

Protocolos antibióticos en odontología

G. Sánchez Martín, J. del Río Highsmith

La patología infecciosa constituye uno de los mayores problemas con los que se enfrenta el odontólogo general en su práctica diaria, no sólo por su frecuencia sino también por su posible gravedad y repercusión a distancia.⁸

La finalidad de la profilaxis antibiótica es la de prevenir una posible aparición de infección creando un estado de resistencia a los microorganismos mediante concentraciones antibióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana. Los odontólogos somos responsables de un 10% de las prescripciones antibióticas realizadas en nuestro país.^{2,13}

El criterio del facultativo para la elección o no de profilaxis antibiótica debe basarse en el concepto de coste riesgo-beneficio. El beneficio es la prevención por parte del antibiótico de las complicaciones infecciosas y el riesgo es la aparición de reacciones adversas (alérgicas) y la selección.²

Riesgo = Daño x probabilidad.

La prevención de complicaciones infecciosas sistémicas debe percibirse como importante por parte de los especialistas que las tratan. La prevención de complicaciones locales como resultado de maniobras odontológicas quedará a criterio del especialista que la realiza, dada la escasez de ensayos clínicos adecuados, por lo que nos basamos en

RESUMEN

La patología infecciosa constituye uno de los mayores problemas con los que se enfrenta el odontólogo general en su práctica diaria, no sólo por su frecuencia sino también por su posible gravedad y repercusión en el tiempo.⁸ El uso de antibióticos en odontología se caracteriza por una prescripción empírica basada en epidemiología clínica y bacteriana, el uso de antibióticos de amplio espectro durante períodos breves de tiempo y el manejo de una batería muy reducida de antibióticos.⁵ La estrategia general de prescripción antibiótica se basa en acuerdos profesionales y documentos de consenso.^{2,4}

El propósito de este artículo es revisar el uso que hacemos los odontólogos de los antibióticos y aportar elementos que incentiven la correcta utilización de los mismos, además de establecer unas recomendaciones útiles para todos los profesionales implicados en el manejo clínico de las diferentes patologías.

Palabras clave. Antibióticos, odontología, profilaxis antibiótica.

Artículo original para la edición española de JADA. Aprobado por el Comité Editorial de dicha edición, no revisado por el Comité de la edición original.



Gema Sánchez Martín es licenciada en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Jaime del Río Highsmith es catedrático del Departamento de Prótesis Bucofacial de la UCM. Dirigir las solicitudes de reimpresión a Jaime del Río. Departamento de Estomatología I (Prótesis Bucofacial). Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Plaza Ramón y Cajal s/n, 28040 Madrid.

acuerdos profesionales y documentos de consenso.^{2,4}

La necesidad de reducir el uso de antibióticos está siendo ahora reconocida. Preservar sus efectos sobre determinadas infecciones, reducir las resistencias bacterianas y minimizar los posibles efectos secundarios son los objetivos que se persiguen con el uso responsable de los mismos.¹⁴

¿QUÉ TIPO DE PACIENTES REQUIEREN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA?

■ Pacientes sanos: la profilaxis se basa exclusivamente en el

riesgo del procedimiento, presentando un alto riesgo los trasplantes, reimplantes, injerto, cirugía periapical, inclusiones dentarias... Además es frecuente que coexista una infección previa.

■ Pacientes con factores de riesgo de infección local o sistémica: son pacientes oncológicos, inmunosuprimidos, trastornos metabólicos y pacientes con insuficiencia renal o hepática.

■ Pacientes con factores de riesgo de infección focal tras bacteriemia: presentan riesgo de endocarditis infecciosa o de infección de prótesis osteoarticulares.

