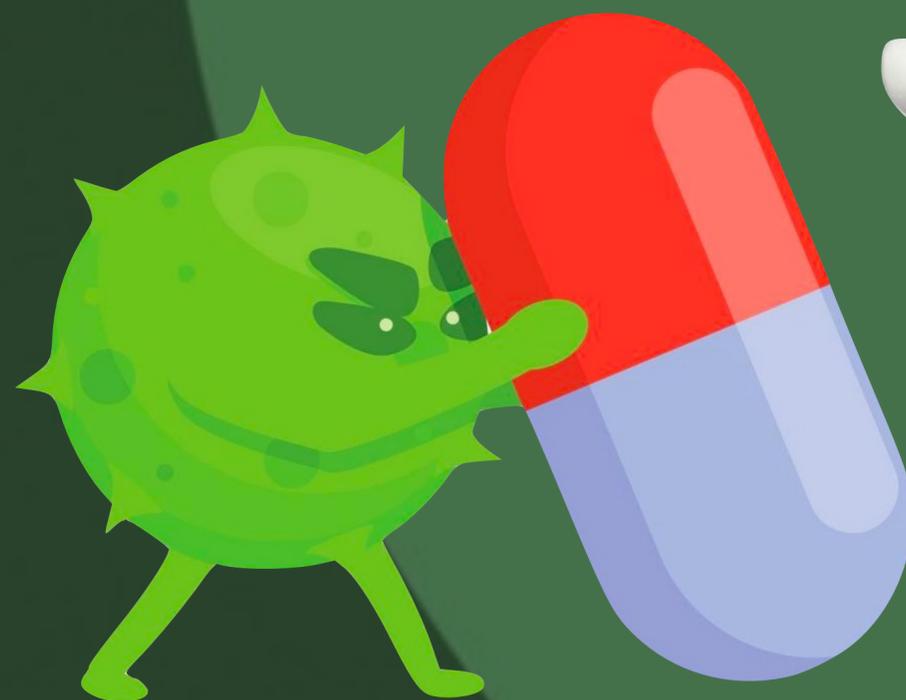


# El uso de los antibióticos en Odontología

Una Guía ilustrada



**CONSEJO  
DENTISTAS**  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



**No seamos ingenuos.** La resistencia a los antibióticos no es un problema menor. Según un estudio publicado en enero de 2022 en la prestigiosa revista científica *The Lancet*, la resistencia a los antibióticos está en el origen de 1.270.000 muertes al año en el mundo. Se trata de un problema de salud pública, con consecuencias iguales de graves que el VIH o el paludismo.

Los dentistas no somos ajenos a este problema. No solamente en calidad de profesionales sanitarios, sino también como prescriptores. Tenemos que modificar nuestros hábitos y explicar a nuestros pacientes que tomar antibióticos no debe convertirse en un automatismo. Debemos explicarles que, muchas veces, un tratamiento local será suficiente para resolverles su infección. También debemos recordar que la prescripción antibiótica no es anodina y que es responsabilidad de nuestros pacientes respetar las pautas suministradas, tanto en las dosis como en la duración del tratamiento

En esta Guía ilustrada se diferencia al paciente en función de 3 grupos y se ha recurrido a la siguiente simbología para indicar si son necesarios o no los antibióticos en cada caso.

## POBLACIÓN GENERAL

Paciente que no presenta factores de riesgo descritos en paciente inmunosuprimido y en pacientes de alto riesgo de endocarditis infecciosa.

En este grupo se incluyen los pacientes que presenten un riesgo moderado o bajo de endocarditis infecciosa así como los pacientes portadores de prótesis articular.

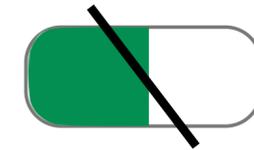


## NECESIDAD DE ANTIBIÓTICOS

SÍ

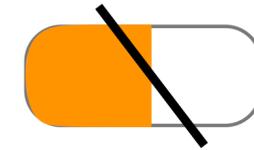
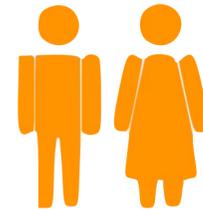


NO



## PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

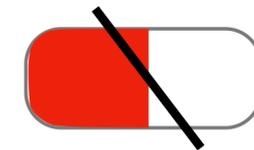
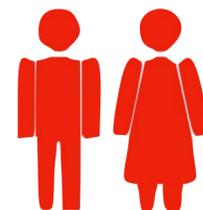
Paciente de riesgo aumentado de infecciones debido a una disminución cuantitativa o cualitativa del sistema inmunitario. La decisión debe ser consensuada entre el dentista que vaya a tratar al paciente y el médico responsable del seguimiento. Influirá el acto terapéutico al que se vaya a someter así como el estado inmunitario del paciente.



## PACIENTE ALTO RIESGO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Paciente portador de:

- prótesis valvular o material protético utilizado para reparación valvular
- Antecedentes de endocarditis infecciosa
- Cardiopatías congénitas: cianógena no corregida, cardiopatía congénita con reparación completa protésica quirúrgica o por vía percutánea



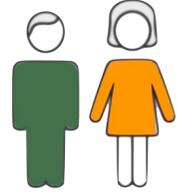
Los demás pacientes con patologías cardíacas o valvulares no incluidas en el listado anterior no son considerados de alto riesgo y entran en la categoría de población general.

