

ABSCESO SUBMAXILAR: REPORTE DE CASO EN UNA PACIENTE EMBARAZADA

SUBMANDIBULAR ABSCESS: A CASE REPORT IN PREGNANT WOMAN

Dr. Ramón A. Álvarez-Gil¹, Dra. Mariana Cházaro-Ceceña², Iris Camez-Osuna³, Zaira I. de la O-Pérez³, Lesli N. Flores-Razo³, Dayana L. López-Fleischer³

¹Ginecólogo y obstetra del Hospital Infantil del Estado de Sonora Dra. Luisa María Godoy Olvera. Avenida 8 s/n, C. P. 83105. Hermosillo, Son. Identificador ORCID: 0009-0003-2133-9572.

²Residente de primer año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infantil del Estado de Sonora Dra. Luisa María Godoy Olvera. Avenida 8 s/n, C. P. 83105. Hermosillo, Son. Identificador ORCID: 0009-0006-5931-2561.

³Estudiante de décimo semestre de licenciatura en medicina. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora, Unidad Regional Centro, Campus Hermosillo. Blvd. Luis Donaldo Colosio esq. con Reforma, C. P. 83000.

Identificador ORCID: Camez-Osuna I., 0009-0007-4701-4230; De la O-Pérez Z., 0009-0009-3708-7174; Flores-Razo L., 0009-0002-3300-1491; López-Fleischer D., 0009-0007-2328-7138.

*Correo-e de autor de correspondencia: dr.alvarezgil@gmail.com

RESUMEN

Las infecciones de origen odontogénico son procesos infecciosos severos que afectan los espacios anatómicos cervicales y faciales, y son potencialmente mortales.

Un absceso submandibular es una inflamación acompañada de formación de pus en la región submandibular, siendo este un espacio de la región profunda del cuello.

Se presenta un caso de paciente femenino de 24 años con 27.2 semanas de gestación confirmadas por ultrasonido, quien acude al servicio de urgencias por tumoración maxilar izquierda de 2 semanas de evolución, que aumentó de tamaño en los 3 días previos a la fecha de diagnóstico, acompañado de rubor e hipertermia ocasional, dolor intenso tratado con paracetamol 500 mg y naproxeno 500 mg durante la noche diariamente; disnea y fiebre negadas. El feto se presentó con adecuada motilidad; sin pérdidas transvaginales, así como signos y síntomas de inflamación sistémica negados.

El caso presentado es relevante para la investigación médica, ya que es una patología poco descrita en reportes de caso, su presentación en el embarazo no es propiamente inusual, debido a que cualquier paciente con una infección periodontal puede presentar un absceso de dicho origen.

Palabras clave: infección odontogénica, absceso, embarazo, submaxilar

ABSTRACT

Infections of odontogenic origin are severe infectious processes that affect the cervical and facial anatomical spaces and have become one of the most difficult complications to manage. A submandibular abscess is an inflammation accompanied by pus formation in the submandibular region, this being a space in the deep region of the neck.

We present a case of a 24-year-old female patient with 27.2 weeks of gestation confirmed by ultrasound, who went to the emergency department due to a left maxillary tumor of 2 weeks of evolution, which increased in size in the 3 days prior to the date of diagnosis, accompanied by flushing and occasional hyperthermia, intense pain treated with paracetamol 500 mg and naproxen 500 mg overnight daily, dyspnea and fever denied. The fetus presented with adequate motility; transvaginal leakage as well as signs and symptoms of systemic inflammation denied.

The case presented is relevant for medical research, since it is a pathology that is rarely described in case reports. Its presentation during pregnancy is not unusual, because any patient with a periodontal infection can present an abscess of said origin.

Keywords: odontogenic infection, abscess, pregnancy, submandibular

Introducción

Las infecciones de origen odontogénico son procesos infecciosos severos que afectan los espacios anatómicos cervicales y faciales, y que han llegado a ser una de las complicaciones de más difícil manejo.¹ Dicha infección afecta estructuras que forman el diente y el periodonto, destacando las caries, pulpitis, absceso periapical, gingivitis, periodontitis y pericoronitis, presentándose comúnmente como abscesos.