TABLA 1

Procedimientos invasivos y su riesgo	
PROCEDIMIENTO	RIESGO
Aislamiento con dique de goma	Bajo
Profilaxis periodontal e implantaria	Bajo
Sondaje periodontal	Bajo
Mantenimiento periodontal	Bajo
Anestesia intraligamentosa	Alto
Técnicas de anestesia troncular	Bajo
Extracciones	Alto
Reimplantes dentarios	Alto
Biopsias	Alto
Incisiones para drenajes	Alto
Injertos óseos	Alto
Aplicación y retirada de suturas	Bajo
Raspado y alisado radicular	Alto
Cirugía periodontal	Alto
Cirugía de implantes	Alto
Cirugía mucogingival	Alto
Remoción de pilares de implantes	Bajo
Endodoncia	Bajo
Apicectomía	Alto
Colocación bandas ortodoncia	Bajo
Colocación ortodoncia removible	Bajo
Toma de impresiones	Bajo
Colocación hilo retractor	Bajo
Tallado que incluya sangrado	Alto
Cirugía preprotésica	Alto
Cirugía ortognática	Alto
Reducción de fracturas maxilares	Alto
Cirugía de glándulas salivales	Alto
Cirugía oncológica maxilofacial	Alto

Las infecciones mixtas que afectan a la cavidad bucal pueden clasificarse en dos grandes grupos: odontológicas y no odontológicas siendo las infecciones odontológicas las más frecuentes.¹³

El tratamiento antimicrobiano de las infecciones odontológicas debería indicarse siempre que el proceso lleve asociado una clínica evidente de la actuación de un agente infeccioso. Su objetivo es evitar la extensión local y por contigüidad de la infección, reducir el inóculo bacteriano en el foco infeccioso y prevenir las complicaciones derivadas de la diseminación hematogena.¹³

PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Los tipos de procedimientos dentales se dividen en invasivos y no invasivos. Los invasivos son susceptibles de producir un sangrado significativo² y conllevan riesgo de infección en algunos casos para los sujetos sanos, y siempre en individuos con riesgo de infección local y/o general⁴ (Tabla 1).

Por su parte, los no invasivos no son susceptibles de producir un sangrado significativo,² no presentan riesgo de infección ni en sujetos sanos ni en sujetos con riesgo y, por tanto, nunca son candidatos a profilaxis antibiótica.⁴

Altemeier clasificó las heridas quirúrgicas de acuerdo al riesgo de sufrir una infección:

Tipo I. Heridas limpias. No precisan profilaxis antibiótica.

Tipo II. Heridas limpias-contaminadas. Requieren profilaxis con fármacos que cubran gram-positivos y anaerobios.

Tipo III. Heridas contaminadas. Profilaxis antibiótica cubriendo gramnegativos.

Tipo IV. Heridas sucias e infectadas. Adecuado tratamiento antibiótico.

Las características de los antibióticos a elegir son:

- Espectro bacteriano adecuado, cubriendo todas las especies involucradas en las infecciones.
- Espectro clínico amplio, para cubrir el mayor número de procedimientos odontológicos.
- Espectro ecológico restringido para evitar al máximo los efectos sobre la flora saprófita habitual.
- Farmacocinética y farmacodinámica adecuadas.
- Perfil de seguridad adecuado.^{2,5}

La duración del tratamiento antibiótico depende del tipo de infección, de la extensión del proceso y del antibiótico elegido. La duración oscila entre 5 y 10 días por lo que el tratamiento debe prolongarse hasta 3 ó 4 días después de la desaparición de las manifestaciones clínicas.

Destacar que, amoxicilina/ácido clavulánico, metronidazol y clindamicina presentan actividad frente a la mayoría de los microorganismos responsables de las infecciones odontogénicas. Otras alternativas como claritromicina y azitromicina completan el arsenal terapéutico⁷ (Tabla 2).

¿CUÁNDO ADMINISTRAMOS PROFILAXIS ANTIBIÓTICA?

Numerosos autores consideran que el período preoperatorio es el mejor momento para administrar la profilaxis antibiótica debido a que reduce significativamente las complicaciones que podrían surgir durante el acto quirúrgico.

