en 24 meses; la muestra estuvo constituida por 142 historias clínicas, de pacientes comprendidos entre 7 a 85 años, que cumplieron con los criterios de inclusión (historia clínica de pacientes que tuvieron como diagnóstico infección odontogénica y recibieron tratamiento en el servicio de cirugía bucomaxilofacial del HNHU) y exclusión (historias clínicas con información incompleta, con diagnósticos de infecciones de origen no odontogénico, con diagnóstico de traumatismo dentoalveolar o facial).

Para llevar a cabo la investigación se gestionó el documento de aprobación del proyecto de investigación al director general del hospital, una vez obtenida la aprobación se solicitó información sobre el registro de procesos infecciosos al departamento de Estadística. El diagnóstico se determinó según el registro en las

historias clínicas basado en los códigos que utilizan en el hospital. Identificado los números de historias clínicas se revisó cada una de ellas para el llenado de la información en la ficha de recolección de datos.

Se realizó una clasificación en base a la edad, sexo, diagnóstico, procedimiento y tratamiento farmacológico.

Los resultados se registraron en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2010. Para el análisis estadístico se empleó el programa STATA v.17. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva expresada en frecuencias y porcentajes. Para la estadística inferencial se utilizó la prueba de correlación de Pearson para encontrar asociación entre las variables cualitativas. Se consideró un p valor menor a 0,05 como resultado estadísticamente significativo.

**Consideraciones éticas:** Este artículo es parte de un trabajo de titulación el cual contó con la aprobación del comité de ética del HNHU, Lima-Perú.

## RESULTADOS

Del total de historias clínicas que forman parte de la investigación, la edad con mayor frecuencia estuvo entre los 26 a 44 años (Tabla 1) y el 58,45% estuvo conformado por el sexo femenino (Tabla 2). El diagnóstico más prevalente fue el absceso (60,56%) y celulitis (26,76%) (Tabla 3). El procedimiento quirúrgico que se utilizó con más frecuencia fue el drenaje/exodoncia (33,80%) seguido de la exodoncia (27,46%) (Tabla 4). En lo referido al tratamiento farmacológico el más usado fue el bactericida (61,97%) (Tabla 5), siendo la clindamicina el fármaco utilizado de mayor frecuencia (49,30%) (Tabla 6).

**Tabla 1.** Frecuencia y porcentaje por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7-25 años	33	23,24
26-44 años	79	55,63
45-63 años	20	14,08
64-85 años	10	7,04
Total	142	100,00

**Tabla 2.** Frecuencia y porcentaje por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	83	58,45
Masculino	59	41,55
Total	142	100,00

**Tabla 3.** Frecuencia y porcentaje por diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Absceso	86	60,56
Celulitis	38	26,76
Celulitis/Absceso	6	4,23
Fístula	8	5,63
Angina de Ludwig	4	2,82
Total	142	100,00

**Tabla 4.** Frecuencia y porcentaje por procedimiento

Procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Exodoncia	39	27,46
Exodoncia/Fistulectomía	4	2,82
Drenaje/Curetaje	1	0,70
Exodoncia/Drenaje/Curetaje	1	0,70
Drenaje/Exodoncia	48	33,80
Desfocalización/Drenaje	1	0,70
Biopsia	2	1,41
Drenaje	29	20,42
Exodoncia/Curetaje	2	1,41
Limpieza quirúrgica	1	0,70
Drenaje/Exodoncia/Enucleación	1	0,70
Interconsulta	7	4,93
Desfocalización	3	2,11
Apicectomía	2	1,41
Curetaje	1	0,70
Total	142	100,00

**Tabla 5.** Frecuencia y porcentaje por tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Bactericida	88	61,97
Bacteriostático	48	33,80
Bactericida/Bacteriostático	4	2,82
Ninguno	2	1,41
Total	142	100,00

