

## Cartas al Editor

### Prevención de la endocarditis infecciosa desde la perspectiva del dentista

#### *Prevention of Infective Endocarditis From the Dentist's Perspective*

Sra. Editora:

La profilaxis antibiótica de la endocarditis infecciosa (EI) ante determinados procedimientos es un tema especialmente controvertido para la comunidad odontológica. Por la información proporcionada en un editorial publicado recientemente en las páginas de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA<sup>1</sup> y el enorme desconcierto que ha generado la propuesta del *National Institute of Clinical Excellence* (Reino Unido) de no administrar en ningún caso profilaxis antibiótica de EI previa a manipulaciones dentales, nos gustaría hacer algunas consideraciones desde una perspectiva fundamentalmente odontológica.

Entre las indicaciones de la profilaxis se incluyen los procedimientos que implican la perforación de la mucosa oral y se excluyen las inyecciones de anestésico a través de un tejido no infectado<sup>1</sup>. Sin embargo, la perforación de la mucosa en áreas edéntulas conlleva una prevalencia muy baja de bacteriemias, mientras que algunas técnicas de anestesia como la intraligamentosa o una manipulación diagnóstica aparentemente inocua como el sondaje periodontal causan bacteriemias con mayor frecuencia<sup>2</sup>. En consecuencia, habría que redefinir los procedimientos de riesgo, haciendo hincapié en el área crítica constituida por el surco gingival y las bolsas periodontales.

Uno de los argumentos esgrimidos para justificar la restricción progresiva de las indicaciones de la profilaxis es el desarrollo de bacteriemias secundarias a actividades de la vida diaria, como la masticación o el cepillado dental; aunque la repercusión clínica de estas bacteriemias aún se desconoce, su prevalencia podría incluso estar subestimada, ya que es presumible que su intensidad difícilmente alcance el umbral de detección de las técnicas convencionales. En una revisión sistemática reciente, se ha demostrado que la evidencia científica disponible a este respecto es exigua y que la acumulación de placa bacteriana y el grado de inflamación gingival condicionan la prevalencia de bacteriemias secundarias al cepillado dental<sup>3</sup>, lo que corrobora la importancia de la higiene oral como medida de prevención.

Las pautas de profilaxis antibiótica son importadas y su eficacia podría estar condicionada por factores geográficos como los mapas de sensibilidad antimicrobiana. En este sentido, se ha demostrado que, por ejemplo, la clindamicina (antibiótico de elección para los pacientes alérgicos a la penicilina<sup>1</sup>) es ineficaz para prevenir las bacteriemias secundarias a exodoncias<sup>4</sup>, si bien podría actuar en fases posteriores del desarrollo de la EI.

La cavidad oral es un nicho ecológico en el que se han identificado más de 700 especies bacterianas. Por lo tanto, la desinfección local con una solución antiséptica antes de cualquier manipulación odontológica estaría justificada, al igual que se aplica a la superficie de la piel antes de producir una solución de continuidad. La realización de un enjuague de clorhexidina antes de iniciar el tratamiento odontológico era una práctica recomendada por

algunos comités de expertos hasta hace pocos años<sup>5</sup>, aunque incomprensiblemente no se ha incluido en las últimas guías de profilaxis de la EI. Hasta la fecha no se ha demostrado que la administración de clorhexidina pueda prevenir la EI, pero su aplicación reduce la carga bacteriana intraoral y, en consecuencia, la prevalencia y la duración de las bacteriemias secundarias a determinados procedimientos odontológicos<sup>6</sup>, con la ventaja añadida de que su prescripción no tendría por qué limitarse a los pacientes de riesgo.

En definitiva, coincidimos plenamente en la necesidad de elaborar documentos de consenso sobre EI y de su implementación desde una perspectiva multidisciplinaria<sup>1</sup>. Si bien es cierto que algunos estudios han puesto de manifiesto importantes carencias entre los odontólogos en cuanto a conocimientos sobre las pautas de profilaxis de la EI, en la pasada década también constatamos una importante disparidad de criterios entre los cardiólogos de nuestro país<sup>7</sup>.

Javier Álvarez, Miguel Castro, Javier F. Feijoo y Pedro Diz\*

*Grupo de Investigación en Odontología Médico-Quirúrgica (OMEQUI), Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España*

\* Autor para correspondencia:  
Correo electrónico: [pedro.diz@usc.es](mailto:pedro.diz@usc.es) (P. Diz).

On-line el 27 de febrero de 2013

## BIBLIOGRAFÍA

1. Falces C, Miró JM. Prevención de la endocarditis infecciosa: entre el avance en los conocimientos científicos y la falta de ensayos aleatorizados. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:1072-4.
2. Diz Dios P, Tomás Carmona I, Limeres Posse J. Bacteriemias producidas por intervenciones odontológicas. En: De Teresa E, Nogueiro Rodríguez B, coordinadores. *Patología periodontal y cardiovascular*. Madrid: Panamericana; 2011. p. 159-67.
3. Tomás I, Diz P, Tobías A, Scully C, Donos N. Periodontal health status and bacteraemia from daily oral activities: systematic review/meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2012;39:213-28.
4. Diz Dios P, Tomás Carmona I, Limeres Posse J, Medina Henríquez J, Fernández Feijoo J, Álvarez Fernández M. Comparative efficacies of amoxicillin, clindamycin, and moxifloxacin in prevention of bacteraemia following dental extractions. *Antimicrob Agents Chemother*. 2006;50:2996-3002.
5. Gould FK, Elliott TS, Foweraker J, Fulford M, Perry JD, Roberts GJ, et al. Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother*. 2006;57:1035-42.
6. Tomás I, Álvarez M, Limeres J, Tomás M, Medina J, Otero JL, et al. Effect of a chlorhexidine mouthwash on the risk of post-extraction bacteraemia. *Infect Cont Hosp Ep*. 2007;28:577-82.
7. Carmona IT, Diz Dios P, Seoane Lestón J, Limeres Posse J. Guidelines for antibiotic prophylaxis of bacterial endocarditis in patients undergoing dental therapy. *Rev Clin Esp*. 2001;201:21-4.

### VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.06.020>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.12.008>