Está demostrado que la administración de antibióticos tres horas después de la infección bacteriana tiene los mismos efectos preventivos que abstenerse en cuanto a su uso.

Respecto a la duración de la profilaxis antibiótica deberá de ser lo más corta posible para que sea efectiva. Cuando administramos antibiotera-

TABLA 2

Antibióticos de uso común en la infección odontogénica			
PRINCIPIO ACTIVO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	POSOLÓGIA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Amoxicilina	VO	500 mg/8 horas 1 g/12 horas	Diarrea, náuseas, reacciones de hipersensibilidad
Amoxicilina/ácido clavulánico	VO ó IV	500-875 mg/8 horas 2.000 mg/12 h 1.000-2.000mg/8 horas	Diarrea, náuseas, candidiasis, reacciones de hipersensibilidad
Clindamicina	VO ó IV	300 mg/8 horas 600 mg/8 horas	Colitis pseudomembranosa
Azitromicina	VO	500 mg/24 horas Durante 3 días	Trastornos gastrointestinales
Ciprofloxacino	VO	500 mg/12 horas	Trastornos gastrointestinales
Metronidazol	VO	500-750 mg/8 horas	Crisis convulsivas, anestesia o parestesia, incompatible alcohol
Gentamicina	IM ó VO	240 mg/24 horas	Ototoxicidad, nefrotoxicidad
Penicilina	IM ó IV	1,2-2,4 millones U.I./24 horas Hasta 24 millones U.I./24 horas	Reacciones hipersensibilidad, afectación gástrica

VO: vía oral.
IV: vía intravenosa.
IM: vía intramuscular.⁵

pia oral una sola dosis preoperatoria es suficiente. Si la intervención se extiende en el tiempo o el daño es considerable, se podrían administrar otras dosis de antibiótico.¹⁴

En algunas situaciones, en ausencia de una infección activa, pueden emplearse tres formas de profilaxis antibiótica para prevenir su aparición:

■ Profilaxis a corto plazo. Empieza entre 2 y 4 horas antes de la operación y continúa hasta un máximo de 48 horas (indicada en caso de diabetes inestable).

■ Profilaxis a ultracorto plazo. Empieza entre 2 y 4 horas antes de la operación y continúa hasta un máximo de 24 horas después (indicada en endocarditis).

■ Profilaxis en una sola inyección. Una sola administración parenteral de antibiótico (indicada en caso de trauma).¹

APLICACIONES

Cirugía oral. Exodoncia de cordales. Parte de los autores recomiendan profilaxis basándose en el descenso significativo de complicaciones posquirúrgicas como el dolor, el trismo, el retraso en la cicatrización de la herida y la tumefacción.^{2,6}

En un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos se comparó la eficacia de la antibioterapia pre y postoperatoria con placebo.

Se llegó a la conclusión de que la prevalencia de infección posquirúrgica fue significativamente mayor en el grupo de pacientes tratados con placebo.⁴

En el caso de pericoronaritis, casi siempre será necesario el empleo de antibióticos sistémicos para evitar la diseminación de la infección. También podría realizarse un tratamiento local con desbridamiento, irrigación y drenaje de las áreas afectadas o, incluso, la extracción del diente.⁷

Tratamiento basado en la combinación de amoxicilina-clavulánico 500 mg/125 mg.¹⁴

Implantología. No hay evidencia ni para recomendar ni para desaconsejar el uso de antibióticos para la prevención de complicaciones y fracasos de implantes dentales, debido a la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados y controlados.^{2,4,6}

Los pacientes de riesgo deben recibir un implante tras una valoración exhaustiva de su estado de salud.¹ En pacientes con radioterapia previa se emplean regímenes prolongados de antibioterapia para evitar la presencia de osteomielitis o pérdida de los dispositivos de implantes osteointegrados.^{2,4}

Los implantes en los que se usan injertos de hueso requieren una profilaxis antibiótica con aminopenicilina e inhibidores de la betalactamasa.¹

