

**Caso 122****Flemón dentario, ¿cuándo debemos preocuparnos?**

AYOSE PÉREZ MIRANDA, CARMEN ROSA HERNÁNDEZ  
RODRÍGUEZ, MANUEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ,  
DÁCIL CÁRDENES JIMÉNEZ, ANTONIO NOVAL DE LA TORRE,  
LUIS LÓPEZ ALVA

Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria

**HISTORIA CLÍNICA– ANTECEDENTES**

Paciente varón de 32 años de edad, sin antecedentes personales patológicos conocidos. Una semana antes se le había realizado extracción de dos piezas dentarias en arcada superior, precisando acudir en dos ocasiones al servicio de urgencias extrahospitalario y de nuestro hospital por cuadro de flemón dentario en arcada superior, donde la segunda vez debido a su mala evolución se solicitó TAC de cuello y macizo facial con diagnóstico de probable poliposis nasosinusal con pansinusitis, cambios inflamatorios en partes blandas de hemifaceta derecha postextracción sin visualizar colecciones que sugieran flemón dentario, Por lo que se procedió al alta del paciente con diagnóstico de flemón dentario con tratamiento de amoxicilina clavulánico a dosis de 2 gramos/125 cada 12 horas.

Tras 24 horas del alta, es remitido a urgencias en ambulancia de soporte vital básico por cuadro de fiebre de 39 y afectación del estado general. En el momento de la transferencia a nuestro box de exploración el paciente comienza a convulsionar, cediendo con tratamiento médico con benzodiazepinas.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

A su llegada al servicio de urgencias impresiona de gravedad con afectación del estado general con fiebre de 39,5 °C con TAS 70 y TAD 30 con FC 130 latidos por minutos, destaca en el examen físico celulitis periorbitaria en hemifaceta derecha, así como cuadro letárgico que persiste tras la crisis comicial con Glasgow en torno a 13-14 puntos. El resto de la exploración es completamente anodina.

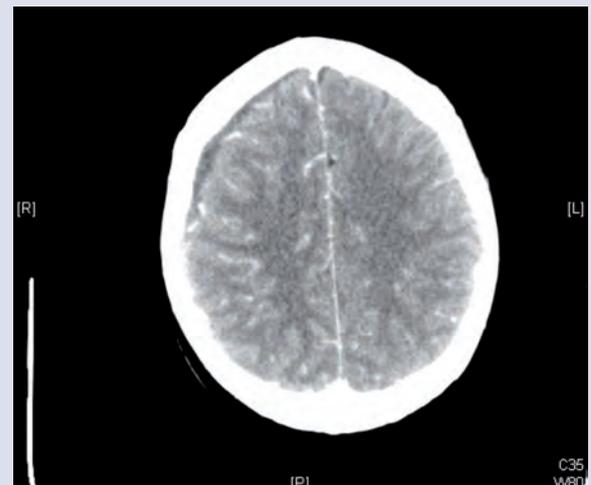
**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Simultáneamente al inicio de las medidas terapéuticas se solicitan control analítico del paciente en el que se objetivan: Hemograma con hemoglobina 11.4, hematocrito 32.7%, leucocitos  $5.30 \times 10^3$  con 88,9 % de neutrófilos y 4,45 linfocitos, bioquímica con función renal normal, lactato 2,6 mM/L, gaseometría con acidosis metabólica compensada. Se envían muestras para microbiología de Hemocultivos y cultivo de LCR.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN SERVICIO DE URGENCIAS**

En este momento nos encontramos ante un paciente con situación de Shock Séptico secundario a infección de la cavidad bucal, con celulitis periorbitaria con mala evolución a tratamiento antibiótico previo así como crisis comicial secundaria a esta. El cuadro convulsivo con el deterioro del nivel de conciencia nos hace plantearnos como primera opción por un lado infección craneal (ya sea en forma de meningoencefalitis o colección purulenta intracraneal) o cuadro convulsivo secundario al bajo gasto como causa menos probable. Es en este momento cuando debemos completar nuestro diagnóstico con una prueba de imagen.

En nuestro paciente se realiza un TAC de Cráneo donde se objetiva la celulitis periorbitaria derecha con extensión hacia arco cigomático, una colección extraaxial localizada en espacio subdural de región frontal derecha con diámetro de 5 mm sugestivo de empiema subdural con efecto masa con mínima



**Figura 1**

compresión sobre el asta frontal ipsilateral derecha. Se adjuntan imágenes del TAC (Figura 1). Se realiza una punción lumbar donde se observan 20 leucocitos con 90% mononucleares con glucosa 52, Proteínas 25,3 y Lactato 2,64.