Anatómicamente, el espacio submaxilar está limitado por la mucosa oral del suelo de la boca y por la capa superficial de la fascia cervical profunda. Se divide a su vez en dos espacios: submental y sublingual. El primero se delimita, lateralmente, por los vientres anteriores del músculo digástrico; superiormente, por el músculo milohioideo; y externamente, por la piel. Contiene la porción profunda más pequeña de la glándula submandibular y el conducto de Wharton, y se encuentra involucrado con los incisivos mandibulares; el segundo espacio (sublingual) limita en su parte anterolateral con la cara interna del

cuerpo mandibular, posteriormente, con el hueso hioides; superiormente, con la mucosa oral lingual; e inferiormente, con el músculo milohioideo. Contiene la porción superficial más grande del espacio submandibular y sus ganglios linfáticos; se involucra con premolares y molares inferiores e incisivos inferiores.

La flora de la cavidad bucal es diversa y está dominada por bacterias anaerobias y anaerobias facultativas, siendo el género más común *Streptococcus*. Las especies comunes incluyen *S. mitis*, *S. sanguinus*, *S. salivarius* y *S. anginosus*. Otras bacterias grampositivas notables son los difteroides y las especies de *Clostridium*, un género común de bacterias anaeróbicas nativas de la cavidad oral. Dada la diversa flora bacteriana de la cavidad oral, casi todas las infecciones odontogénicas son polimicrobianas.²

Si no se tratan o se tratan mal, las enfermedades periodontales comunes o las caries dentales pueden provocar procesos infecciosos críticos y causar consecuencias graves, como absceso periodontal o

CASO CLÍNICO

periapical, celulitis facial, infecciones profundas del cuello (DNI), angina de Ludwig, mediastinitis y absceso cerebral.³

Un absceso es una acumulación de pus que se localiza en un saco formado en el tejido provocado por un proceso de infección por bacterias, parásitos u otros cuerpos extraños.⁴ El objetivo de su formación es evitar que agentes infecciosos se propaguen a otras partes del cuerpo.

Un absceso submandibular es una inflamación acompañada de formación de pus en la región submandibular. El origen del proceso infeccioso proviene de los dientes, suelo de la boca, faringe, ganglios linfáticos submandibulares, sialoadenitis, linfadenitis, laceración oral o fractura de mandíbula; 70-85 % de los casos son causados por infección de los dientes.⁴

Las infecciones profundas del cuello son inusuales y presentan un problema desafiante debido a la anatomía compleja y las complicaciones potencialmente fatales que pueden ocurrir. Los espacios del cuello se comunican entre sí formando vías por las cuales las infecciones pueden extenderse a grandes áreas. El origen de la mayoría de ellas son infecciones odontogénicas, siendo frecuentemente afectado el espacio submandibular.⁵

El embarazo se asocia con muchos cambios fisiológicos y hormonales, lo que plantea muchos desafíos al cirujano oral y maxilofacial. Si no se toman las precauciones adecuadas, estas alteraciones pueden derivar en complicaciones graves.⁶ Debido a que el feto actúa como un injerto semiallogénico que contiene antígenos de origen materno y paterno, el sistema inmune de la madre sufre la supresión de diversas funciones inmunológicas humorales mediadas por células, además de mantener una respuesta inflamatoria y niveles de citocinas proinflamatorias elevados en superficies

mucosas para proteger contra patógenos, y niveles más bajos de inflamación a mitad del embarazo, lo que las hace más vulnerables a infecciones.

Presentación del caso

Se presenta paciente femenino de 24 años con 27.2 semanas de gestación confirmadas por ultrasonido, quien acudió al servicio de urgencias, el 14 de agosto de 2023, por tumoración maxilar izquierda de 2 semanas de evolución (**Figura 1**), que aumentó de tamaño en los 3 días previos a la fecha de diagnóstico, acompañado de rubor e hipertermia ocasional, dolor intenso tratado con paracetamol 500 mg y naproxeno 500 mg durante la noche diariamente; disnea y fiebre negadas. El feto se presentó con adecuada motilidad; sin pérdidas transvaginales, así como signos y síntomas de inflamación sistémica negados.

En los antecedentes heredofamiliares se destaca madre con enfermedad cardiovascular; en antecedentes patológicos personales se niegan enfermedades crónico-degenerativas, cirugías, transfusiones y alergias. Como antecedentes personales no patológicos, menciona toxicomanía de metanfetaminas, inicio a los 17 años, ocasional de 1-2 veces por semana, último consumo hace 1 año. Malos hábitos higiénico-dietéticos.