**Tabla 6.** Frecuencia y porcentaje del fármaco utilizado

Fármaco utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Amoxicilina	6	4,23
Clindamicina	70	49,30
Clindamicina + Ciprofloxacino	17	11,97
Oxacilina + Clindamicina	27	19,01
Clindamicina + Cefazolina + Cefalexina	4	2,82
Ceftriaxona + Clindamicina	8	5,63
Cefazolina	5	3,52
Amoxicilina + Ácido clavulánico	3	2,11
Ninguno	2	1,41
Total	142	100,00

**Tabla 7.** Frecuencia y porcentaje por espacios anatómicos

Tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Submucoso vestibular, geniano	36	42,86
Subperióstico, geniano	30	35,71
Pterigofaríngeo, retrofaríngeo	7	8,33
Submucoso vestibular, geniano, parotídeo	1	1,19
Subperióstico, geniano, submaseterino	2	2,38
Submucoso vestibular	2	2,38
Submandibular, submentoniano, sublingual	4	4,76
Mediastino, prevertebral, pretraqueal	1	1,19
Subperióstico, geniano, maseterino	1	1,19
Total	142	100,00

## DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar el diagnóstico y manejo terapéutico de infecciones odontogénicas en pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial del HHU.

Las infecciones de origen odontogénicas, con complicaciones locales y sistémicas siguen siendo una causa de morbilidad y mortalidad en la cirugía oral y maxilofacial. Su presentación aguda la convierte en motivo de atención y tratamiento urgentes<sup>(5,6,7,10)</sup>.

El rango de edad y la edad máxima de aparición de los sujetos que presentaron infecciones bacterianas odontogénicas en este estudio fue con mayor frecuencia entre los 26 a 44 años (55,63 %), de manera similar a lo que se ha informado en muchos estudios que informaron la cuarta década de la vida como el período de aparición más común<sup>(24)</sup>. Según Adamson<sup>(10)</sup> los sujetos en la cuarta década de la vida (31-40 años) tuvieron la mayor incidencia (20%), seguidos por los de la tercera década de la vida (18,2%). Tamara encontró que el grupo de edad más representativo fue entre 35-59 años (60,78%)<sup>(4)</sup>.

En nuestro estudio el 58,45% estuvo conformado por el sexo femenino, esto difiere con los otros autores, en los cuales hubo predominio de sexo masculino, Tamara (62,75%)<sup>(4)</sup>, Xiaodong (59,1%)<sup>(5)</sup>, Adamson (54,5%)<sup>(10)</sup> y Igoumenakis (60,9%)<sup>(17)</sup>.

Hay diversos reportes sobre la presentación de infecciones orofaciales odontogénicas debido a las diversas estructuras de la cabeza y el cuello. En este estudio, el absceso es la infección odontogénica bacteriana más común que representa el 60,56 % de los casos observados, Esto es corroborado por los hallazgos de estudios<sup>(25)</sup>; el diagnóstico más frecuente fue un absceso de la fosa canina (n = 52; 43,3%)<sup>(9)</sup>, de

55 casos vistos, 39 (71%), presentaron absceso, esto fue seguido por angina de Ludwig con 7 casos (12,7%)<sup>(10)</sup>.

Sin embargo, nuestro estudio encontró en segundo lugar a la celulitis (26,76%), lo cual difiere de los resultados de Tamara<sup>(4)</sup>, donde la celulitis moderada resultó ser la más frecuente, representando el 74,51%. Según Alotaibi<sup>(21)</sup> la mayoría de los pacientes presentaron absceso dental, 66 pacientes (68%) y 19 pacientes (20%) presentaron infección del espacio profundo del cuello. La frecuencia de infección del espacio profundo del cuello fue significativamente mayor en pacientes con infección odontogénica mandibular (29%) que en aquellos con infección odontogénica maxilar (7%). La incidencia de la infección del espacio profundo del cuello fue significativamente mayor en pacientes con absceso dental (26%) que en aquellos sin absceso dental (6%).

Según Adoviča<sup>(22)</sup>, en las infecciones dentales, los abscesos del espacio submandibular o flemones de cuello, fueron las complicaciones más frecuentes de estas infecciones. Las infecciones dentales representaron el 70,6% de los casos de infecciones en cuello profundo.