Traumatología. En todos los traumas hay que verificar que el paciente disponga de una protección antitetánica adecuada.¹

En las fracturas de mandíbula y dentoalveolares, el tratamiento profiláctico antibiótico no parece aportar beneficios. El tratamiento en las primeras 72 horas no resulta necesario.² Otros autores coinciden en que las fracturas del proceso alveolar deben considerarse abiertas, por lo que requieren un tratamiento antibiótico.¹

En cuanto a las fracturas del tercio medio y superior se emplean cefalosporinas de tercera generación en aquellos casos en los que se presente licuorrea.^{2,4}

La terapia recomendada para este tipo de patología es: penicilina V, cefalosporinas, aminopenicilinas e inhibidores de la betalactamasa. Y como terapia alternativa en caso de alergias a la penicilina: clindamicina.¹

Cirugía ortognática y cirugía preprotésica. Se han utilizado levofloxacin oral o cefazolina intravenosa en osteotomías mandibulares, pero en el caso de esta última, es mejor utilizar amoxicilina-clavulánico por cepas resistentes a cefazolina.²

Cirugía oncológica, reconstructiva y cervical. El uso de antibióticos perioperatorios reduce significativamente la incidencia de infección postoperatoria.

Usamos regímenes de antibioterapia profiláctica combinando clindamicina y cefazolina, cefalosporinas, aminoglucósidos, quinolonas o derivados de la penicilina con inhibidores de las betalactamasas.

El antibiótico a elegir debe cubrir no solamente a los microorganismos comunes de la saliva, como cocos grampositivos y anaerobios, sino también a gramnegativos que se aíslan comúnmente en los tumores.

La antibioterapia postoperatoria debe mantenerse hasta la retirada de los drenajes, si bien se prolonga en casos de infección de la herida quirúrgica, deshidencia o fístula.^{2,4}

Patología periodontal. Todos los procesos dentales que inducen sangrado desarrollan una bacteriemia que rara vez persistirá más de 15 minutos. Se ha observado que el sondaje periodontal en humanos causa una bacteriemia transitoria así como las técnicas de raspado y alisado radicular.² La aplicación de clorhexidina 0,12% mediante irrigación subgingival, inmediatamente o durante la instrumentación con aparatología ultrasónica o curetas, reduce pero no elimina la bacteriemia transitoria.

La cirugía periodontal y la retirada de suturas causan una bacteriemia transitoria que se reduce con el uso de profilaxis antibiótica.²

La gingivitis se trata mediante desbridamiento y sólo en determinados pacientes inmunodeprimidos se trata con antibióticos.

La periodontitis es una infección crónica y específica que se trata, además de con el tratamiento mecánico, con antibióticos o no dependiendo de que adscribamos su patología a bacterias específicas o al sobrecrecimiento bacteriano inespecífico.

En el absceso periodontal y la pericoronaritis el tratamiento antibiótico es prerrogativo, además del quirúrgico. La elección del antibiótico suele basarse en el espectro antimicrobiano y en documentos de consenso.¹³

Otros autores opinan que en el absceso periodontal se ha de recurrir a desbridamiento y drenaje de la colección purulenta, reservando el tratamiento antibiótico para aquellas situaciones con diseminación local o sistémica.⁷

Cabe preguntarse si, teniendo en cuenta que estímulos productores de bacteriemias se producen de forma espontánea varias veces al día sin ningún tipo de cobertura antibiótica, ¿otros procedimientos invasivos relacionados con manipulaciones quirúrgicas deberán realizarse bajo cobertura antibiótica?

Profilaxis de endocarditis bacteriana. Debemos realizarla en todo paciente con cardiopatía predisponente que vaya a ser sometido a un procedimiento con riesgo de bacteriemia en cirugía oral y maxilofacial. En función del riesgo de endocarditis podemos clasificar las cardiopatías en:

■ *De alto riesgo.* Prótesis endovascular, endocarditis previa, cardiopatía congénita cianogénica compleja o fístulas sistémico-pulmonares realizadas quirúrgicamente.

