

# Adenoflemón-osteomielitis



Montero Reina A<sup>1</sup>, Ledesma Albarrán JM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MIR Pediatría. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

<sup>2</sup>Pediatra. UGC Puerta Blanca. Málaga. España.

### PUNTOS CLAVE

- La mayoría de las infecciones periodontales tienen origen odontógeno, siendo las caries y la enfermedad periodontal las más frecuentes.
- Suele tratarse de infecciones leves y autolimitadas. La principal forma clínica de presentación es el flemón dentario.
- El diagnóstico es clínico y el tratamiento se basa en antibioterapia empírica de los gérmenes más frecuentes; son de elección los betalactámicos.
- Ante un cuadro de evolución tórpida, habrá que sospechar una complicación; será necesaria la realización de pruebas complementarias y el inicio probable de antibioterapia vía sistémica.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años, sin antecedentes de interés, con adenoflemón derecho y fiebre de tres días de evolución. Refería haberse realizado un empaste en el cuadrante inferior derecho tres días antes. Dada la existencia de síntomas sistémicos, se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico, que se mantiene más de diez días por persistencia de la tumefacción y de las molestias locales.

Debido al empeoramiento de la sintomatología, con empastamiento local sin trismus, sialorrea y disfagia, se deriva a Urgencias, donde se le realiza una analítica con resultado anodino y una ecografía local que pone de manifiesto la disrupción de la cortical mandibular derecha y una colección laminar compatible con osteomielitis de origen odontógeno (Figura 1). Ingresa

para antibioterapia sistémica con amoxicilina-clavulánico y control del foco.

Durante su ingreso, se realiza exodoncia de la pieza y legrado. A pesar de ello, continúa con tumefacción local, y no se aprecian cambios en la ecografía, por lo que se decide el drenaje quirúrgico con una toma de cultivo. Se aísla *Enterobacter asburiae*, productora de betalactamasas tipo AmpC. Se modifica la antibioterapia a ciprofloxacino, tras lo cual el paciente presenta una mejoría clínica, lo que permite el tránsito a antibioterapia vía oral y que pueda ser dado de alta con seguimiento en consultas externas del Servicio de Infecciosas. La resonancia magnética realizada previamente al alta, fue normal.

### INTRODUCCIÓN

La mayoría de las infecciones orofaciales son de origen odontógeno, siendo las más frecuentes las caries dentales y la enfermedad periodontal. Como factores de riesgo de estas, encontramos: susceptibilidad genética, consumo de azúcares refinados, déficit de higiene bucal, traumatismos locales continuados, *piercings*...<sup>1</sup>.

En general, estas infecciones se limitan localmente, por lo que precisan tratamiento solo a dicho nivel, pero, en ocasiones, pueden progresar por contigüidad, produciendo infección de espacios profundos del cuello, osteomielitis e infecciones sistémicas. En estos casos, el tratamiento necesario es sistémico, siendo de elección los betalactámicos como la amoxicilina.

Como base de la prevención, se debe recomendar una adecuada higiene bucodental, así como revisiones por parte del odontólogo.

**Cómo citar este artículo:** Montero Reina A, Ledesma Albarrán M. Adenoflemón-osteomielitis. Form Act Pediatr Aten Prim. 2025;18(2):90-3.