En nuestro estudio el espacio anatómico con mayor frecuencia fue el submucoso vestibular y geniano con un 42,86% mientras que el espacio submandibular, submentoniano, sublingual tuvo un 4,76%.

Podemos decir que estos informes variados muestran las diversas presentaciones clínicas de las infecciones del espacio orofacial odontogénico. Esta diversidad puede explicarse por el hecho de que la propagación de infecciones odontogénicas se ve afectada por muchos factores, incluido el diente involucrado, la virulencia de los organismos causantes, las barreras anatómicas y la inmunidad del huésped, que varía según los individuos.

En este estudio el procedimiento quirúrgico que se utilizó con más frecuencia fue el drenaje/exodoncia (33,80%) seguido de la exodoncia (27,46%). Esto es semejante a lo encontrado por Chipana <sup>(16)</sup> donde las extracciones fueron el tratamiento quirúrgico de elección con un 50%, seguido por el drenaje más extracción con un 21,87%. Para Igoumenakis <sup>(17)</sup> el protocolo de tratamiento incluía: extracciones, la incisión del espacio afectado junto con antibióticos intravenosos. Para Chipana <sup>(16)</sup> el tratamiento farmacológico más el quirúrgico fue el principal tratamiento empleado con un 84,35% para la celulitis facial odontogénica.

Otros autores, encontraron asociación entre las infecciones odontogénicas y las complicaciones potencialmente mortales, siendo el espacio más común involucrado el espacio submandibular. Se administró una terapia antibiótica adecuada e incisión y drenaje del absceso, sin embargo, tienen un mayor riesgo de muerte (85%) <sup>(5)</sup>. Así también, se refiere otros tratamientos de drenaje por craneotomía abierta en 6 (50%) de 12 pacientes y drenaje guiado por tomografía computarizada estereotáxica en 4 (33,3%). En los cuales, de 167 abscesos intracraneales, 88 (52,7%) se originaron en una fuente de cabeza y cuello y 12 (13,6%) fueron de etiología odontogénica. En estos pacientes, es obligatoria una estrategia de tratamiento agresiva <sup>(7)</sup>.

En nuestro estudio no se encontró ningún caso reportado con estas complicaciones, lo que podría deberse a los datos del estudio retrospectivo de solo un año, en cambio, los otros estudios analizaron datos retrospectivos de más de 10 años.

En este estudio, en lo referido al tratamiento farmacológico el más usado fue el bactericida (61,97%). Esto es semejante a lo mencionado por otros estudios <sup>(10)</sup>, en donde la ceftriaxona fue estadísticamente significativamente, más potente para inhibir el crecimiento de bacterias que la amoxicilina-clavulánico. Menciona en general, que el 52% de los organismos aislados fueron sensibles a la amoxicilina-clavulánico, el 70% fueron sensibles a la ceftriaxona mientras que el 24% fueron resistentes a ambos antibióticos.

Según López-Fernández <sup>(14)</sup> el tratamiento médico-farmacológico se realiza de manera empírica, en el que la penicilina betalactámica sigue siendo el antibiótico de elección, al ser sensibles a ella los aerobios grampositivos y los anaerobios habitualmente aislados.

Los resultados del tratamiento más comunes incluyeron la consulta y el asesoramiento solamente (16%) o la extracción dental (16%).

El resultado del tratamiento de las infecciones odontogénicas difiere debido a los diversos tipos y presentaciones de infecciones y las modalidades de tratamiento empleadas por los diferentes cirujanos. La mayoría de los sujetos que presentaron absceso y celulitis tuvieron un resultado exitoso sin complicaciones. No se registró mortalidad en sujetos con absceso y celulitis. La mayoría de los abscesos fueron abscesos dentoalveolares que rara vez progresan o provocan ingreso hospitalario.