■ *De riesgo moderado.* Otras cardiopatías congénitas, valvulopatías adquiridas, prolapso mitral con insuficiencia, miocardiopatía hipertrófica.

■ *De bajo riesgo.* CIA *ostium secundum*, CIA o CIV intervenidos, *by-pass* previo, prolapso mitral sin regurgitación, marcapasos y desfibrilador implantable.

Requieren profilaxis antibiótica los pacientes de alto riesgo y riesgo moderado que vayan a ser intervenidos en el ámbito maxilofacial usando como pauta antibiótica una hora antes vía oral o 30 minutos antes vía intravenosa.

Es preciso hacer énfasis, por tanto, en el mantenimiento de una buena salud periodontal como forma de prevención de las bacteriemias y por tanto del riesgo de endocarditis^{2,3} (Tabla 3).

TABLA 3

Profilaxis antibiótica en endocarditis bacteriana. AHA 2007 ³		
PROFILAXIS	ADULTOS	NIÑOS
Pauta estándar	Amoxicilina 2 g VO ó IV 1 hora antes	Amoxicilina 50 mg/kg VO (máximo 2 g)
Alérgicos a betalactámicos	Clindamicina 600 mg VO Azitromicina 500 mg VO Claritromicina 500 mg VO, 1 hora antes	Clindamicina 20 mg/Kg VO Azitromicina 15 mg/kg VO Claritromicina 15 mg/kg VO
Intolerancia oral	Ampicilina 2 g IM ó IV, 30 minutos antes	Ampicilina 50 mg/kg IM ó IV
Intolerancia oral Alergia penicilina	Cefazolina 1 g IM ó IV Clindamicina 600 mg IV, 30 minutos antes	Cefazolina 25 mg/kg IM ó IV Clindamicina 15 mg/kg

TABLA 4

Antibióticos y antisépticos de uso en infecciones odontogénicas ⁷		
INFECCIÓN ODONTOGÉNICA	FÁRMACOS DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Gingivitis marginal	Clorhexidina	—
GUN	Amoxicilina/clavulánico Amoxicilina + metronidazol + clorhexidina	Clindamicina + clorhexidina
Periodontitis crónica	Amoxicilina-clavulánico Metronidazol + clorhexidina	Clindamicina o doxiciclina + clorhexidina
Periodontitis agresiva	Amoxicilina-clavulánico Metronidazol + clorhexidina	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Pulpitis aguda	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Absceso periapical	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Absceso periodontal	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina
Pericoronaritis	Amoxicilina/clavulánico	Clindamicina o azitromicina o claritromicina

Infecciones endodóncicas de origen pulpar. Algunas situaciones agudas en el tratamiento de conductos pueden ser completadas con antibióticos sistémicos, así como con analgésicos y antiinflamatorios. La utilización de antibióticos también estaría indicada en aquellos casos en los que el paciente esté inmunodeprimido y requiera profilaxis.⁷

En el absceso periapical está indicado el desbridamiento y drenaje quirúrgico completado con antibióticos sistémicos⁷ (Tabla 4).

Abscesos. Debemos de diagnosticarlos, drenarlos y eliminar su causa. Si el pus se vierte al exterior no es necesario el tratamiento antibiótico. Los antibióticos son necesarios para prevenir una superinfección con una posible propagación al tejido blando adyacente. Terapia recomendada: aminopenicilina e inhibidor de las betalactamasas. Terapia alternativa: clindamicina, macrólido.

Infiltración. La terapia antibiótica sólo es necesaria si el paciente presenta algunos síntomas concurrentes, como fiebre, problemas de deglución

o trismo. Posteriormente deberá tratarse la causa. Terapia recomendada: aminopenicilina e inhibidor de la betalactamasa. Terapia alternativa: clindamicina, macrólido.

