

# **INFECCIONES BUCALES Y ODONTÓGENAS**

**Marzo 2017**

## **Autores:**

Rocío Fernández Urrusuno, Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Aljarafe-Sevilla Norte (**coordinadora de capítulo**).

Alfredo Reinoso Santiago, Licenciado en Medicina y Cirugía, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Licenciado en Odontología. UGC Salud Bucodental Distrito Aljarafe-Sevilla Norte.

Julia Praena Segovia, UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío.

Mercedes Martínez Granero, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe-Sevilla Norte

Carmen Bravo Escudero, Licenciada en Medicina y Cirugía. Licenciada en Odontología. Distrito Aljarafe-Sevilla Norte

M<sup>a</sup> Aguas Robustillo Cortés. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

## **Revisores externos:**

Manuel Vigo Martínez. Facultativo Especialista en Estomatología. Doctor en Medicina. UGC de Salud Bucodental Distrito Sevilla. Profesor Asociado de Medicina Bucal. Universidad de Sevilla.

M<sup>a</sup> Luisa Tarilonte Delgado. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Profesora Asociada de la Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

José Luis Gutiérrez Pérez. Director de la Unidad de Gestión Clínica y Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

## INFECCIONES BUCALES Y ODONTÓGENAS

Rocío Fernández Urrusuno, Alfredo Reinoso Santiago, Julia Praena Segovia, Mercedes Martínez Granero, Carmen Bravo Escudero, M<sup>a</sup> Aguas Robustillo Cortés.

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones orales se originan principalmente a partir de los dientes o de los tejidos que los rodean, progresando a través del periodonto hasta el ápice, afectando al tejido óseo periapical y diseminándose posteriormente a través del hueso y periostio hacia estructuras próximas o distantes. Según la zona en la que se desarrollen se clasifican en **infecciones odontógenas**, cuando afectan a estructuras formadas por el diente y el periodonto, y **no odontógenas**, cuando afectan a mucosas o estructuras extradentales. La mayoría de las infecciones de la cavidad oral son odontógenas y habitualmente locales y circunscritas, pero en ocasiones puede propagarse a los tejidos profundos o, más raramente, diseminarse hasta los órganos más lejanos.<sup>30</sup>

La prevalencia de las infecciones odontógenas es muy alta: el 90% de personas adultas presentan caries, alrededor del 50% gingivitis y un 30% periodontitis, aunque afectan a todo tipo de población.<sup>11</sup> **Son causa frecuente de consultas de urgencias.** Además, son la tercera causa de consumo de antibióticos en nuestro país, generando un 10-12% del total de las prescripciones en medio ambulatorio.<sup>30</sup>

No todas las infecciones odontógenas requieren tratamiento antimicrobiano. Los antibióticos no están indicados en la caries, pulpitis en pacientes no inmunodeprimidos y en la mayoría de enfermedades periodontales (gingivitis leves, gingivitis crónicas ni periodontitis leves).<sup>12,30</sup> Estos procesos precisan de la combinación de procedimientos odontológicos/quirúrgicos y farmacológicos. Los antibióticos administrados en las personas sanas para prevenir infecciones dentales, pueden causar más efectos perjudiciales que beneficios.<sup>12</sup> El uso de antibióticos, particularmente de amplio espectro, favorece la selección de microorganismos resistentes, de ahí la importancia de no realizar un uso indiscriminado de los mismos y **centrar el abordaje en los procedimientos quirúrgicos**, que son de **primordial importancia**<sup>12,15</sup>. La prescripción de antibióticos en ausencia de un diagnóstico definitivo podría retrasar el correcto manejo del problema y empeorar la evolución del proceso.<sup>11</sup>

En este capítulo se van a tratar las siguientes situaciones clínicas:

- Infecciones odontógenas: caries, pulpitis, absceso periapical, enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis crónica, periodontitis agresiva, enfermedades periodontales necrotizantes agudas (gingivitis ulcerativa necrotizante (GUNA) y periodontitis ulcerativa necrotizante (PUNA)), absceso periodontal, pericoronaritis y periimplantitis.
- Profilaxis antibiótica para prevenir el fracaso del implante.
- Infecciones de la mucosa oral producidas por virus Herpes y Candida.
- Infecciones de las glándulas salivales: sialoadenitis, sialolitiasis, parotiditis.
- Profilaxis antibiótica de la endocarditis bacteriana en determinados procedimientos odontológicos y en pacientes portadores de prótesis articulares.

## 1. INFECCIONES ODONTÓGENAS

Los procesos infecciosos de la cavidad oral y sus alrededores, cuya causa primaria se localiza en el diente suelen ser enfermedades **autolimitadas**, generalmente banales y de muy alta prevalencia (**caries, pulpitis, flemón**). La mayoría de las patologías dentales pueden tratarse con éxito eliminando la infección mediante exodoncia (extracción del diente), tratamiento endodóntico, incisión y drenaje quirúrgico de un absceso, tratamiento periodontal (curetaje gingival) y observación **sin necesidad de antibióticos**.<sup>11,15,31</sup> No fumar y una buena higiene bucal son la base de la prevención de la patología dental.

Otras situaciones son las infecciones odontógenas generalizadas cuando se afectan los planos profundos cérvico-faciales (**celulitis**) o se produce una **repercusión sistémica** de la infección localizada. En estos casos, el tratamiento incluye, además de las medidas mecánicas (incisión, desbridamiento y drenaje de colecciones supuradas), la terapia antimicrobiana.

### CARIES

La caries es una enfermedad de **curso crónico** causada por los productos químicos de los gérmenes acidógenos. Inicialmente es asintomática. Cuando progresa y alcanza los tejidos dentarios profundos, aparecen síntomas de afectación pulpar. La caries puede conducir, en una secuencia temporal, a necrosis pulpar, absceso periapical (flemón) con una posible extensión al hueso subyacente (osteítis u osteomielitis) o en un absceso de planos profundos (celulitis odontógena). **Es la causa más frecuente de infección odontógena**. De ahí la importancia de su **eliminación**, para evitar la progresión y el desarrollo de la infección.

## CARIES

Etiología: *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* spp, *Actinomyces* spp

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Caries	No indicado tratamiento antibiótico <sup>12,28</sup>	A		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillado dental correcto con pasta fluorada (desde 500 ppm hasta 5000 ppm en función de la edad y riesgo de caries) al menos dos veces al día (GR A)<sup>8,12,28</sup></li> <li>• Uso de flúor tópico (pasta, geles o colutorios), especialmente en pacientes con disminución de la secreción salival de causa farmacológica (antidepresivos, antihistamínicos...) o por radioterapia.</li> <li>• Reducción de la ingesta de alimentos azucarados, sobre todo entre comidas y antes de acostarse<sup>8,12</sup></li> <li>• Recomendar activamente a los pacientes con alto riesgo de caries la revisión por el dentista<sup>12</sup>.</li> </ul> <p><b>MANEJO POR DENTISTA</b><sup>£</sup> Odontología conservadora: Obturación.</p>
<p><b>OBSERVACIONES:</b>  <sup>£</sup> <b>Abordaje mecánico:</b> eliminación de la caries. Odontología conservadora: obturación.</p>				

## PULPITIS

La pulpitis es una inflamación de la pulpa dentaria causada por la invasión de los gérmenes locales, bien por progresión de una caries o de una enfermedad periodontal, bien por vía retrógrada desde una infección periapical. Aunque se presenta como un cuadro agudo, en realidad traduce en la mayoría de los casos, la **exacerbación de una inflamación crónica** que anuncia el inicio de un proceso dentario infeccioso, con dolor agudo intenso, continuo, espontáneo e irradiado y que inicialmente aumenta con el frío, posteriormente con el calor y aliviándose con el primero. También aumenta el dolor con la palpación o percusión, con el decúbito y con el esfuerzo.