Se encontró que existe asociación entre el diagnóstico con el tratamiento quirúrgico y el farmacológico. En el presente estudio la clindamicina tuvo una mayor frecuencia de uso (49,30%) para los tratamientos de infecciones odontogénicas, seguido de oxacilina + clindamicina (19,01%). Esto es semejante a lo encontrado en el estudio de López <sup>(14)</sup>; el antibiótico que mejor penetra un absceso es la clindamicina, que alcanza una concentración de 33%. Otros antibióticos eficaces son: ceftriaxona y metronidazol. Según Ogle <sup>(18)</sup> el elemento más importante en el tratamiento de las infecciones odontogénicas es la eliminación de la fuente principal de infección con antibióticos como terapia adyuvante. Los antibióticos efectivos administrados por vía oral para las infecciones odontogénicas son: penicilina, amoxicilina, clindamicina, metronidazol, azitromicina y moxifloxacino.

## CONCLUSION

Se concluye que el diagnóstico más prevalente fue el absceso y celulitis y el procedimiento quirúrgico que se utilizó con más frecuencia fue el drenaje/exodoncia seguido de la exodoncia. En nuestro estudio en lo referido al tratamiento farmacológico el más usado fue el bactericida.

### Contribuciones de autoría

MAC: a, b, e, f, g, i, j, l

VMP: a, c, d, g, h, i, j

JDA: a, b, c, d, h, i, j, k.

