

Autores: TERESA BUTLER; ALICIA IANTOSCA; CLAUDIA JOTKO; BEATRIZ POLVORA VIVIANA SERRANO; ROBERTO GAGLIARDI; MARIANO CATTANEO; ESTEBAN SOLARI; SILVIA MELE; MARIA R. PERTINO; GRACIELA GIMENEZ; CARLOS AMERI; SABRINA DEGAE TANO; MARIANELA SPINA FOL UNLP

Categoría: Casos Clínicos

Resumen

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección endovascular poco frecuente pero de gran gravedad, cuyo pronóstico ha mejorado por los avances en el diagnóstico y tratamiento, pero continúa presentando una gran importancia la prevención de la infección, aunque en la actualidad aún persisten muchos interrogantes sobre el modo de realizarla.

Las primeras recomendaciones surgieron hace más de 50 años y han sufrido transformaciones en función del tiempo, pero quizás los cambios más importantes se producen en los últimos documentos emitidos. En la actualidad existen algunas discrepancias entre las recomendaciones de las Sociedades Científicas con relevancia en nuestro medio (americana, europea y española), lo que es fácil de comprender si tenemos en cuenta que no hay una evidencia científica consolidada en muchos aspectos de su implementación.

Introducción

La EI es una enfermedad rara al menos por tres motivos. Primero, ni la incidencia ni la mortalidad de la enfermedad han disminuido en los últimos 30 años. En segundo lugar, la EI no es una enfermedad uniforme, sino que está presente en una diversidad de formas que varían según la manifestación clínica inicial, la cardiopatía subyacente (si la hay), el microorganismo implicado, la presencia o ausencia de complicaciones y las características subyacentes del paciente. Finalmente, las guías de práctica clínica a menudo se basan en la opinión de expertos debido a la baja incidencia de esta enfermedad, la ausencia de ensayos aleatorizados y el escaso número de metaanálisis.

Descripción del Caso

Por la información proporcionada en un editorial publicado recientemente en las páginas de la Revista Española de Cardiología 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. 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. En consecuencia, habría que redefinir los procedimientos de riesgo, haciendo hincapié en el área crítica constituida por el surco gingival y las bolsas periodontales.

Procedimientos dentales para los cuales la profilaxis es recomendada

Todos los procedimientos dentales que involucran manipulación del tejido gingival o de la región periapical de los dientes o perforación de la mucosa oral*

* Los siguientes procedimientos y eventos no necesitan profilaxis: inyecciones rutinarias anestésicas en tejido no infectado, toma de radiografías dentales, colocación de dispositivos ortodónticos y protodónticos, ajuste de los dispositivos ortodónticos, colocación de brackets ortodónticos, remoción de dientes de leche, sangrado de trauma en los labios o en mucosa oral.

Condiciones cardiacas asociadas con el mas alto riesgo de desarrollar EI

Válvula cardiaca protésica
Endocarditis infecciosa previa
Enfermedad cardiaca congénita (CHD)*
CHD cianótica no reparada, incluyendo desviaciones y conductos paliativos
Defecto cardiaco completamente reparado con material protésico o dispositivo ya sea colocado por cirugía, por catéter, durante los primeros 6 meses después del procedimiento [†]
CHD reparada con efectos residuales en el sitio o adyacentes al sitio del parche protésico o el dispositivo protésico (que inhibe endotelización)
Recipientes de trasplante cardiaco que desarrollan valvulopatía cardiaca
* Excepto para las condiciones listadas anteriormente, la profilaxis antibiótica no es recomendada para ninguna otra forma de CHD. † La profilaxis se recomienda porque la endotelización de material protésico ocurre dentro de los 6 meses después del procedimiento.

Régimen para procedimientos odontológicos

Situación	Agente	Régimen de dosis única 30 a 60 minutos antes del procedimiento		
		Adultos	Niños	
Oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg	
Incapaz de tomar medicamento oral	Ampicilina O Cefazolina o ceftriaxona	2 g IM o IV 1 g IM o IV	50 mg/kg IM o IV 50 mg/kg IM o IV	
	Alérgico a penicilina o ampicilina oral	Cefalexina* O Clindamicina O Azitromicina o claritromicina	2 g 600 mg 500 mg	50 mg/kg 20 mg/kg 15 mg/kg
Alérgico a penicilinas o ampicilina e incapaz de tomar medicamentos orales		Cefaxolin o ceftriaxona [†] O Clindamicina	1 g IM o IV 600 mg IM o IV	50 mg/kg IM o IV 20 mg/kg IM o IV
		IM indica intramuscular, IV indica intravenoso * U otra cefalosporina oral de primera o segunda generación en dosis equivalente para adultos o pediátrica † Las cefalosporinas no deben ser utilizadas en un individuo con historia de anafilaxis, angioedema, o urticaria con penicilinas o ampicilina.		

Conclusiones

Las tres principales guías de Actuación existentes en el panorama actual, de la American Heart Association (AHA), la European Society of Cardiology (ESC) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), coinciden en una política cada vez mas restrictiva para la profilaxis de EI.

Referencias

1. Prevención de la endocarditis infecciosa desde la perspectiva del dentista. Rev. Esp Cardiol. 2013.
2. Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. NICE, 2008.
3. Prevención de la endocarditis infecciosa: entre el avance en los conocimientos científicos y la falta de ensayos aleatorizados. Rev Esp Cardiol, 2012
4. Profilaxis antibiótica de la endocarditis infecciosa: a quién y cuándo se debe recomendar. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2009