Sólo se recomienda antibioterapia cuando se evidencien síntomas y signos de propagación de la infección o afectación sistémica. Donde haya una ausencia de la infección no hay justificación para el tratamiento terapéutico con antibióticos.<sup>1</sup>

## PULPITIS

**Etiología:** *Peptostreptococcus micros*, *Porphyromonas endodontalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella melaninogenica*, *Fusobacterium nucleatum*.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Pulpitis reversible incipiente*	No indicado <sup>12,22</sup>	D			<b>MANEJO POR DENTISTA<sup>§</sup>.</b> Derivar para no prolongar el dolor para y evitar uso innecesario de antibióticos. Cuando puede haber demora en el tratamiento conservador o quirúrgico se indicaría tratamiento antibiótico, hasta el tratamiento dental. Esta circunstancia se consideraría en un grupo limitado de pacientes como por ejemplo aquellos pacientes discapacitados que necesitan de sedación profunda.  Tratamiento dental conservador, endodoncia o exodoncia.  A menos que la fuente de la infección se erradique, cualquier otro modo de tratamiento en última instancia, será erróneo, excepto en raras ocasiones cuando es imposible eliminar la causa o establecer inmediatamente el drenaje.
Pulpitis avanzada (o irreversible) sin signos de propagación de la infección o afectación sistémica*	No indicado <sup>12</sup> Tratamiento sintomático <sup>§ 12</sup>	A			
Pulpitis avanzada (o irreversible) con signos de propagación de la infección o afectación sistémica*	Adultos: <b>Amoxicilina</b> oral, 500 mg-1 g cada 8 horas, 5-7 días <sup>£ 23</sup>  Niños: <b>Amoxicilina</b> oral, 40 mg/kg/día (dosis máxima: 3 g/día), en 3 tomas, 5-7 días <sup>£ 23</sup>  (Dosificar teniendo en cuenta peso del paciente)	D  D	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada):  Adultos: <b>Metronidazol</b> ▼& oral, 250 mg cada 8 horas, 7 días <sup>£ 23</sup>  Niños: <b>Metronidazol</b> ▼& oral, 15-30 mg/kg/día cada 8 horas, 7 días <sup>£ 23</sup>	D  D	
Si fracaso terapéutico (no hay mejoría clínica tras 48 horas con antibióticos de primer escalón)	Adultos: <b>Amoxicilina/clavulánico</b> ▼ oral, 500-875 mg/125 mg, cada 8 horas, 5-7 días <sup>£ 23</sup>  Niños: <b>Amoxicilina/clavulánico</b> ▼ oral, 40 mg/Kg/día (dosis máxima: 1 g/día), en 3 tomas, 5-7 días <sup>£ 23</sup>	D  D	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada):  Adultos: <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 250 mg cada 12 horas, 5 días <sup>£ 12</sup>  <b>Clindamicina</b> oral, 150-300 mg cada 6-8 horas, 5-7 días <sup>£ 23</sup>  Niños: <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 15 mg/Kg (dosis máxima: 1 g/día), en 2 dosis, 5 días <sup>12</sup>  <b>Clindamicina</b> oral, 25 mg/Kg/día en 3-4 tomas, 5-7 días <sup>£ # 23</sup>	D  D  D  D	

### OBSERVACIONES:

\*La **pulpitis leve incipiente** se reconoce por el dolor "causa-efecto" (p. ej., reacción al frío/calor) e hiperemia. Si los signos de hiperemia se perpetúan sin haberse realizado el tratamiento odontológico pasará a avanzada. La **pulpitis avanzada** se caracteriza por el dolor continuo.

**Signos de infección localizada:** dolor, hinchazón, sensibilidad al morder o al tocar el diente afectado, dolor en palpación, drenaje espontáneo de pus.

**Signos de propagación de la infección o afectación sistémica:** linfadenopatía, inflamación difusa, fiebre, malestar general.<sup>23</sup>

§ **Abordaje mecánico:** endodoncia o exodoncia.

Se indica tratamiento sintomático: analgésicos (**paracetamol**) y antiinflamatorios (**ibuprofeno 400 mg**)<sup>12,23</sup>. No hay pruebas suficientes para determinar si los antibióticos reducen el dolor y no previenen el desarrollo de complicaciones<sup>11</sup>.

£ La **duración del tratamiento** antibiótico depende de la extensión del proceso. A grandes rasgos, la duración recomendada oscila, según los diferentes estudios, entre 3 y 10 días. En cualquier caso, es importante **revisar después de 2 a 3 días tras iniciar el tratamiento antibiótico para evaluar su evolución**. Si la hinchazón se está resolviendo y la temperatura del paciente ha vuelto a la normalidad, el antibiótico puede ser interrumpido si no existe la probabilidad de diseminación de la infección.

& El metronidazol puede utilizarse como antibiótico de primera línea cuando hay sospecha de gérmenes anaerobios o puede asociarse a la amoxicilina<sup>12</sup>

#### ▼ NOTAS DE SEGURIDAD

**Amoxicilina-clavulánico:** La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

**Metronidazol:** Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Infecciones graves sin respuesta al tratamiento adecuado (antibióterapia, drenaje y exodoncia o tratamiento conservador), fiebre superior a 39°C, celulitis odontógenas con tumefacción intra o extraoral, extensión a espacios faciales profundos (parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, laterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal) que cursen con trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo o pacientes inmunodeprimidos. Paciente no colaborador o incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio prescrito.

## ABCESO PERIAPICAL

El absceso periapical agudo localizado (flemón) surge de una pulpa dental inflamada o necrótica o infección del sistema de conductos radiculares sin pulpa. Cursa con inflamación y tumefacción intraoral de los tejidos alrededor de la raíz dental y a veces presenta salida de exudado purulento al exterior. Ocasiona una clínica de dolor sordo y bien localizado, referido al diente afecto. Este dolor aumenta con la masticación o con la percusión, a veces con salida de exudado purulento por vía alveolar.<sup>23</sup>

Los abscesos dentales localizados responden bien a la incisión y drenaje, tratamiento de raíz o la extracción y, por lo tanto, si es posible, es importante la **cirugía dental inmediata en lugar de prescribir antibióticos innecesarios**. Sólo se recomienda antibioterapia cuando hay pruebas de propagación de la infección o síntomas o afectación sistémica (linfadenopatía, inflamación difusa, fiebre, malestar general). Donde hay una ausencia de la infección, no hay justificación para el tratamiento terapéutico con antibióticos.<sup>9,11,12,23,35</sup>