En cuanto a antecedentes gineco-obstétricos, menarca a los 15 años, ciclos menstruales irregulares, 5 gestas, 2 partos y 2 abortos; inicio de vida sexual activa a los 16 años con 3 parejas sexuales de alto riesgo, niega uso de método de planificación familiar, Papanicolau no realizado.

Gesta 1: parto único espontáneo en 2017, recién nacido vivo a término, desconoce peso, sin complicaciones.

CASO CLÍNICO



Figura 1. Vista frontal de tumoración maxilar izquierda

Gesta 2: parto único espontáneo en 2019, recién nacido vivo a término, desconoce peso, sin complicaciones.

Gesta 3: desconoce año, aborto incompleto del primer trimestre, se realizó legrado uterino instrumentado (LUI), sin complicaciones.

Gesta 4: desconoce año, aborto incompleto del primer trimestre, se realizó LUI, sin complicaciones.

Gesta 5: embarazo actual, sin control prenatal, 1 ultrasonido con reporte normal, inicio hemáticos desde segundo trimestre, curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) no realizada, desconoce infecciones de vías urinarias y cervicovaginitis; vacunas de influenza y tétanos-difteria-pertussis acelular no administradas.

En la exploración física se encontró aumento de volumen a nivel de región submandibular izquierda, limitado al borde mandibular, involucrando espacio 1B, con edema, eritema y coloración violácea en la prominencia, con un tamaño aproximado de 15 x 10 cm; abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo único en

situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 155 lpm, genitales íntegros y pelvis clínicamente útil, al tacto cérvix posterior, cerrado, firme, membranas íntegras, Tarnier y Valsalva negativos.

Se inició abordaje con biometría hemática completa que demostró hemoglobina 9.0, hematocrito 29.1, VCM 84.3, HCM 26, RDW 16.9, leucocitos 11.2, plaquetas 572 000, VSG 18, compatible con anemia por deficiencia de hierro. Posteriormente, se realizó tomografía axial computada simple de cráneo y cuello que reportó una masa de aproximadamente 75 x 35 x 63 mm que involucra el espacio masticador y submandibular izquierdo con un aspecto isodenso al músculo y centro hipodenso sugestivo de colección. Se calcula un volumen aproximado de 85 cc. Dicha lesión condiciona un desplazamiento lateral, sin aparente involucro del músculo esternocleidomastoideo ipsilateral.

Para su drenaje, se realizó asepsia y antisepsia en sitio quirúrgico, por medio de una incisión de 4 cm de manera anteroposterior por debajo del reborde mandibular izquierdo, posteriormente, se realizó disección digital en dicho espacio con salida de material purulento, fétido, color amarillo grisáceo, siendo aproximadamente 50 cc. Por último, se realizó lavado con isodine más solución salina dentro de cavidad, se coloca penrose y se cierra con vicryl 4.0 plano muscular, cierre de piel con nylon 3.0 y se da por terminado procedimiento sin incidentes ni accidentes.

Se inició plan farmacológico con clindamicina 600 mg VO cada 8 horas, ceftriaxona 1 gr IM cada 12 horas, omeprazol 40 mg VO cada 24 horas, paracetamol 500 mg VO cada 8 horas, ketorolaco 10 mg VO cada 8 horas, hierro dextrán 100 mg IM cada 72 horas por 3 días y sulfato ferroso 200 mg VO 1 cada 24 horas por 90 días y laboratorios seriados por 5 días.

CASO CLÍNICO

Se realizaron lavados de sitio quirúrgico a través de penrose en piso de hospitalización, con solución yodada y, posteriormente, solución salina cada 12 horas durante 7 días, al séptimo día se retiró penrose sin complicaciones.

Se pide valoración con estomatología, a la cual la paciente no acude.

Durante los laboratorios seriados se presentó una disminución en la hemoglobina, hematocrito, leucocitos y plaquetas en los primeros cuatro días; al quinto día, los valores fueron hemoglobina 8.5, hematocrito 27.1, VCM 83.8, HCM 26.3, RDW 16.6, leucocitos 7.9 y plaquetas de 477 000.

El día 15 de octubre regresó al servicio de urgencias por reincidencia del absceso en la misma región, con edema, eritema y tamaño aproximado de 5 x 6 cm. A pesar de tratamiento adecuado, la paciente no aceptó la hospitalización y siguió tratamiento desde casa (**Figura 2**); dos días después, el absceso tuvo ruptura espontánea.