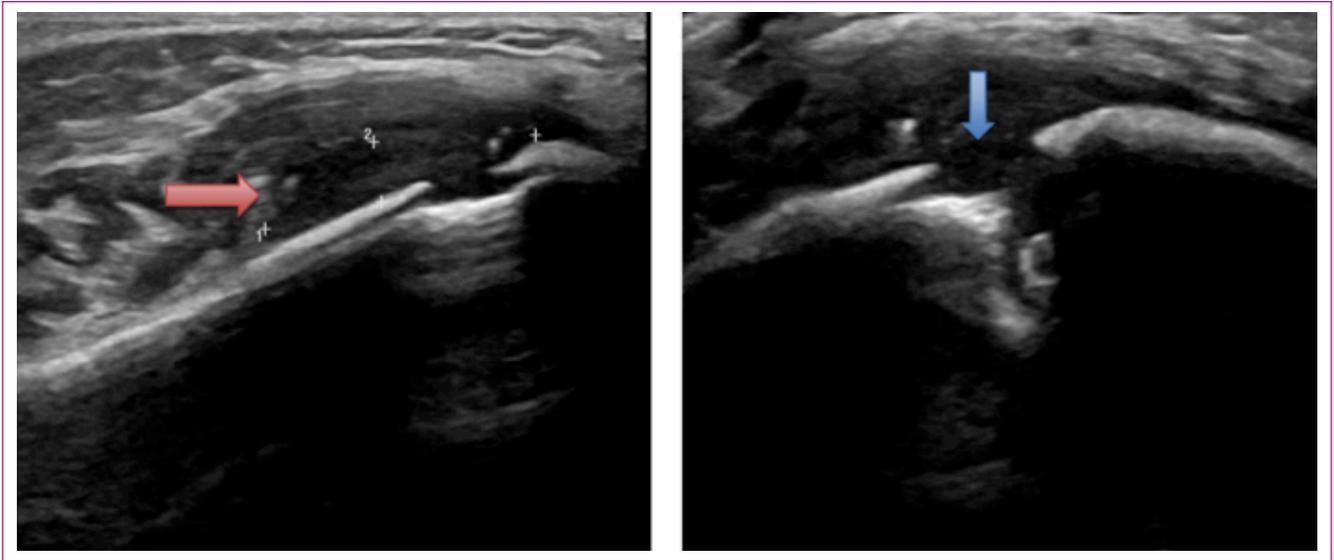


Figura 1. **Ecografía del paciente a su llegada a urgencias.** Flecha roja: **colección laminar.** Flecha azul: **disrupción de la cortical.**

## INFECCIÓN DENTOALVEOLAR: FLEMÓN/CELULITIS/ABCESO

Hablaremos de **flemón** para referirnos a una inflamación circunscrita de la boca; de **celulitis** cuando la afectación es difusa o extrabucal; y de **absceso** cuando se trata de una acumulación purulenta delimitada que tiende a abrirse al exterior y drenar (Figura 2).

Suelen tener **origen polimicrobiano**, siendo los microorganismos más frecuentemente aislados aerobios como *Streptococcus spp.*, *Streptococcus grupo viridans* y *Eikenella corrodens* y anaerobios como *Peptostreptococcus spp.*, *Prevotella spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Porphyromonas spp.* y *Bacteroides spp.* Otros microorganismos menos frecuentes son *Staphylococcus spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Campylobacter*, *Neisseria spp.*, *Actinomyces spp.*, *Lactobacillus spp.*, así como otros anaerobios<sup>1</sup>.

Se trata de un **diagnóstico clínico**, en el que no es necesaria la realización de pruebas complementarias, salvo en situaciones de riesgo, como pueden ser pacientes con inmunodeficiencias, o para valorar la afectación de espacios profundos del cuello o extensión ósea en casos de evolución tórpida<sup>2</sup>.

Se hace indispensable el control del foco mediante **tratamiento odontológico**, así como el uso de antiinflamatorios y analgésicos. Reservaremos el tratamiento antibiótico para infecciones locales que se extiendan de manera rápida, si existe presencia de síntomas sistémicos (fiebre, postración, debilidad...), en pacientes de riesgo o ante avulsión dentaria. El tratamiento de elección es

la amoxicilina (40-50 mg/kg/día). En nuestro caso, dada la afectación sistémica del paciente, se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico. En pacientes alérgicos a la penicilina, se emplea azitromicina (10 mg/kg/día) o metronidazol (30 mg/kg/día). La duración del tratamiento debe ser de 3 a 5 días, y se recomienda la suspensión a las 24 horas de la resolución del cuadro. Se reevalúa en 48-72 horas; si no hay mejoría, se cambia la antibioterapia a amoxicilina-clavulánico (-50 mg/kg/día) o bien se asocia metronidazol<sup>1-4</sup>.

En casos graves, el tratamiento de elección será amoxicilina-clavulánico (100 mg/kg/día) intravenoso, con una duración de entre 3-5 días (vía intravenosa), con paso posterior a vía oral hasta completar un total de 7-14 días<sup>1-4</sup>.

## OSTEOMIELITIS MANDIBULAR

La osteomielitis se define como una inflamación de la médula ósea que tiende a progresar y a afectar a la cortical, y secundariamente a los tejidos periósteos. La mayoría de los casos se deben a traumatismos, cirugías o insuficiencia vascular.

Las infecciones odontógenas pueden propagarse de manera contigua y dar lugar a osteomielitis mandibular, ya que los dientes son una vía directa al hueso. La cortical adelgazada y el flujo vascular pobre hace que la mandíbula sea mucho más susceptible a este tipo de infección que el maxilar; a pesar de ello, esta entidad es muy poco frecuente y se da principalmente