## ABSCESO PERIAPICAL

**Etiología:** *Peptostreptococcus micros*, *Prevotella oralis melaninogenica*, *Fusobacterium spp*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides*, *Streptococcus spp*.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Absceso periapical agudo localizado	No indicado <sup>8</sup> Tratamiento sintomático <sup>§ 12,23</sup>	A			<p><b>MANEJO POR DENTISTA.</b> Derivar para no prolongar el dolor y evitar uso innecesario de antibióticos. Cuando puede haber demora en el tratamiento conservador o quirúrgico se indicaría tratamiento antibiótico con evaluación periódica cada 2-3 días, hasta el tratamiento mecánico.</p> <p><b>Tratamiento dental:</b> desbridamiento y drenaje quirúrgico.</p> <p>Eliminación de la fuente de la inflamación o infección mediante la extracción del diente o extirpación de la pulpa en combinación con la incisión y el drenaje quirúrgico.</p> <p>Las indicaciones de drenaje se basan en la evidencia clínica o radiológica de una colección o absceso.</p>
Absceso periapical con signos de propagación de la infección, inflamación difusa o síntomas sistémicos	Adultos: <b>Amoxicilina</b> oral, 500 mg cada 8 horas, 5 días <sup>£ 12</sup>	D	<p><b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada):</p> <p>Adultos: <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 250 mg cada 12 horas, 5 días<sup>£ 12</sup></p> <p><b>Metronidazol</b> ▼&amp; oral, 250 mg cada 8 horas, 5 días<sup>£ 12</sup></p> <p>Niños: <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 15 mg/Kg (dosis máxima: 1 g/día), en 2 dosis, 5 días<sup>12</sup></p> <p><b>Metronidazol</b> ▼&amp; oral, 15-30 mg/kg/día cada 8 horas, 5 días<sup>12</sup></p>	D	
	Niños: <b>Amoxicilina</b> oral, 40 mg/kg/día (dosis máxima: 3 g/día), en 3 tomas, 5 días <sup>£ 12,23</sup>	D		D	
Si fracaso terapéutico (no hay mejoría clínica tras 48 horas con antibióticos de primera línea)	Adultos: <b>Amoxicilina/clavulánico</b> ▼ oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 5 días <sup>£ 12</sup>	D	<p><b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada):</p> <p>Adultos: <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 250 mg cada 12 horas, 5 días<sup>£ 12</sup></p> <p><b>Clindamicina</b> oral, 150 mg, cada 6 horas, 5 días<sup>£ 12</sup></p> <p>Niños: <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 15 mg/Kg (dosis máxima: 1 g/día), en 2 dosis, 5 días<sup>12</sup></p> <p><b>Clindamicina</b> oral, 15-25 mg/Kg/día cada 8 horas,</p>	D	
Niños: <b>Amoxicilina/clavulánico</b> ▼ oral, 40 mg/Kg/día (dosis máxima: 1 g/día), en 3 tomas 5 días <sup>£ 12</sup>	D	D			

5 días<sup>£ 12</sup>

**OBSERVACIONES:**

\* **Signos de infección o afectación sistémica:** celulitis, compromiso de los ganglios linfáticos, inflamación difusa, fiebre, malestar.<sup>23</sup>

§ **Abordaje mecánico:** desbridamiento y drenaje quirúrgico.

Se indica tratamiento sintomático: analgésicos como **paracetamol** y antiinflamatorios (**ibuprofeno**)<sup>12,23</sup>. Los abscesos dentales localizados responden bien a la incisión y drenaje, tratamiento de raíz o extracción, **sin necesidad de antibióticos**.

¶ Esta circunstancia también se consideraría en un grupo limitado de pacientes como por ejemplo aquellos pacientes discapacitados que necesitan de sedación profunda.

£ Dosificar teniendo en cuenta peso del paciente y severidad de la infección. Si la infección es severa, duplicar las dosis: **amoxicilina** 1 g, **metronidazol** ▼ 500 mg, **clindamicina** 600 mg<sup>12</sup>. Se establece un máximo de 1,8 g **clindamicina** al día.

La **duración del tratamiento** antibiótico depende de la extensión del proceso y de la respuesta clínica.<sup>12</sup> A grandes rasgos, la duración recomendada oscila, según los diferentes estudios, entre 3 y 10 días. En cualquier caso, es importante **revisar después de 2 a 3 días tras iniciar el tratamiento antibiótico para evaluar su evolución**. Si la hinchazón se está resolviendo y la temperatura del paciente ha vuelto a la normalidad, el antibiótico puede ser interrumpido<sup>12</sup>.

& El metronidazol puede utilizarse como antibiótico de primera línea cuando hay sospecha de gérmenes anaerobios o puede asociarse a la amoxicilina.<sup>12</sup>

▼ **NOTAS DE SEGURIDAD**

**Amoxicilina-clavulánico:** La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

**Macrólidos:** La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco** potencialmente fatales. Los **macrólidos** deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardiaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardiaco o arritmias.

**Metronidazol:** Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Infecciones graves sin respuesta al tratamiento (infecciones de espacios parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, láterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal), fiebre superior a 39°C, celulitis odontógenas (osteítis, osteomielitis...) con tumefacción extraoral, extensión a espacios faciales profundos, trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo o pacientes inmunodeprimidos. Paciente no colaborador o incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio prescrito.

## ENFERMEDADES PERIODONTALES

Los procesos periodontales más frecuentes son la gingivitis y la periodontitis.<sup>2</sup> En este apartado se observan los siguientes procesos:

- La gingivitis: inflamación de las encías que no afecta a la estructura de sujeción del diente pero es el primer paso para la periodontitis.<sup>29</sup>
- La gingivitis ulcerativa necrosante (GUNA): enfermedad inflamatoria que refleja una respuesta inmune disminuida, con signos y síntomas que incluyen dolor, necrosis papilar interdental y una tendencia al sangrado espontáneo. Los factores predisponentes pueden ser el estrés, la mala higiene bucal, la malnutrición, el tabaquismo y las inmunodeficiencias.

- La periodontitis ulcerativa necrosante (PUNA): Infección caracterizada por la necrosis de los tejidos gingivales, ligamento periodontal y hueso alveolar. Estas lesiones se observan más frecuentemente en personas con condiciones sistémicas como infección por HIV, desnutrición e inmunosupresión.
- La periodontitis crónica: inflamación de las encías con destrucción del hueso alveolar adyacente de soporte, del cemento radicular y del ligamento periodontal. Ello conlleva un **aumento de la movilidad del diente**. Tiene un **curso crónico**, teniendo como principal complicación el absceso periodontal. Suele asociarse con la presencia de placa y cálculo. La periodontitis crónica es la forma más frecuente de periodontitis y se ha relacionado con la enfermedad cardiovascular.<sup>21,32</sup>
- La periodontitis agresiva, se produce en pacientes clínicamente sanos. Las características comunes incluyen pérdida de inserción rápida, destrucción ósea y agregación familiar. Se suele iniciar a una edad más temprana que la observada en la periodontitis crónica.

### GINGIVITIS

**Etiología: Gingivitis:** *Campylobacter rectus*, *Actinomyces* spp, *Prevotella intermedia*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga* spp, *Streptococcus anginosus*.

**Gingivitis estreptocócica:** estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*).

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Gingivitis simple o por placa	No indicado <sup>12,23</sup> Tratamiento sintomático <sup>§ 12,23</sup>	A		Medidas locales que eliminen la placa que desinfecte los depósitos subgingivales y supragingivales <sup>12,29</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente que muchas gingivitis se producen por el depósito de tártaro (sarro). En este caso, debe decirse que debe acudir al dentista para realización de una tartrectomía.</li> <li>• Cepillado de dientes y encías con pasta fluorada al menos una vez al día.</li> <li>• Control de la progresión de la placa dentaria.</li> <li>• Consejo antibacaco</li> <li>• Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,2% cada 12 horas de 10 a 15 días y seguir con clorhexidina al 0,1%.</li> <li>• Explicar al paciente que la gingivitis es un factor de riesgo para las periodontitis<sup>29</sup></li> </ul>

#### OBSERVACIONES:

<sup>§</sup> Se trata de la inflamación de encías que no afecta a la estructura de sujeción del diente. Se indica tratamiento sintomático: analgésicos (**paracetamol**) o antiinflamatorios (**ibuprofeno**).<sup>23</sup>

**ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES:**

**GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE AGUDA (GUNA) Y PERIODONTITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE AGUDA (PUNA)**

**Etiología:** *Treponema sp, Selenomonas sp, Fusobacterium sp, y Bacteroides melaninogenicus sp. Intermedius (Prevotella intermedia).*