## TRATAMIENTO SERVICIO DE URGENCIAS

En nuestro paciente se realizan inicialmente medidas para tratar la crisis comicial con benzodiazepinas, y posteriormente con impregnación con fenitoina, además se inician medidas de apoyo a la situación de shock con reposición con suero terapia sin llegar a precisar catecolaminas. Por otro lado, ante cualquier foco infeccioso se deben tomar dos medidas iniciar tratamiento empírico según el germen sospechado en nuestro caso se inicio tratamiento con ceftriaxona a dosis de 2 gramos y metronidazol a dosis de 500 mg sospechando causa odontogénica y corticoides por el edema cerebral. El paciente se traslado a quirófano para drenaje de la colección por parte de neurocirujanos y cirujanos maxilofaciales tras lo cual fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización postquirúrgica donde permaneció durante 24 horas, siendo trasladado a planta con tratamiento con piperazilina tazobactam/clindamicina y vancomicina.

## EVOLUCIÓN

El paciente durante su estancia en planta no termina de evolucionar de manera satisfactoria, persistiendo fiebre y con deterioro progresivo del nivel conciencia por lo que se decide realizar un nuevo TAC donde se objetiva un aumento de la colección a nivel frontal hasta 8 mm, edema cerebral, con herniación transfalcial y edema cerebral por lo que se decide nuevo tratamiento quirúrgico con craneotomía y desbridamiento de el empiema.

Durante su nueva estancia en la UMI el paciente no termina de evolucionar de manera adecuada sospechándose un estado de inmunosupresión, confirmándose positividad para el VIH con CD4 < 10 con carga viral elevada. Los gérmenes aislados fueron *Prevotella bivia* y *Fusobacterium nucleatum* ambos gérmenes de la flora polimicrobiana odontogénica. El paciente terminó falleciendo debido a su mala evolución y daño cerebral 5 días después de su ingreso en UMI.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Empiema Subdural y celulitis periorbitaria secundaria infección odontogénica postextracción en VIH en estadio avanzado (no conocido).

## DISCUSIÓN

Cada día acuden a nuestros servicios de urgencias pacientes con infecciones odontogénicas y flemones dentarios. La evolución tórpida de nuestro paciente hasta su nefasto diagnóstico final de exitus, nos hace plantearnos cuales son aquellos pacientes en los que debemos ser más agresivos con su tratamiento. Quizás una historia clínica y una anamnesis dirigida (buscando cuadros infecciosos previos, factores de riesgo, etc.) a buscar estados de inmunosupresión nos hubiera servido de alarma para esta labor. Por otro lado, la no disponibilidad de muchos servicios de urgencias como el nuestro de poder determinar un serología urgente para VIH, así como la no posibilidad de determinar el germen etiológico del foco de infección y pautar tratamiento antibiótico de manera empírica hacen más complicada la labor del medico de urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manejo de Infecciones en Urgencias. Agustín Julian Jimenez. Capitulo 28. Infecciones odontogénicas. 17. Absceso Cerebral y 18. Infecciones parameningeas
2. Medicina de Urgencias. Luis Jimenez Murillo. Síndrome Meníngeo y absceso cerebral
3. Los 5 minutos claves en la consulta de enfermedades Infecciosas.

## COMENTARIO EDITORIAL

El caso clínico que nos muestran los autores hace referencia a un tipo de patología aparentemente banal y en ocasiones poco considerada como es el caso de la infección odontógena. Sin embargo ésta supone la infección cérvicofacial más común en urgencias y la tercera causa de prescripción de antibióticos en la comunidad. Habitualmente es una infección localizada con buen pronóstico siendo la complicación más frecuente la pérdida del diente afectado, sobre todo por caries en jóvenes y enfermedad periodontal en adultos. No obstante, tal y como se muestra en el presente caso clínico, puede dar lugar a complicaciones por contigüidad y sistémicas de carácter grave con un desenlace fatal. Por ese motivo resulta esencial un reconocimiento precoz y un tratamiento adecuado.

En este caso los autores nos muestran a un paciente con un antecedente reciente de extracción dentaria del que desconocemos si empleó profilaxis antibiótica, aspecto que podría llegar a ser de relevancia en un paciente inmunosuprimido. El desarrollo posterior es el de la aparición de una inflamación no necrótica del tejido celular subcutáneo conocida como flegmón o celulitis que puede llegar a abscesificarse con el tiempo. Para evitarlo es fundamental iniciar tratamiento antibiótico empírico frente a los microorganismos más frecuentemente involucrados, la asociación de amoxicilina-clavulánico supone una buena opción en base a su cobertura de microorganismos aerobios y anaerobios. Por otro lado la asociación de fiebre con afectación del estado general y sintomatología extraodontógena, como la focalidad neurológica expresada por un cuadro comicial, debe hacernos pensar en una infección odontógena complicada o diseminada de peor pronóstico. En nuestro caso la asociación de fiebre alta y taquicardia es indicativa de Síndrome de Respuesta inflamatoria Sistémica (SIRS) que en caso de tratarse de una infección denominaríamos como sepsis, y concretamente sepsis grave dada la asociación de alteración del nivel de consciencia, posiblemente asociada a Shock distributivo con hipotensión refractaria al aporte de fluidos.