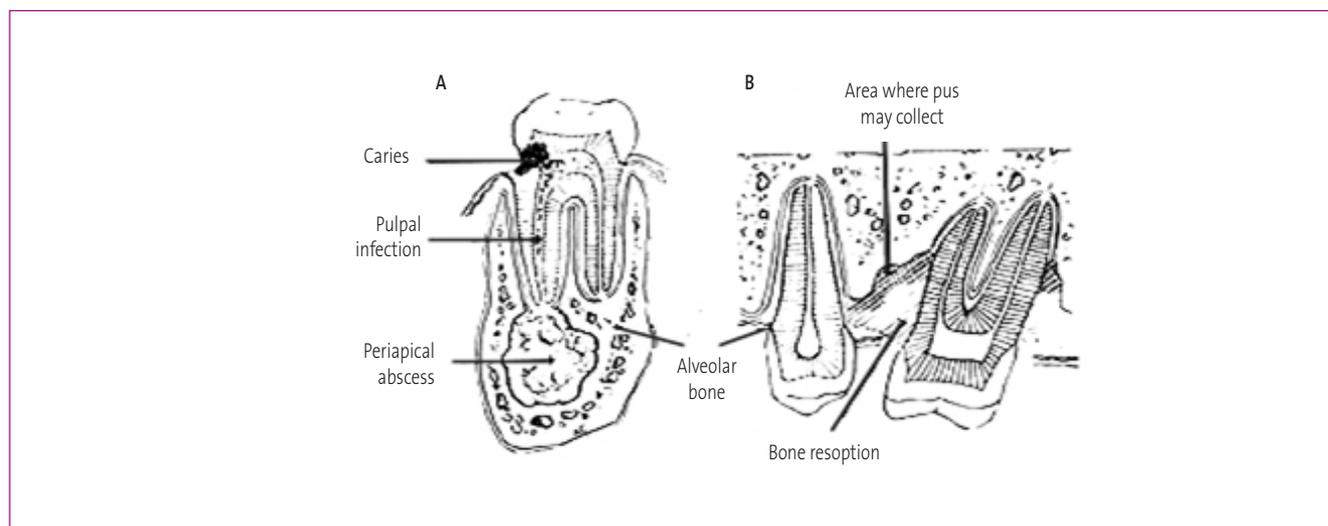


Figura 2. **A: caries dental, infección pulpar y absceso periapical; B: infección periodontal con destrucción de estructuras de soporte.** Fuente: UpToDate<sup>4</sup>.

en pacientes con factores de riesgo, como la toma crónica de corticosteroides, el tratamiento con bifosfonatos, la presencia de fractura o la irradiación previa o la diabetes *mellitus*<sup>4</sup>.

Suelen ser infecciones mixtas, siendo las principales especies patógenas observadas en la osteomielitis de los huesos de la mandíbula los estreptococos y las bacterias anaerobias, como bacteroides o *Peptostreptococcus*. Los microorganismos cultivados con mayor frecuencia son estreptococo, *Eikenella* y *Candida*, aunque estafilococos, *Actinomyces*, *Bacteroides*, *Klebsiella*, *Fusobacterium*, lactobacilo y *Haemophilus*, también se aislan<sup>4</sup>.

Se puede clasificar la osteomielitis en aguda y crónica, en función de si la clínica dura más o menos de un mes. La osteomielitis aguda, a su vez, se subdivide en formas supurativas y no supurativas, así como en formas progresivas y hematógenas. La osteomielitis crónica se puede clasificar en función del agente causal o en formas supurativas o no supurativas, o esclerosantes con subclasificaciones de enfermedad difusa o focal (Figura 3)<sup>3</sup>.

Dentro de las formas crónicas no supurativas, destaca la osteomielitis esclerosante crónica de Garré o periostitis proliferativa. Suele ocurrir en niños y adolescentes secundariamente a infección del primer molar mandibular. La radiación previa, así como la actinomicosis, son también causas de esta entidad. Clínicamente se observa una tumefacción localizada, dura e indolora sobre la mandíbula. Radiológicamente, se apreciará el hueso perióstico en “capas de cebolla”<sup>5</sup>.

A nivel clínico, la osteomielitis aguda cursa con síntomas inflamatorios e infecciosos locales y sistémicos. Sin embargo, la osteomielitis crónica, al tratarse de una infección recurrente y persistente, presenta una evolución más tórpida, pudiendo conllevar complicaciones como fracturas patológicas y déficits nerviosos.

El tratamiento de la osteomielitis mandibular requiere intervenciones quirúrgicas, además de las médicas y las necesarias para el control del foco infeccioso, lo cual, además, permitiría obtener una muestra y cultivarla para así ajustar la antibioterapia<sup>4,6</sup>.

Como tratamiento antibiótico empírico inicial, se eligen aquellos con acción frente a estreptococo y anaerobios; y una vez que se disponga del resultado del cultivo, se ajustará según antibiograma. La duración del tratamiento antibiótico en osteomielitis es prolongada, siendo recomendable entre 4-8 semanas<sup>4,6</sup>.

## CONCLUSIONES

La mayor parte de las infecciones odontógenas son cuadros leves que se solucionan con tratamiento local, pero es necesario realizar un seguimiento si persisten los síntomas, pues puede darse diversos tipos de complicaciones que pueden requerir no solo tratamiento antibiótico intravenoso sino incluso intervenciones quirúrgicas, como ha ocurrido en nuestro paciente.