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Gingivitis ulcerativa necrosante o Angina de Vincent (GUNA) en pacientes inmunodeprimidos, VIH, leucemia, neutropenia cíclica o afectación sistémica (presencia de fiebre, malestar general y linfadenopatía).  Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUNA) <sup>&amp;</sup>	<b>Metronidazol</b> ▼ oral, 250 mg cada 6 horas, 7 días <sup>12,23,29</sup>  <b>Amoxicilina</b> oral, 500 mg cada 8 horas, 7 días <sup>12</sup>  (Dosificar teniendo en cuenta peso del paciente)	D  D			<b>Medidas para eliminar o reducir los niveles de bacterias patógenas y controlar los factores desencadenantes psicológicos y físicos significativos:</b> La aplicación tópica de enjuagues bucales con clorhexidina o suero salino resulta eficaz para controlar el dolor y la ulceración <sup>12</sup>  <b>MANEJO POR DENTISTA</b> <sup>£</sup> Desbridamiento con irrigación abundante.
<p><b>OBSERVACIONES:</b>  <sup>&amp;</sup> Es una infección que se caracteriza por necrosis de los tejidos gingivales, ligamento periodontal y el hueso alveolar. Estas lesiones se observan con mayor frecuencia en individuos con enfermedades sistémicas como la infección por el VIH, la malnutrición y la inmunosupresión. Debe prestarse especial atención a la asociación que ha aparecido en los últimos años entre las enfermedades periodontales necrotizantes y la infección por el VIH, y a la rápida evolución de aquéllas en este grupo de pacientes.  <sup>£</sup> <b>Abordaje mecánico:</b> desbridamiento con irrigación abundante.</p>					
<p><b>NOTAS DE SEGURIDAD:</b>  <b>Metronidazol:</b> Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.</p>					

## PERIODONTITIS CRÓNICA

**Etiología:** *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Streptococcus* spp.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Periodontitis crónica*	No indicado <sup>28</sup> Tratamiento sintomático <sup>§ 28</sup>	A			Medidas locales que eliminen la placa, desinfecte los depósitos subgingivales y supragingivales de placa <sup>29</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillado de dientes y encías.</li> <li>• Control de placa dentaria</li> <li>• <b>Raspado y alisado radicular, desbridamiento y drenaje de la colección purulenta.</b></li> <li>• Consejo antitabaco</li> <li>• Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,1% o 0,2% cada 12 horas, durante 2 semanas.<sup>29</sup></li> </ul>
<b>OBSERVACIONES:</b> * Enfermedad periodontal caracterizada por la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes: pérdida progresiva de inserción y de masa ósea que se manifiesta en la formación de bolsas y/o recesión de la encía. Es la forma más frecuente de la periodontitis. Más frecuente en adultos, pero puede ocurrir a cualquier edad. La progresión de la pérdida de inserción por lo general se produce lentamente, aunque puede cursar con períodos de rápida progresión.					
§Se indica tratamiento sintomático: analgésicos ( <b>paracetamol</b> ) o antiinflamatorios ( <b>ibuprofeno</b> ). <sup>29</sup>					

## PERIODONTITIS AGRESIVA

**Etiología:** *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Eikenella corrodens*, *Selenomonas sputigena*, *Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter rectus*, *Campylobacter concisus* y *Peptostreptococcus micros*

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Periodontitis agresiva <sup>£</sup>	<b>Amoxicilina</b> oral, 500 mg cada 8 horas, 7 días + <b>Metronidazol</b> ▼ oral, 500 mg cada 8 horas, 7 días	E			<b>MANEJO POR DENTISTA.</b> Derivar por riesgo de pérdida de piezas en pacientes jóvenes. El tratamiento antibiótico se asociará siempre a la terapia periodontal. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raspado y alisado radicular, desbridamiento y drenaje de la colección purulenta.</li> <li>• Medidas locales que eliminen la placa, desinfecte los depósitos subgingivales y supragingivales de placa<sup>29</sup>.</li> <li>• Cepillado de dientes y encías.</li> <li>• Control de la placa dentaria.</li> <li>• Consejo antitabaco.</li> <li>• Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,1% o 0,2% cada 12 horas, durante 2 semanas.<sup>29</sup></li> </ul>
<p><b>OBSERVACIONES:</b>  <sup>£</sup> Se trata de una forma de periodontitis que se produce en pacientes clínicamente sanos. Las características comunes incluyen pérdida de inserción rápida, destrucción ósea y agregación familiar.  <b>Abordaje mecánico:</b> raspado y alisado radicular<sup>32</sup>. El tratamiento antibiótico siempre será un coadyuvante del raspado y alisado radicular ya que pueden ofrecer beneficio clínico en términos de pérdida de inserción clínica y de reducción de la profundidad de la bolsa periodontal.<sup>29</sup>  <sup>§</sup>Se indica tratamiento sintomático: analgésicos (<b>paracetamol</b>) o antiinflamatorios (<b>ibuprofeno</b>).<sup>§ 29</sup></p>					
<p><b>NOTAS DE SEGURIDAD:</b>  <b>Metronidazol:</b> Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.</p>					

## ABCESO PERIODONTAL

El absceso periodontal es una complicación de la periodontitis, que se forma por acúmulo de contenido purulento en bolsas profundas periodontales. Es un **proceso agudo** que cursa con dolor intenso, enrojecimiento, tumefacción y sangrado fácil de la encía<sup>15</sup>.

### ABCESO PERIODONTAL

**Etiología:** *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Streptococcus spp.*

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA		
Absceso periodontal sin manifestaciones sistémicas	No indicado <sup>23</sup> Tratamiento sintomático* 23,29	D		<b>MANEJO POR DENTISTA</b> Derivar para tratamiento. Incisión y drenaje, tratamiento periodontal o extracción.	
Absceso periodontal con tumefacción y manifestaciones sistémicas (fiebre, malestar general, linfadenopatía) o pacientes inmunodeprimidos <sup>£</sup>	<b>Amoxicilina</b> oral, 500 mg cada 8 horas, 5 días o hasta el manejo por el dentista <sup>£ 12</sup>	D	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada): <b>Metronidazol</b> ▼ oral, 250 mg cada 8 horas, 5 días <sup>£ 12</sup>		D
Si fracaso terapéutico (no hay mejoría clínica tras 48 horas con los tratamientos de primera línea)	<b>Amoxicilina/clavulánico</b> ▼ oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 5 días <sup>£ 12</sup>	D	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada): <b>Claritromicina</b> ▼ oral, 250 mg cada 12 horas, 5 días <sup>12</sup> <b>Clindamicina</b> oral, 150 mg, cada 6 horas, 5 días <sup>£ # 12</sup>		D D

#### OBSERVACIONES:

\* Se indica tratamiento sintomático: analgésicos (**paracetamol**) (A) o antiinflamatorios (**ibuprofeno**) (GR A).<sup>12,23</sup>

**Abordaje mecánico:** Incisión y drenaje, tratamiento periodontal o extracción.

£ Dosificar teniendo en cuenta peso del paciente y severidad de la infección. Si la infección es severa, duplicar las dosis: **amoxicilina** 1 g, **metronidazol** 500 mg, **clindamicina** 600 mg<sup>12</sup>. Se establece un máximo de 1,8 g **clindamicina** al día.

La **duración del tratamiento** antibiótico depende de la extensión del proceso y de la respuesta clínica.<sup>8</sup> A grandes rasgos, la duración recomendada oscila, según los diferentes estudios, entre 3 y 10 días. En cualquier caso, es importante **revisar después de 2 a 3 días tras iniciar el tratamiento antibiótico para evaluar su evolución**<sup>12</sup>.

#### ▼ NOTAS DE SEGURIDAD

**Amoxicilina-clavulánico:** La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos.

Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

**Macrólidos:** La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco** potencialmente fatales. Los **macrólidos** deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

**Metronidazol:** Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Infecciones graves sin respuesta al tratamiento (infecciones de espacios parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, laterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal), fiebre superior a 39°C, celulitis odontógenas (osteítis, osteomielitis...) con tumefacción extraoral, extensión a espacios faciales profundos, trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo o pacientes inmunodeprimidos.

## PERICORONARITIS

La pericoronaritis es la inflamación de los tejidos que recubren la corona del diente parcialmente erupcionado o incluido y que puede producir un absceso en los tejidos blandos vecinos al foco dentario. Puede dar una clínica aguda o crónica asociada a un cuadro de fiebre, malestar general y adenopatía.