Figura 2. Vista frontal de tumoración maxilar izquierda

El día 27 de octubre ingresó por trabajo de parto en fase activa con 38.5 semanas de gestación por test de Capurro, feto vivo, peso de 2850 gr, talla 47 con Apgar 8/9 y Silverman 0.

Discusión

Las infecciones del espacio submandibular, como todas las infecciones de origen odontogénico, representan un desafío para el diagnóstico y tratamiento debido a la anatomía compleja y las complicaciones potencialmente graves que puedan surgir en una paciente embarazada. Dentro de dichas complicaciones se encuentran el parto pretérmino, bajo peso al nacimiento y aquellas letales, como la muerte materna y/o fetal.

La cavidad bucal humana ofrece el portal perfecto de entrada a virus y bacterias del medioambiente, por lo tanto, es uno de los hábitats más densamente poblados del cuerpo humano. Las especies del género *Actinomyces* se encuentran a nivel supra-gingival e infragingival y en fisuras de la lengua. Otras bacterias como *Veillonella parvula* y *Neisseria* pueden ser aisladas en todos los hábitats orales. También puede existir colonización intracelular en células epiteliales de la cavidad bucal por complejos bacterianos constituidos por *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* y *Tannerella forsythia*.⁷

El estado alterado de inmunocompetencia del huésped, el aumento de la resistencia bacteriana, el estado nutricional de la paciente, la virulencia de las bacterias, estado socioeconómico y factores locales, como la higiene, juegan un papel importante en la propagación de la infección y, con esto, en el aumento de la gravedad del caso.

Las infecciones submandibulares generalmente son causadas por sialoadenitis, linfadenitis, traumatismo o cirugía de la glándula submandibular, o bien, como consecuencia de una infección de otros espacios profundos del cuello.

CASO CLÍNICO

Durante el embarazo, los cambios fisiológicos que se presentan pueden dar lugar a variaciones significativas en la flora microbiana oral y pueden promover la colonización de diversos patógenos. El aumento de los niveles circulantes de estrógenos y progesterona tiene un papel fundamental en el desarrollo de condiciones patológicas en dicha cavidad, las principales alteraciones son del sistema vascular gingival, de la respuesta inmune, la composición química, los niveles de pH y del suelo subgingival normal.

En el primer y segundo trimestre del embarazo, la prevalencia de *P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. intermedia*, *T. denticulate* aumenta significativamente.

Las infecciones odontogénicas y sus complicaciones tienen efectos potencialmente malignos en las mujeres gestantes y sus fetos en desarrollo, y se han asociado con varios resultados deficientes en el embarazo, como parto prematuro, bajo peso al nacer, así como la muerte materna y/o fetal.

Se evidencian los signos y síntomas clásicos de la inflamación: dolor, enrojecimiento, calor, edema y pérdida de función. Dependiendo de la gravedad de la infección, se presentan elevación térmica, diaforesis, malestar general, odinofagia, disnea, disfagia y trismo; algunos de estos son indicadores de una infección que requiere tratamiento hospitalario por parte de un especialista.⁸

El tratamiento de las infecciones de los espacios profundos del cuello representa un reto, ya que el uso inadecuado de antibióticos, esteroides y antiinflamatorios no esteroideos puede enmascarar signos de infección y cambiar la presentación clínica, dificultando el diagnóstico y provocar un curso lento de la enfermedad, retraso en la recuperación y representa mayor riesgo de complicaciones. El abordaje adecuado es el drenaje del

absceso extraoral, tratamiento antibiótico de amplio espectro, extracción de la fuente de infección oral y seguimiento. También puede realizarse un cultivo de la secreción extraída o estudio microbiológico para adaptar el tratamiento al microorganismo encontrado.

El patrón microbiológico es generalmente polimicrobiano. Por lo tanto, la terapia antibiótica empírica debe estar dirigida a patógenos aeróbicos y anaeróbicos.

En el caso, se presenta una paciente femenina de 24 años con 27.2 semanas de gestación, se establece diagnóstico de absceso submaxilar, el cual es drenado por el servicio de otorrinolaringología, se da tratamiento farmacológico y se refirió al departamento de estomatología. De acuerdo con la literatura revisada, el abordaje del caso fue el adecuado, sin embargo, no se cuenta con mucha bibliografía que aborde el absceso submaxilar durante el embarazo.