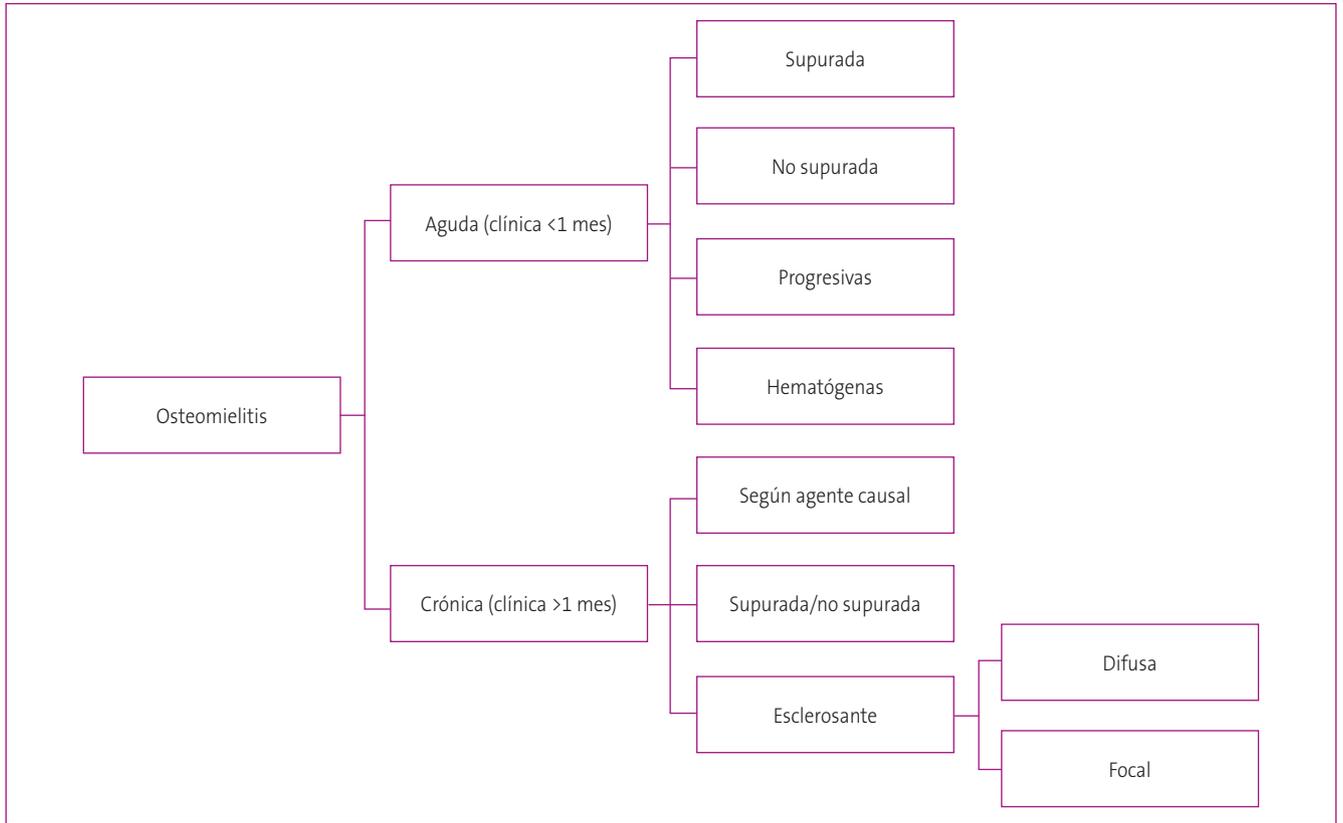


Figura 3. **Clasificación de la osteomielitis crónica.** Fuente: elaboración propia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Escribano Ceruelo E, González Sánchez T, Corredor Andrés B. Infección bucodental. Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. En: Guía ABE [en línea] [consultado el 02/06/2025]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-bucodental>
2. Reynolds SC, Chow AW. Severe soft tissue infections of the head and neck: a primer for critical care physicians. *Lung*. 2009;187(5):271-9.
3. Tong AC, Ng IO, Yeung KM. Osteomyelitis with proliferative periostitis: an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102(5):e14.

4. Chow AW. Complications, diagnosis and treatment of odontogenic infections. En: UpToDate [en línea] [consultado el 02/06/2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/3416>
5. Renapurkar S, Pasternack MS, Nielsen GP, Kaban LB. Juvenile mandibular chronic osteomyelitis: role of surgical debridement and antibiotics. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74:1-15.
6. Dym H, Zeidan J. Microbiology of Acute and Chronic Osteomyelitis and Antibiotic Treatment. *Dent Clin North Am*. 2017;61(2):271-82.