### PERICORONARITIS

**Etiología:** *Peptostreptococcus micros*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium spp*, *Prevotella intermedia melaninogenica*, *Eubacterium*, *Streptococcus spp*.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Pericoronaritis sin afectación regional o sistémica	No indicado <sup>23</sup> Tratamiento sintomático <sup>§ 23</sup>	D			Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,1% o 0,2% cada 12 horas, durante 2 semanas <sup>12</sup>  <b>MANEJO POR DENTISTA<sup>£</sup></b> Si se trata de pericoronaritis de repetición, valoración por el odontólogo si procede su exodoncia quirúrgica.
Pericoronaritis con afectación regional o sistémica <sup>£</sup>	<b>Metronidazol</b> ▼ oral, 500 mg cada 8 horas, 3 días <sup>12</sup>  <b>Amoxicilina</b> oral, 500 mg-1 g cada 8 horas, 3 días <sup>12</sup>	D  D	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada):  <b>Clindamicina</b> oral, 300 mg cada 8 horas, 8 días	  E	
Si fracaso terapéutico (no hay mejoría clínica tras 48 horas con los tratamientos de primera línea)	<b>Amoxicilina/clavulánico</b> ▼ oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 5 días <sup>£ 12</sup>	D			

**OBSERVACIONES:**

§ Se indica tratamiento sintomático: analgésicos (**paracetamol**) o antiinflamatorios (**ibuprofeno**).<sup>23</sup>

£ **Abordaje mecánico:** extracción en caso de pericoronaritis de repetición.

**NOTAS DE SEGURIDAD**

**Metronidazol:** Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Infecciones graves sin respuesta al tratamiento (infecciones de espacios parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, laterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal) celulitis odontógenas (osteítis, osteomielitis...) con tumefacción extraoral, trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo o pacientes inmunodeprimidos

**PERIIMPLANTITIS**

**Etiología: Cuando no existe ningún tipo de patología:** cocos gram positivos, aerobios y bacilos inmóviles. **Situaciones patológicas:** anaerobios, gram negativos y bacilos móviles, fusiformes y espiroquetas (*Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Capnocytophaga*, etc).

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			GR	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA		
Periimplantitis	No indicado* <sup>23,29</sup>	D			<p><b>MANEJO POR DENTISTA</b> Existen diversas opciones terapéuticas pero no existe evidencia de que una sea mejor que otra. Hay consenso en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alisado y pulido de la superficie del implante.</li> <li>• Remoción depósitos duros/blandos acumulados, mediante instrumentos adecuados.</li> <li>• Realizar seguimiento y revisar después de 1-2 meses el estado de los tejidos adyacentes.<sup>29</sup></li> </ul> <p><b>Medidas locales que eliminan la placa y desinfectan los depósitos subgingivales y supragingivales de placa</b><sup>23,29</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillado de dientes y encías con pasta fluorada al menos una vez al día.</li> <li>• Control de placa dentaria</li> <li>• Consejo antitabaco</li> <li>• Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,1% o 0,2% cada 12 horas, durante 2 semanas.</li> </ul>

**OBSERVACIONES:**

\* Se indica tratamiento sintomático: analgésicos (**paracetamol**) o antiinflamatorios (**ibuprofeno**).<sup>23</sup>

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Infecciones graves sin respuesta al tratamiento (infecciones de espacios parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, laterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal) celulitis odontógenas (osteítis, osteomielitis...) con tumefacción extraoral, trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo o pacientes inmunodeprimidos.

**PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA PREVENIR FRACASO DE IMPLANTE**

No hay evidencias claras ni guías de práctica clínica de calidad que se pronuncien sobre recomendaciones de tratamiento en esta situación<sup>13,20</sup>. La recomendación de profilaxis antibiótica, se basa en el resultado de revisiones sistemáticas<sup>5,13</sup>, aunque otras revisiones<sup>20,22</sup> concluyen que esta profilaxis antibiótica reduce el riesgo de fracaso de implante sólo en un 2% y que no existe beneficio alguno si la colocación de implantes se realiza en pacientes sanos. La profilaxis antibiótica para prevenir fracaso de implante sólo estaría recomendada en casos complejos (implantes inmediatos con infecciones periapicales previas, necesidad de injertos óseos) y en pacientes inmunocomprometidos<sup>20,22</sup>. Se necesitan más estudios para aclarar esta situación.

No hay evidencia que apoye la recomendación de antibióticos para prevenir infecciones tras la colocación del implante<sup>5,22</sup>.

**PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA PREVENIR FRACASO DE IMPLANTE**

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Profilaxis antibiótica para prevenir fracaso de implante	No indicado sistemáticamente	E	No existe evidencia sobre alternativas		
Profilaxis antibiótica para prevenir fracaso de implante en procesos complejos y en pacientes inmunocomprometidos	<b>Amoxicilina</b> oral, 2 g, dosis única, 1 hora antes de la operación	E			

**OBSERVACIONES:**

No hay evidencias claras ni guías de práctica clínica de calidad que se pronuncien sobre recomendaciones de tratamiento en esta situación<sup>13,23</sup>. La recomendación de profilaxis con una dosis de amoxicilina, se basa en el resultado de revisiones sistemáticas<sup>5,13</sup>, aunque otras revisiones<sup>22,23</sup> concluyen que esta profilaxis antibiótica reduce el riesgo de fracaso de implante sólo en un 2% y que no existe beneficio alguno si la colocación de implantes se realiza en pacientes sanos. La profilaxis antibiótica para prevenir fracaso de implante sólo estaría recomendada en casos complejos (implantes inmediatos con infecciones periapicales previas, necesidad de injertos óseos, etc) y en pacientes inmunocomprometidos<sup>22,23</sup>. Se necesitan más estudios para aclarar esta situación.

**2. INFECCIONES DE LA MUCOSA ORAL**

Las infecciones de la mucosa oral pueden ser la manifestación de una enfermedad infecciosa sistémica (VIH, TBC, etc) o tratarse de procesos localizados (virus Herpes simple tipo 1, virus varicela zoster, etc).

Según se etiología se clasifican en bacterianas, víricas y fúngicas:

- bacterianas: las más frecuentes son la infección odontogénica y la enfermedad periodontal. La tuberculosis y la sífilis también cursan con manifestaciones orales y/o cérvicofaciales.
- víricas: las más comunes son las ocasionadas por el virus del Herpes simple, Varicela zóster y el Virus del Papiloma Humano (papiloma oral escamoso, verruga vulgar, condiloma acuminado e hiperplasia epitelial focal). Los virus Epstein-Barr (mononucleosis infecciosa y leucoplasia vellosa), citomegalovirus y Coxsackie (enfermedad mano-pie-boca y herpangina) también pueden tener su expresión clínica en la boca. Enfatizamos, por su potencial gravedad, el virus de la inmunodeficiencia humano (VIH).
- fúngicas: las más prevalentes son las candidiasis. Según su evolución se distinguen las formas agudas (pseudomembranosa o muguet y eritematosa) y las crónicas (eritematosas e hiperplásicas). Otras lesiones asociadas a cándidas son la estomatitis protésica, la queilitis angular y la glositis romboidal media. De las micosis profundas resaltan las que se manifiestan en el territorio orofacial o en la mucosa oral como la aspergilosis, la blastomicosis, la criptococosis, la histoplasmosis y la paracoccidiomicosis.

En este apartado nos centraremos en las infecciones que se ven habitualmente en Atención Primaria: las infecciones por herpes virus y las candidiasis.