Otras infecciones. Las infecciones específicas, especialmente la actinomicosis cervicofacial deben tratarse con una combinación de cirugía y antibióticos. Terapia recomendada: penicilina G (IV), aminopenicilina (IV hasta que desaparezcan los parámetros de infección y luego dos semanas por vía oral). Terapia alternativa: cefalosporina y clindamicina (vía oral).¹

PRECAUCIONES DEL USO DE ANTIBIÓTICOS

Embarazo. Podrían utilizarse de forma prudente en el embarazo los siguientes antibióticos: azitromicina, cefalosporinas, eritromicina, metronidazol y penicilinas. Los antibióticos que tienen efectos teratogénicos sobre el feto son: aminoglucósidos y tetraciclinas.

Insuficiencia renal. La presencia de una enfermedad renal obliga a disminuir la dosis del fár-

TABLA 5

Ajuste de la dosis de los antibióticos de uso más común en odontología en la insuficiencia renal crónica según el aclaramiento de creatinina

FÁRMACO	DOSIS NORMAL	DOSIS ACLARAMIENTO DE Cr. 10-50 mL/min	DOSIS ACLARAMIENTO DE Cr. < 10 mL/min.
Amoxicilina	500/1.000mg/8h	Cada 8-12 h	Cada 12-14 h
Amoxi./clavulánico	500 a 875 mg/8 h	Cada 8 h	Cada 12-24 h
Clindamicina	300 mg/8h	No precisa ajuste	No precisa ajuste
Doxiciclina	100 mg/24 h	No precisa ajuste	No precisa ajuste
Eritromicina	250-500 mg/6 h	No precisa ajuste	No precisa ajuste
Metronidazol	250-500 mg/8h	Cada 8-12h	Cada 12-24h
Penicilina G	0,3-1,2millones U.I./6-12h	50-100% de la dosis cada 8-12h	25-50% de la dosis cada 12h
Azitromicina	500 mg/24h 3 días	No precisa ajuste	No precisa ajuste

TABLA 6

Profilaxis antibiótica en diferentes procedimientos

PROCEDIMIENTO	PACIENTE RIESGO	PACIENTE SANO	ANTIBIÓTICO Y PAUTA (DOSIS)
Clamps dique	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Profilaxis periodontal	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Sondaje periodontal	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Mantenimiento periodontal	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Anestesia intraligamentosa	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Anestesia troncular	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Extracciones	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Reimplantes dentarios	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Biopsias	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Incisiones para drenajes	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Injertos óseos	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Aplicación y retirada de suturas	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
RAR	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía periodontal	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía inserción de implantes	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía mucogingival	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Remoción de pilares de implantes	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía endodóntica y apiceptomía	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Colocación de cuñas, matrices, bandas de ortodoncia y coronas preformadas	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV

TABLA 6 (CONTINUACIÓN)

PROCEDIMIENTO	PACIENTE RIESGO	PACIENTE SANO	ANTIBIÓTICO Y PAUTA (DOSIS)
Colocación de aparatos de ortodoncia removibles	No	No	
Toma de impresiones	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Colocación de hilo retractor	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Tallado que incluya sangrado	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía preprotésica	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía ortognática	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Traumatismos dentarios y alveolodentarios	Sí	No	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Reducción de fracturas maxilares	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía de las glándulas salivales	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV Clindamicina 600 mg VO/IV
Cirugía oncológica maxilofacial	Sí	Sí	Amoxicilina-clavulánico 2 g + 125 g VO/ 2 g + 200 g IV

maco para evitar concentraciones elevadas en el suero que pudieran provocar toxicidad por sobredosificación.

El ajuste de la dosis se puede realizar disminuyendo la cantidad administrada en cada toma o aumentando el intervalo entre dosis sin modificar la cantidad (Tabla 5).