Conclusión

La relevancia del presente artículo radica en la importancia de llevar adecuadamente el control prenatal y la detección oportuna de datos de alarma que pueden repercutir negativamente en la gestación, tanto a la madre como al feto.

En el caso redactado, la paciente presentaba malos hábitos higiénicos y dietéticos, toxicomanías, control prenatal inadecuado y mal apego al tratamiento; los cuales son factores predisponentes para el desarrollo de infecciones en los espacios profundos del cuello y sus posibles complicaciones, tales como pericarditis, infecciones de la vía aérea, pleuritis, linfadenopatía y parto pretérmino.

La correcta higiene bucal es un elemento esencial para el estado de salud óptimo en el embarazo y en etapas no gestacionales, es fundamental para

CASO CLÍNICO

la prevención de infecciones locales graves, como abscesos dentales, que pueden tener consecuencias devastadoras para la salud del binomio.

Se recomienda que cuando se confirme el embarazo se dirija a la paciente a consulta con estomatología para una revisión de la cavidad oral; de igual manera, contar con una cita de seguimiento a los 6 meses, para así revisar la cavidad, identificar y tratar lesiones con el fin de evitar infecciones en los espacios profundos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo de Salubridad General. Guía de referencia rápida prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas en adultos en el primer y segundo nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; s.f. [https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/sbucal/Guias/GPC_RR_PREV_DX_Y_TX_DE_INFECCIONES_ODONTOGENICAS\[1\].pdf](https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/sbucal/Guias/GPC_RR_PREV_DX_Y_TX_DE_INFECCIONES_ODONTOGENICAS[1].pdf)
2. Hoerter J, Malkin B. Odontogenic Orofacial Space Infections. Treasure Island: StatPearls; 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk589648/>
3. Pucci R, Cassoni A, Di Carlo D, Della Monaca M, Romeo U, Valentini V. Severe Odontogenic Infections During Pregnancy and Related Adverse Outcomes. Case Report and Systematic Literature Review. *Trop Med Infect Dis.* 2021; 6(2):106. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6020106>
4. Septikasari R, Riawan L y Sylviana M. Management of Left Submandibular Abscess Due to Sialolith: A Case Report. *International Journal of Medical Reviews and Case Reports.* 2020; 4(9):65-68. <https://mdpub.net/fulltext/172-1596784381.pdf>
5. Boscolo-Rizzo P, Da Mosto MC. Submandibular Space Infection: A Potentially Lethal Infection. *Int J Infect Dis.* 2009; 13(3):327-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2008.07.007>
6. Wazir S, Khan M, Mansoor N, Wazir A. Odontogenic Fascial Space Infection in Pregnancy - A Study. *Pakistan Oral & Dental Journal.* 2013; 33(1):17-22. http://podj.com.pk/archive/April_2013/PODJ-4.pdf
7. Cruz-Quintana S, Díaz-Sjostrom P, Arias-Socarrás D y Mazón-Baldeón G. Microbiota de los ecosistemas de la cavidad bucal. *Rev Cubana Estomatol.* 2017; 54(1):84-99. <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1323>
8. Ortiz R, Espinoza V, Odontogenic Infection. Review of the Pathogenesis, Diagnosis, Complications and Treatment. *Res Rep Oral Maxillofac Surg.* 2021;5:2. <https://doi.org/10.23937/2643-3907/1710055>
9. Castillo-Toledo L, Nazario-Dolz A, Rodríguez-Fernández Z. Tratamiento del absceso odontógeno submandibular y del espacio bucal. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.* 2021; 5:2. <https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/187/379>
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL *et al.* *Williams Obstetrics.* 26a ed. Estados Unidos de América: McGraw-Hill Education; 2022.
11. Kumar M, Saadaoui M, Al Khodor S. Infections and Pregnancy: Effects on Maternal and Child Health. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022; 12:873253. <https://doi.org/10.3389%2Ffcimb.2022.873253>

CASO CLÍNICO

12. Esparza-Loredo SB, Aranda-Romo MS, Noyola-Frías MÁ, Sánchez-Vargas LO. Principios fundamentales para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revisión de la literatura. Rev Odont Mex. 2020; 24:1. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/77547>
13. Flint P, Francis HW, Haughey BH, Lesperance MM, Lund VJ y Robbins KT *et al.* Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7 edición. Elsevier; 2020.