### INFECCIONES DE LA MUCOSA ORAL POR HERPES O VARICELA

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Infección por virus del Herpes Simple*: Gingivostomatitis herpética primaria	No indicado <sup>£ 13</sup>	A		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias<sup>8</sup></li> <li>• La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones<sup>5</sup>.</li> <li>• Evitar la deshidratación<sup>13</sup></li> <li>• Dieta líquida<sup>13</sup></li> </ul> <p><b>Medidas de prevención de la transmisión:</b> La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto</p>
Herpes simple en pacientes con infección severa en pacientes inmunocompetentes	<b>Aciclovir</b> oral 200 mg, 5 veces al día, 5 días (si la curación no es completa, prolongar el tratamiento) <sup>£,§ 8,13</sup>	A	<p><b>Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:</b> <b>Valaciclovir</b> oral, 500 mg, 2 veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa)<sup>8</sup></p> <p><b>Valaciclovir</b> oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día<sup>8</sup></p>	
Herpes labial primoinfección sintomática		A		
Herpes labial recurrente con lesiones severas, intermitentes o persistentes		A		
Herpes intraoral recurrente <sup>#</sup> Gingivostomatitis recurrente <sup>#</sup>		A		
Hepes labial en personas inmunosuprimidas	<b>Aciclovir</b> oral, 400 mg, 5 veces al día, 5 días (si la curación no es completa,	A	<b>Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:</b> <b>Valaciclovir</b> oral, 1000 mg, 2	A

Gingivostomatitis en personas inmunosuprimidas	prolongar el tratamiento o tratar hasta una semana tras la desaparición de las lesiones) § 8		veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa) <sup>8</sup> <b>Valaciclovir</b> oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día <sup>8</sup>	A	
Varicela Zoster <sup>†</sup>	<b>Aciclovir</b> oral, 800 mg, 5 veces al día, 7 días <sup>13</sup>  Inicio de tratamiento temprano, en las 24 horas tras el inicio de los síntomas	A			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas para evitar sobreinfecciones: cortar las uñas (para evitar rascado) y baño diario con un jabón pH neutro</li> <li>• Exclusión del trabajo, consultas médicas, salas de urgencia y otros lugares públicos, desde que aparece la erupción hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras</li> <li>• Evitar el contacto con personas que no han pasado la enfermedad, especialmente recién nacidos, mujeres embarazadas e inmunodeprimidos.</li> <li>• No aplicar pomadas o talco.</li> </ul> <p><b>Medidas preventivas:</b> La <b>vacuna de la varicela</b> está incluida en el calendario vacunal infantil de Andalucía. En el caso de adultos, la vacunación está dirigida a proteger a personas susceptibles de padecer varicela grave</p>

**OBSERVACIONES:**

\* El Herpes labial resuelve tras 5 días sin tratamiento<sup>8</sup>. Se recomienda tratamiento sintomático (**paracetamol** o **ibuprofeno**) si es necesario y no hay contraindicaciones<sup>8</sup>. Considerar el uso de enjuagues con colutorios bucales de **clorhexidina** al 0,12% o al 0,2%, 15 días; gel de **benzocaína** al 20% y **lidocaína** en solución 2% cada 2 horas según se considere necesario<sup>13</sup>.

No se recomienda:

- la administración rutinaria de antivirales tópicos (**aciclovir**, **penciclovir tópicos**). Esta no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas. Aplicados en la fase prodrómica, reducen la duración sólo 12-24 horas<sup>8</sup>.
- el uso de **antivirales orales** en personas sanas inmunocompetentes<sup>8</sup>.
- el tratamiento con **anestésicos tópicos** (lidocaína)<sup>8</sup>.

£ Se indica tratamiento sintomático con analgésicos<sup>8</sup>. La administración de un anestésico local puede proporcionar alivio de los síntomas.<sup>13</sup>

§ En la actualidad no disponible en el Sistema Nacional de Salud para esta indicación.

§ La aplicación tópica de **aciclovir** no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas. Si se indica un antivirico oral, advertir al paciente de iniciar el tratamiento en la fase prodrómica antes de la aparición de las vesículas

En inmunodeprimidos el tratamiento se prolongará una semana tras la desaparición total de las lesiones.

# Sobre el 90% de las infecciones recurrentes de herpes labial son originada por el VHS-1<sup>8</sup>. Las gingivoestomatitis recurrentes son menos frecuentes y ocurren más habitualmente en personas inmunocomprometidas<sup>8</sup>.

† El tratamiento oral está indicado en todos los pacientes >12 años debido a que el riesgo de complicaciones de la varicela aumenta con la edad. Si es necesario tratamiento sintomático para dolor y fiebre, utilizar **paracetamol**. **No** utilizar AINESs. Se puede indicar lociones de **calamina** y tratamiento oral con **maleato de dexclorfeniramina** para aliviar el picor.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Tuberculosis oral, Sífilis oral

### CANDIDIASIS ORAL (INFECCIONES DE LA MUCOSA ORAL POR CANDIDA)

Etiología: *Candida albicans*, *Candidas spp.*

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Candidiasis oral*	<b>Miconazol</b> gel oral, 20 mg/ml, 4 aplicaciones al día, 7 días o hasta 7 días tras la resolución de las lesiones <sup>12,23</sup>	A	<b>Nistatina</b> oral, 100.000 UI/ml en enjuagues cada 6 horas, 7-14 días o hasta 2 días tras la resolución de las lesiones <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando no haya una circunstancia favorecedora o desencadenante, se debe descartar una enfermedad sistémica (VIH, Diabetes, etc)</li> <li>• Control de la diabetes, la neutropenia o de la ferropenia.</li> <li>• Medidas de higiene oral correctas (lavados de boca, higiene de prótesis dental, cepillado, esterilizar botellas)</li> <li>• Eliminación de hábitos tóxicos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo antitabaco<sup>5</sup></li> <li>- Evitar uso de antibióticos, principalmente de amplio espectro<sup>12</sup></li> <li>- Advertir a los pacientes que reciben corticoides inhalados, de enjuagar la boca con agua y cepillar los dientes después de usar el inhalador<sup>12</sup></li> <li>- Sustitución de las prótesis inapropiadas</li> <li>- Disminución de la xerostomía.</li> </ul> </li> </ul>

#### OBSERVACIONES:

\* La candidiasis oral es más frecuente en niños, personas con dentadura postiza y ancianos. En personas adultas sanas, podría tratarse de la primera presentación de un factor de riesgo no diagnosticado<sup>12</sup>. Algunos pacientes son más propensos a la candidiasis oral: aquellos que utilizan corticoides inhalados o por medio de enjuagues, fármacos citotóxicos, aquellos que hayan consumido antibióticos de amplio espectro, diabéticos, anémicos, pacientes con deficiencias nutricionales y pacientes inmunodeprimidos (radioterapia, leucemia, VIH)<sup>12</sup>. Es un indicador de inmunosupresión<sup>12</sup>.

Las **infecciones recurrentes** son raras, y se suelen dar en pacientes inmunodeprimidos permanentemente (SIDA, etc).

### 3. INFECCIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Las infecciones de las glándulas salivales son causa común de dolor crónico o agudo.<sup>33</sup> En la mayoría de los casos, la glándula parótida, se ve afectada. Los factores desencadenantes de la sialoadenitis pueden ser el flujo salival limitado, la sialolitiasis, deshidratación, caquexia, inmunosupresión, diabetes u obstrucción del conducto salival.<sup>33</sup> Estas condiciones facilitan la ascensión de las bacterias por los conductos salivales y predisponen a una infección de las glándulas.