Insuficiencia hepática. Algunos antibióticos se metabolizan en el hígado y se eliminan por vía biliar. Ertitromicina, clindamicina, metronidazol y antituberculosos son los antibióticos que deben modificar sus dosis si se administran a pacientes con insuficiencia hepática. Se deben evitar las tetraciclinas y los fármacos antituberculosos.⁵

CONCLUSIONES

La finalidad de la profilaxis antibiótica es prevenir la aparición de infección creando un estado de resistencia a los microorganismos mediante concentraciones antibióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana.

La profilaxis está indicada siempre que exista un riesgo importante de infección, ya sea por las características mismas de la operación o por las condiciones locales o generales del paciente.

Los ensayos clínicos con antibióticos no son lo suficientemente numerosos.

El criterio del facultativo para la elección o no de profilaxis antibiótica debe basarse en el concepto de coste riesgo-beneficio.

Los pacientes podrían clasificarse en pacientes sanos, pacientes con factores de riesgo de infección local o sistémica y pacientes con factores de riesgo de infección focal tras bacteriemia. En el paciente sano la profilaxis se basará exclusivamente en el riesgo del procedimiento.

Amoxicilina/clavulánico, metronidazol y clindamicina presentan actividad frente a la mayoría de los microorganismos responsables de las infecciones odontogénicas. Otras alternativas como claritromicina y azitromicina completan el arsenal terapéutico. ■

1. Lambrecht JT. Profilaxis y terapia antibióticas en cirugía oral: análisis de la literatura. Quintessence (ed. esp.) 2008;Vol 21(7):405-413.

2. Gutiérrez JL, Vicente Bagán J, Bascones A, Llamas R, Llena J, Morales A et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. Rev Esp Cir Oral y Maxilofacial 2006 May-Jun;Vol. 28(3):151-181.

3. Wilson W, Taubert AK, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levinson M et al. Prevention of infective endocarditis. AHA Guideline 2008 Oct;1736-1755.

4. Gutiérrez JL, Vicente Bagán J, Bascones A, Llamas R, Llena J, Morales A et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal 2006;11:119-136.

5. Roda RP, Bagán JV, Sanchis Bielsa JM, Carbonell Pastor E. Uso de antibióticos en odontoestomatología. Una revisión. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal 2007;12(E):47-153.

6. Gutiérrez JL, Bagán JV, Bascones A, Llena J, Morales A, Noguerol B et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis anti-

biótica en cirugía y procedimientos dentales. Avances en odontoestomatología 2006;Vol. 22(1):41-66.

7. Bascones A, Aguirre JM, Bermejo A, Blanco A, Gay-Escoda C, González MA et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal 2004;9:363-376.

8. Sáez M, Cascales J, Moya MJ, Bermejo A. Antibióticos y analgésicos más utilizados en odontología. Quintessence 2003;Vol. 16(9):580-587.

9. Cutando A, Galindo P. La profilaxis antibiótica en pacientes odontológicos portadores de prótesis corporales. Medicina oral 2002;7:348-359.

10. Harrison JW, Timothy A. ¿Está terminada la era de los antibióticos? (II). Posibles soluciones al abuso de antibióticos. Quintessence 1999;Vol. 12(7):469-475.

11. Harold Slavkin C. Uso adecuado de antibióticos en odontología. Quintessence 1999;Vol. 12(3):182-193.

12. Harrison JW, Timothy A. ¿Está terminada la era de los antibióticos? (I). El problema: abuso de los fármacos milagrosos. Quintessence 1999;Vol. 12(2):132-142.

13. Matesanz P, Figuero E, Giménez MJ, Aguilar L, Llor C, Prieto J, Bascones A. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y la prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: las infecciones odontológicas. Revista española de quimioterapia 2005 Jun;Vol. 18(2):136-145.

14. Sancho-Puchades M, Herráez-Vilas JM, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Antibiotic prophylaxis to prevent local infection in oral surgery: use or abuse?. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal 2009 Jun 1;14(1):E28-33.

15. Roda RP, Bagán JV, Sanchis JM, Carbonell E. Antibiotic use in dental practise. A review. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal 2007;12:E186-192.