GAP: a, e, f, j, l

JQL: a, e, f, j, l

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de intereses:** Los autores declararon no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Sampaio-Maia B, Caldas IM, Pereira ML, Pérez-Mongiovi D, Araujo R. The Oral Microbiome in Health and Its Implication in Oral and Systemic Diseases. *Adv Appl Microbiol.* 2016;97:171-210.
2. Meuric V, Le Gall-David S, Boyer E, Acuña-Amador L, Martin B, Fong SB, et al. Signature of Microbial Dysbiosis in Periodontitis. *Appl Environ Microbiol.* 15 de julio de 2017;83(14):e00462-17.
3. Mardini S, Gohel A. Imaging of Odontogenic Infections. *Radiol Clin North Am.* enero de 2018;56(1):31-44.
4. Batista Sánchez T, Martínez Chacón MM, Rojas Escobar RM, Tamayo Ávila JO, Méndez de Varona YB. Celulitis facial odontógena en pacientes del Hospital Lenin de Holguín. *Correo Científico Méd [Internet].* junio de 2017 [citado 11 de julio de 2021];21(2):501-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1560-43812017000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812017000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Han X, An J, Zhang Y, Gong X, He Y. Risk Factors for Life-Threatening Complications of Maxillofacial Space Infection. *J Craniofac Surg.* marzo de 2016;27(2):385-90.
6. Clancy U, Ronayne A, Prentice MB, Jackson A. *Actinomyces meyeri* brain abscess following dental extraction. *BMJ Case Rep.* 13 de abril de 2015;2015:bcr2014207548.
7. Hsu G, Zhang J, Selvi F, Shady N, August M. Do brain abscesses have a higher incidence of odontogenic origin than previously thought? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol [Internet].* 1 de julio de 2020 [citado 2 de agosto de 2021];130(1):10-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440320300316>
8. Zambrano G, Rondón R, Guerra ME. Diente más afectado por la celulitis facial de origen odontogénico en niños venezolanos. *Rev Odontopediatría Latinoam [Internet].* 2016 [citado 11 de julio de 2021];6(2). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/116>
9. Doll C, Carl F, Neumann K, Voss JO, Hartwig S, Waluga R, et al. Odontogenic Abscess-Related Emergency Hospital Admissions: A Retrospective Data Analysis of 120 Children and Young People Requiring Surgical Drainage. *BioMed Res Int.* 2018;2018:3504727.
10. Adamson OO, Gbotolorun OM, Odeniyi O, Oduyabo OO, Adeyemo WL. Assessment of predictors of treatment outcome among patients with bacterial odontogenic infection. *Saudi Dent J.* octubre de 2018;30(4):337-41.
11. Escoda CG, Aytés LB. *Tratado de cirugía bucal.* Madrid: Ergon; 2015.
12. Bayetto K, Cheng A, Goss A. Dental abscess: A potential cause of death and morbidity. *Aust J Gen Pract.* septiembre de 2020;49(9):563-7.
13. González LC, Anta MAZ, Iznola CA, Río PG del, García M del MB, Vallejo VZ. Ingresos por celulitis facial odontogénica en un hospital de Madrid. Características clínicas y tratamiento. *Acta Pediátrica Esp [Internet].* 2015 [citado 11 de julio de 2021];73(7):158-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6013346>
14. López Fernández R, Téllez Rodríguez J, Rodríguez-Ramírez A. Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas. *Acta Pediátrica México [Internet].* 1 de septiembre de 2016 [citado 11 de julio de 2021];37(5):302. Disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1250>
15. Hashem IW, Gillway D, Doshi M. Dental care pathways for adult inpatients in an acute hospital: a five-year service evaluation. *Br Dent J.* mayo de 2020;228(9):687-92.
16. Chipana H, Julia K. Prevalencia de celulitis facial odontogénica de los pacientes pediátricos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo 2013 - 2015. *Repos Tesis - UNMSM [Internet].* 2017 [citado 16 de julio de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6477>
17. Igoumenakis D, Giannakopoulos N-N, Parara E, Mourouzis C, Rallis G. Effect of Causative Tooth Extraction on Clinical and Biological Parameters of Odontogenic Infection: A Prospective Clinical Trial. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* julio de 2015;73(7):1254-8.
18. Ogle OE. Odontogenic Infections. *Dent Clin North Am [Internet].* abril de 2017 [citado 12 de julio de 2021];61(2):235-52. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0011853216301331>
19. Tampi MP, Pilcher L, Urquhart O, Kennedy E, O'Brien KK, Lockhart PB, et al. Antibiotics for the urgent management of symptomatic irreversible pulpitis, symptomatic apical periodontitis, and localized acute apical abscess: Systematic review and meta-analysis-a report of the American Dental Association. *J Am Dent Assoc.* diciembre de 2019;150(12):e179-216.
20. Vytla S, Gebauer D. Clinical guideline for the management of odontogenic infections in the tertiary setting. *Aust Dent J.* diciembre de 2017;62(4):464-70.
21. Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* noviembre de 2015;132(5):261-4.
22. Adoviča A, Veidere L, Ronis M, Sumeraga G. Deep neck infections: review of 263 cases. *Otolaryngol Pol Pol Otolaryngol.* 30 de octubre de 2017;71(5):37-42.
23. Robertson DP, Keys W, Rautemaa-Richardson R, Burns R, Smith AJ. Management of severe acute dental infections. *BMJ.* 24 de marzo de 2015;350:h1300.
24. Saito CTMH, Gulinelli JL, Marão HF, Garcia IR, Filho OM, Sonoda CK, et al. Occurrence of odontogenic infections in patients treated in a postgraduation program on maxillofacial surgery and traumatology. *J Craniofac Surg.* septiembre de 2011;22(5):1689-94.

25. Akinbami BO, Akadiri O, Gbujie DC. Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria. J

Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. octubre de 2010;68(10):2472-7.

---

Medaliht Angeles Chumbiriza  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8823-7704>  
Correo: [Medaliht.gud.09@gmail.com](mailto:Medaliht.gud.09@gmail.com)

Victor Moreno Prieto  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6118-0189>  
Correo: [Victor1053644@gmail.com](mailto:Victor1053644@gmail.com)

Juana Delgadillo Avila  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3097-9371>  
Correo: [jdelgadilloa@unmsm.edu.pe](mailto:jdelgadilloa@unmsm.edu.pe)

Gloria Arellano Porras  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6638-0972>  
Correo: [garellano@unfv.edu.pe](mailto:garellano@unfv.edu.pe)

José Quiñonez Lozano  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4986-8065>  
Correo: [Jdql2005@yahoo.es](mailto:Jdql2005@yahoo.es)

**Copyright** © La revista. La revista Kiru es publicada por la Facultad de Odontología de la [Universidad de San Martín de Porres](#), en Lima, Perú.