Para el tratamiento de estos procesos, es necesario tener en cuenta no sólo el espectro de acción del antibiótico, sino también su secreción en la saliva en concentraciones efectivas. Siempre que se pueda hay que realizar cultivo y antibiograma.<sup>4,6,7,16,33,35,37</sup>

#### INFECCIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES: SIALOADENITIS, SIALOLITIASIS, PAROTIDITIS

**Etiología:** Viral (sialoadenitis viral aguda). Bacteriana: *S. aureus*, *Streptococcus spp (viridans, pyogenes o pneumoniae)* o *E. coli*.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA		
Sialoadenitis bacteriana aguda (sialoadenitis supurada)	<b>Amoxicilina-clavulánico</b> ▼ oral, 500-875 mg cada 8 horas, 7 días  <b>Cefalexina</b> oral, 0,5-1 g cada 8 horas, 7 días	E  E	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada):  <b>Azitromicina</b> ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días + <b>Metronidazol</b> ▼ oral, 250-500 mg cada 8 horas, 5 días  <b>Clindamicina</b> oral, 300 mg cada 8 horas, 7 días <sup>f</sup>	E  E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre que se pueda hay que realizar cultivo y antibiograma</li> <li>• Masaje de la glándula, calor seco local e ingesta de sialogogos o estimuladores de la secreción salival para restablecer el flujo salival (zumo de limón o de naranja).</li> <li>• Asegurar adecuada hidratación.</li> <li>• Higiene oral adecuada.</li> <li>• Abstención tabáquica.</li> <li>• Se recomienda realizar seguimiento em los siguientes días para verificar eficacia del tratamiento y detectar posibles complicaciones</li> </ul>
Sialolitiasis	No indicado Sólo se trata si es causa de sialoadenitis (ver tratamiento sialodenitis)				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación abundante, calor seco y masaje local de la glándula afectada.</li> <li>• Enjuagues con antisépticos suaves sin alcohol.</li> <li>• Tras resolución de fase aguda, extracción manual de cálculos más distales por masaje a través de la boca. Los cálculos de la parte más interna de la glándula pueden requerir tratamiento quirúrgico.</li> </ul>
Parotiditis epidémica (paperas) <sup>g</sup> Parotiditis por citomegalovirus	No indicado*	E			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposo, calor seco local e higiene oral.</li> <li>• La dieta debe ajustarse según la</li> </ul>

				capacidad del paciente para masticar. • Aislamiento durante 10 días. • Ingesta hídrica adecuada.
<b>OBSERVACIONES:</b> & La patología inflamatoria de las glándulas salivales puede ser una manifestación de múltiples enfermedades: autoinmunes, linfoproliferativas, sarcoidosis infecciones por VIH y bacterianas como TBC, sífilis o actinomicosis. Descartar siempre la posibilidad de paperas <sup>15</sup> . Si se sospecha de paperas, advertir al paciente que no salga de casa y notificar. <sup>23</sup> £ Realizar seguimiento: este tratamiento no cubre bacterias gran-negativas, incluido <i>H. influenzae</i> o <i>M. catarrhalis</i> . * Se indica tratamiento sintomático: analgésicos ( <b>paracetamol</b> ) o antiinflamatorios ( <b>ibuprofeno</b> ). <sup>23</sup>				
<b>NOTAS DE SEGURIDAD</b> <b>Amoxicilina-clavulánico:</b> La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de <b>hepatotoxicidad</b> de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas. <b>Macrólidos:</b> La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar <b>irregularidades en el ritmo cardíaco</b> potencialmente fatales. Los <b>macrólidos</b> deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias. <b>Metronidazol:</b> Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.				
<b>CRITERIOS DE DERIVACIÓN:</b> En los pacientes susceptibles de complicaciones (ancianos*, inmunodeprimidos o desnutridos) o en aquellos que presentan ausencia de mejoría tras 48 horas con el tratamiento antibiótico oral, la hospitalización es indispensable dado que la mortalidad de las parotiditis supurativas, en estos casos, alcanza el 20-40%. Requerimiento de tratamiento hospitalario: con el aumento de la prevalencia de <i>S. aureus</i> resistentes a meticilina, sobre todo entre los ancianos que viven en geriátricos, puede requerirse el tratamiento con vancomicina. En reagudizaciones agudas de cuadros crónicos, puede en ocasiones ser necesaria la extirpación de la glándula.				

#### 4. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA EN DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Actividades de la vida diaria como la masticación y el cepillado dental son más capaces de causar endocarditis infecciosa que la bacteriemia asociada con tratamientos dentales.<sup>17</sup> Sólo puede prevenirse con antibióticos un número reducido de casos de endocarditis infecciosa mediante profilaxis antibiótica previa a los tratamientos dentales.<sup>17</sup> El riesgo de efectos secundarios de los antibióticos excede al beneficio de la profilaxis antibiótica. **Es más importante una buena higiene oral** que la profilaxis antibiótica a la hora de reducir el riesgo de endocarditis infecciosa. Por lo tanto, la profilaxis antibiótica antes de los procedimientos dentales sólo debería administrarse en **pacientes con alto riesgo** de sufrir endocarditis bacteriana.<sup>17</sup>

En el año 2008, el *National Institute of Clinical Excellence* británico (NICE) recomendó no administrar sistemáticamente profilaxis en ninguna indicación, basándose en la falta de evidencias científicas.<sup>25</sup> El impacto de esta recomendación en Reino Unido supuso una reducción del 78,6% de las prescripciones en esta indicación, sin que se produjese un incremento significativo de los casos de

endocarditis infecciosa, tras 2 años de seguimiento.<sup>33</sup> Sin embargo, en el año 2015 se publicó un estudio de series temporales que evaluaba la incidencia de endocarditis infecciosa en Inglaterra desde el año 2000 hasta 2013, observando un incremento de la incidencia desde la introducción en 2008 de las guías.<sup>10</sup> Tras esta publicación se realizó una actualización de la guía NICE<sup>26</sup> para revisar la idoneidad de sus recomendaciones. En esta revisión se señala que el incremento de la incidencia de la endocarditis infecciosa también se observaba en EEUU y el resto de Europa, lugares donde se mantuvo la recomendación de profilaxis en las guías. Finalmente, se concluyó que no existe evidencia para recomendar la profilaxis, pasando de “no recomendar” a “no recomendar de rutina” la profilaxis en pacientes con cardiopatía estructural y/o endocarditis infecciosa previa, y establece la necesidad de tomar esta decisión de forma consensuada entre el clínico y el paciente.<sup>26</sup>

### PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA EN DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

**Etiología:** Bacteriana (75%): estreptococos o estafilococos.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Profilaxis de endocarditis bacteriana en procedimientos dentales de alto riesgo <sup>g</sup> en población general	No indicado <sup>26</sup>	D			Incidir en la importancia de mantener una buena higiene oral.
Profilaxis de endocarditis bacteriana en procedimientos dentales de alto riesgo <sup>g</sup> en los pacientes de alto riesgo de endocarditis infecciosa por presentar cardiopatía estructural o endocarditis previa <sup>f</sup>	No indicado sistemáticamente <sup>26</sup>  Identificar aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis infecciosa* y valorar de forma consensuada con el paciente realizar la profilaxis antibiótica o no <sup>26</sup>  Adultos: <b>Amoxicilina</b> oral, 2 g, ½-1 hora antes del procedimiento <sup>26</sup>  Niños: <b>Amoxicilina</b> oral, 50 mg/Kg	D  D  D	Adultos: <b>Intolerancia oral:</b> <b>Ampicilina</b> iv o im, 2 g, ½-1 hora antes del procedimiento <sup>26</sup>  <b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada): <b>Clindamicina</b> oral 600 mg, 1 hora antes del procedimiento <sup>18</sup>  <b>Clindamicina</b> im o iv, 600 mg, 1 hora antes del procedimiento <sup>18</sup>  Niños: <b>Intolerancia oral:</b>	D  D*  D*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar los riesgos y los beneficios de realizar el tratamiento antibiótico profiláctico y explicar porqué no se recomienda de rutina<sup>26</sup></li> <li>• Incidir en la importancia de mantener una buena higiene oral.</li> <li>• No se recomiendan enjuagues bucales con antisépticos con clorhexidina<sup>26</sup></li> <li>• Explicar al paciente las situaciones con mayor riesgo de presentar una endocarditis infecciosa<sup>f</sup>.</li> <li>• Explicar al paciente, que si presenta fiebre prolongada en el tiempo (y sin foco) debe volver a consultar.</li> </ul>