En el presente caso destacan algunos detalles sorprendentes como la presencia de unos niveles de lactato sólo levemente elevados, y la ausencia de leucocitosis en el contexto clínico en el que se encontraba el paciente. Por otro lado, los resultados de la punción lumbar no son claramente indicativos de una infección piógena del SNC como queda demostrado en base a las imágenes del TC cerebral. De hecho los datos que arrojan el análisis del LCR con unas escasas 20 células de predominio mononuclear, sin una marcada hiperproteínorraquia y niveles de glucosa sólo discretamente disminuidos (si bien desconocemos los datos de la glucemia del paciente) podría corresponder a una etiología viral y quizá así sea dado el sorprendente diagnóstico de infección avanzada por el VIH que posteriormente quedará objetivado. No obstante la rentabilidad y el aporte al diagnóstico microbiológico es pobre en el caso de un empiema subdural, sin llegarse a identificar bacterias en el LCR en la mayoría de los casos.

En relación con el proceso diagnóstico la presencia de datos de afectación neurológica en un paciente con infección odontógena que rompe barreras y se extiende a otros espacios anatómicos circundantes como la región orbitaria y muy probablemente los senos paranasales adyacentes, debe hacernos pensar en una complicación por contigüidad a estructuras del SNC pudiendo desarrollarse un empiema subdural. Éste se caracteriza por la presencia de una colección purulenta focal intracraneal entre la duramadre y la aracnoides y supone aproximadamente el 20% de las infecciones focales del SNC. Su rápido crecimiento hace que se comporten como lesiones ocupantes de espacio lo que justificaría la presencia de focalidad neurológica o crisis comiciales como en el caso que nos acontece. Frecuentemente se asocia a edema cerebral e hipertensión intracraneal, aspecto a tener en cuenta a la hora de plantear una punción lumbar, dado que en estos casos estaría contraindicada. Por ese motivo el TC con contraste y sobre todo la RMN son las pruebas de elección en el diagnóstico del empiema subdural.

En cuanto a la cobertura antibiótica empleada cabe destacar que los microorganismos esperados corresponderían a la flora implicada en la infección odontógena, destacando la flora aerobia GRAM (+) y anaerobios, siendo los más frecuentes *Streptococcus* (principalmente grupo viridans), *peptostreptococcus*, *prevotella*, *porphyromonas* y *fusobacterium* spp. Desde este punto de vista el tratamiento inicial con amoxicilina-clavulánico, un betalactámico con metronidazol, o clindamicina podrían ser suficientes, aunque en el caso de un paciente inmunosuprimido deba plantearse una cobertura de aerobios GRAM (-) como la *pseudomonas* por lo que el tratamiento a plantear podría incluir bien piperacilina-tazobactam, un carbapenem con actividad antipseudomona o cefepime asociado a clindamicina o me-

tronidazol. Un hecho a tener en cuenta incluye el hecho de que las dosis a emplear deben ser suficientes para difundir a través de la barrera hematoencefálica, a pesar de que la inflamación local aumente esta capacidad de difusión.

No obstante, el tratamiento de elección pasa por la evacuación quirúrgica del material purulento lo que disminuye el efecto de masa, y permite una mejor penetración de antimicrobianos. La toma de muestras microbiológicas durante la cirugía puede ser de gran ayuda. En el caso expuesto por los autores los agentes microbiológicos involucrados corresponden a la flora esperada en el caso de una infección odontógena aunque no se especifica si fueron aislados en la muestra quirúrgica o en hemocultivos.

Por otro lado, es importante hacer referencia a la importancia de la evolución de nuestros pacientes ya que, como ocurre en este caso, la evolución tórpida asociada a una sospechosa ausencia de leucocitosis con linfopenia marcada puede hacernos plantear una situación de inmunosupresión. Cabría valorar en este caso si el paciente presentaba datos de candidiasis orofaríngea algo que es muy probable en un paciente con inmunosupresión celular severa por VIH, y que podría ayudar a sospechar inmunosupresión desde la primera valoración en urgencias, resultando accesible y pudiendo dirigir la eventual decisión de realizar un test rápido de VIH.

Finalmente queda resaltar la reiterada refrecuentación del paciente al servicio de urgencias, aspecto de una enorme importancia y que debe hacernos profundizar en el diagnóstico y sus complicaciones o bien contemplar otros diagnósticos alternativos evitando así los errores que en ocasiones suponen los diagnósticos heredados.

**Jorge García Lamberechts.**  
**Hospital Clínico San Carlos. Madrid**