	(máximo 2 g), ½-1 hora antes del procedimiento <sup>26</sup>	D	<b>Ampicilina</b> iv o im, 50 mg/Kg, ½-1 hora antes del procedimiento <sup>26</sup>	D	
			<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada): <b>Clindamicina</b> oral, 10 mg/Kg, 1 hora antes del procedimiento <sup>18</sup>	D*	
			<b>Clindamicina</b> im o iv, 10 mg/Kg 1 hora antes del procedimiento <sup>18</sup>	D*	

**OBSERVACIONES:**

& **Procedimientos dentales considerados como procedimientos de alto riesgo de bacteriemia** en los que clásicamente se ha recomendado profilaxis antibiótica. La profilaxis no se recomienda de rutina, sólo en los pacientes con indicación de profilaxis\*<sup>25,26</sup>:

- raspado y alisado radicular,
- exodoncia,
- colocación subgingival de fibras antibióticas,
- inyecciones anestésicas locales en tejidos infectados,
- limpieza profiláctica de dientes,
- cirugía periodontal y
- colocación de implante dental.

£ **Pacientes de alto riesgo de endocarditis infecciosa**<sup>26</sup>:

- valvulopatía adquirida con estenosis o regurgitación.
- miocardiopatía hipertrófica.
- cardiopatía congénita estructural, incluidas las alteraciones estructurales corregidas quirúrgicamente o paliativas. Se excluyen la comunicación interauricular aislada, reparación completa del defecto del tabique interventricular o del ductus arterioso persistente completamente reparado y los dispositivos de cierre que se consideran endotelizados.
- portador de válvula protésica o material protésico utilizado para reparación de la válvula cardíaca.
- endocarditis infecciosa previa.

**No se recomienda:** para las inyecciones de anestesia local en tejido no infectado, la eliminación de suturas, rayos X dentales, colocación o ajuste de aparatos o correctores porstodónticos y ortodónticos móviles, ni tras la extracción de dientes deciduos o de un traumatismo labial y de mucosa oral.

▼ **NOTAS DE SEGURIDAD**

**Macrólidos:** La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco** potencialmente fatales. Los **macrólidos** deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (por orden alfabético)

1. Agnihotry A, et al. Antibiotic use for irreversible pulpitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 17;2:CD004969.doi:10.1002/14651858.CD004969.pub4. *Prim Dent J.* 2014 Feb;3(1):52-7. doi: 10.1308/205016814812135878.
2. American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *J Periodontol* 2015 Jul;86(7):835-8.
3. Arain N et al. *BMC Infect Dis.* 2015 Feb 21;15:82. doi: 10.1186/s12879-015-0824-0.Effectiveness of topical corticosteroids in addition to antiviral therapy in the management of recurrent herpes labialis: a systematic review and meta-analysis.
4. Armstrong MA et al. Salivary gland emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2013 May;31(2):481-99.
5. Ata-Ali J et al. Do antibiotics decrease implant failure and postoperative infections? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* Volume 43, Issue 1, January 2014, Pages 68–74.
6. Brook I. The Bacteriology of Salivary Gland Infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009;21(3):269-74.
7. Carlson ER. Diagnosis and management of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009 Aug;21(3):293-312.
8. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos (COE). Guía de Práctica Clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE. 2014;19(3):189-248
9. Cope A al. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jun 26; 6:CD010136. doi: 10.1002/14651858.CD010136.pub2
10. Dayer MJ et al. Incidence of infective endocarditis in England, 2000-13: a secular trend, interrupted time-series analysis. *Lancet* 2015; 385:1219-28.
11. Douglas PR. Management of severe acute dental infections. *BMJ* 2015; 350.
12. Drug prescribing for dentistry. *Dental Clinical Guidance.* Third Edition, January 2016. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Disponible en: <http://www.sdcep.org.uk>.
13. Esposito et al. Interventions for replacing missing teeth: antibiotics at dental implant placement to prevent complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 31;(7):CD004152.
14. Esposito M et al. Treatment of peri-implantitis: what interventions are effective? A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol.* 2012;5 Suppl:S21-41.
15. Flynn TR. What are the Antibiotics of Choice for Odontogenic Infections, and How Long Should the Treatment Course Last? *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011 Nov;23(4):519-36, v-vi.
16. Francis CL. Pediatric sialadenitis. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014 Oct;47(5):763-78
17. Glenny AM et al. Antibiotic Prophylaxis for Patients with Cardiac or Orthopedic Implants undergoing Dental Procedures: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. March 2013. Disponible en: <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/apr-2013/RC0433%20Antibiotic%20Prophylaxis%20final.pdf>.
18. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ et al. 2015 ESC Guidelines for the Management of Infective Endocarditis. *Rev Esp Cardiol* 2016; 69(1):69.e1-e49
19. Heitz-Mayfield LJ et al. The therapy of peri-implantitis: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29 Suppl:325-45.
20. Klinge B et al. The patient undergoing implant therapy. Summary and consensus statements. The 4th EAO Consensus Conference 2015. *Clin. Oral Impl. Res.* 26 (Suppl. 11), 2015, 64–67
21. Li C et al. Periodontal therapy for the management of cardiovascular disease in patients with chronic periodontitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Aug 15;8:CD009197.
22. Lund B. Complex systematic review - Perioperative antibiotics in conjunction with dental implant placement. *Clin Oral Implants Res.* 2015 Sep;26 Suppl 11:1-14.
23. Management of acute dental problems. 2013. Guidance for healthcare professionals. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Disponible en: <http://www.sdcep.org.uk>
24. Monje A et al. Impact of maintenance therapy for the prevention of peri-implant Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2016 Apr;95(4):372-9.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. London: NICE; 2008. NICE clinical guideline 64.
26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Prophylaxis against infective endocarditis. Londres: NICE; 2015. Disponible en URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg64>.
27. Pappas PG et al. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009;48(5):503–535.
28. Prevention and management of dental caries in children. 2010. *Dental Clinical Guidance.* Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Disponible en: [http://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2013/03/SDCEP\\_PM\\_Dental\\_Caries\\_Full\\_Guidance1.pdf](http://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2013/03/SDCEP_PM_Dental_Caries_Full_Guidance1.pdf)
29. Prevention and treatment of periodontal diseases in Primary Care.2014. *Dental Clinical Guidance.* Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Disponible en: <http://www.sdcep.org.uk>

30. Rodríguez-Alonso E et al. Tratamiento antibiótico de la infección odontógena. *Inf Terap SNS*, vol 33, nº3, 2009.
31. Segura-Egea JJ et al. Pattern of antibiotic prescription in the management of endodontic infections amongst Spanish oral surgeons. *Int Endod J*. 2010;43(4):342-50.
32. Smiley CJ et al. Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjunct. *JADA*. 2015;146:525-35.
33. Thornhill et al. Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011; 3;342:d2392.
34. Troeltzsch M et al. Antibiotic concentrations in saliva: a systematic review of the literature, with clinical implications for the treatment of sialadenitis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014 Jan;72(1):67-75.
35. Veitz-Keenan A et al. Insufficient evidence of the effect of systemic antibiotics on adults with symptomatic apical periodontitis or acute apical abscess. *Evid Based Dent*. 2014 Dec;15(4):104-5.
36. Yim MT et al. A review of acute postoperative sialadenitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;92:50-55.
37. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Guidelines on the Treatment of Skin and Oral HIV-Associated Conditions in Children and Adults. Geneva: World Health Organization. Copyright (c) World Health Organization 2014; 2014
38. Wilson KF et al. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician*. 2014 Jun 1;89(11):882-8.