# Infecciones dentoalveolares agudas

## Infección periapical aguda

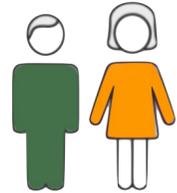


Primera elección (amoxicilina o cefalexina)



**Amoxicilina**

500 mg/3 veces al día



**Cefalexina**

250- 500 mg/4 veces al día



20-90 mg/kg de peso al día repartido en 2-3 tomas al día

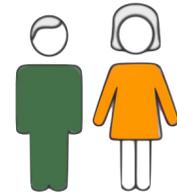


25-100 mg/kg de peso al día cada 6-8 horas

## Absceso dentofacial de rápida diseminación



Primera elección (clindamicina o cefazolina+metronidazol)

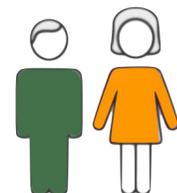


**Clindamicina**

600-1800 mg/3-4 veces al día



8-30 mg/kg de peso al día repartido en 3-4 tomas al día



**Cefazolina+metronidazol**

500- 1000 mg/3 veces al día

250- 500 mg/3 veces al día



25-50 mg/kg de peso al día cada 6-8 horas

7.5-mg/kg de peso cada -8 horas



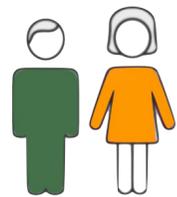
## Infecciones dentoalveolares crónicas

**Infección dentoalveolar crónica:**   

No indicados antibióticos salvo cuadro de afectación sistémica (en cuyo caso tratar como cuadro agudo)

**Osteomielitis**   

En función de antibiograma. Si no está disponible, primera elección, amoxicilina.



1 gr/12 horas

**Amoxicilina**



50-100 mg/kg de peso al día repartido en 2 tomas

**Osteonecrosis mandibular de origen medicamentoso**   

Antibióticos recomendados solo en caso de que exista infección bacteriana secundaria. Valorar según antibiograma o pautas locales.

**Osteoradionecrosis**   

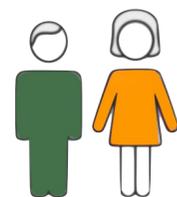
Antibióticos recomendados solo en caso de que exista infección bacteriana secundaria. Valorar según antibiograma o pautas locales.



## Pericoronaritis

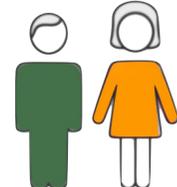


Habitualmente no indicados salvo que exista afectación sistémica aguda (en cuyo caso, la primera elección es amoxicilina o metronidazol)



### Amoxicilina

500 mg/3 veces al día



### Metronidazol

250- 500 mg/3veces al día



20-90 mg/kg de peso al día repartido en 2-3 tomas al día

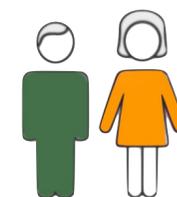


7.5 mg-/kg de peso al día cada 8 horas

## Alveolitis seca



Habitualmente no indicados salvo que exista afectación sistémica aguda (en cuyo caso, la primera elección es amoxicilina o metronidazol)



### Amoxicilina

2 g / día , cada 12 horas



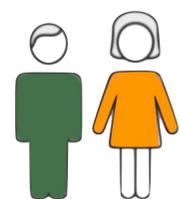
50-100 mg/kg de peso al día repartido cada 12 horas



## Sialoadenitis bacterianas



Antibióticos de amplio espectro. Como primera elección la amoxicilina, sino se puede recurrir a amoxicilina+clavulánico, flucloxacilina o clindamicina.

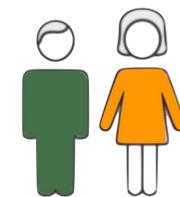


### Amoxicilina

500 mg/3 veces al día



20-90 mg/kg de peso al día repartido en 2-3 tomas al día

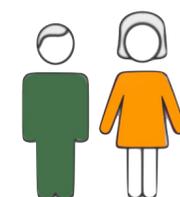


### Amoxicilina+clavulánico

500/125 mg/3 veces al día



20/5mg/kg de peso al día repartido en 3 tomas al día

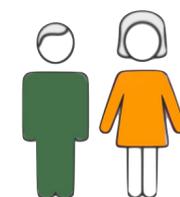


### Flucloxacilina

500 mg/3 veces al día



50 mg/kg de peso al día repartido en 3-4 tomas al día



### Clindamicina

600-1800 mg/3-4 veces al día



8-30 mg/kg de peso al día repartido en 3-4 tomas al día



## Enfermedades periodontales

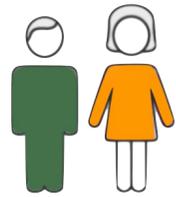
### Gingivitis



### Enfermedades periodontales necrotizantes



Primera elección Metronidazol

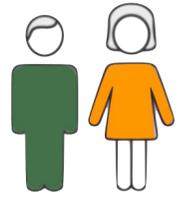


#### Metronidazol

250- 500 mg/3veces al día



7.5 mg-/kg de peso al día cada 8 horas



#### Amoxicilina

500 mg/3 veces al día

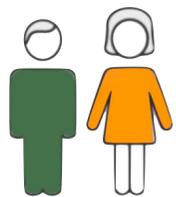


20-90 mg/kg de peso al día repartido en 2-3 tomas al día

### Periodontitis estadios I-III



### Periodontitis estadio IV

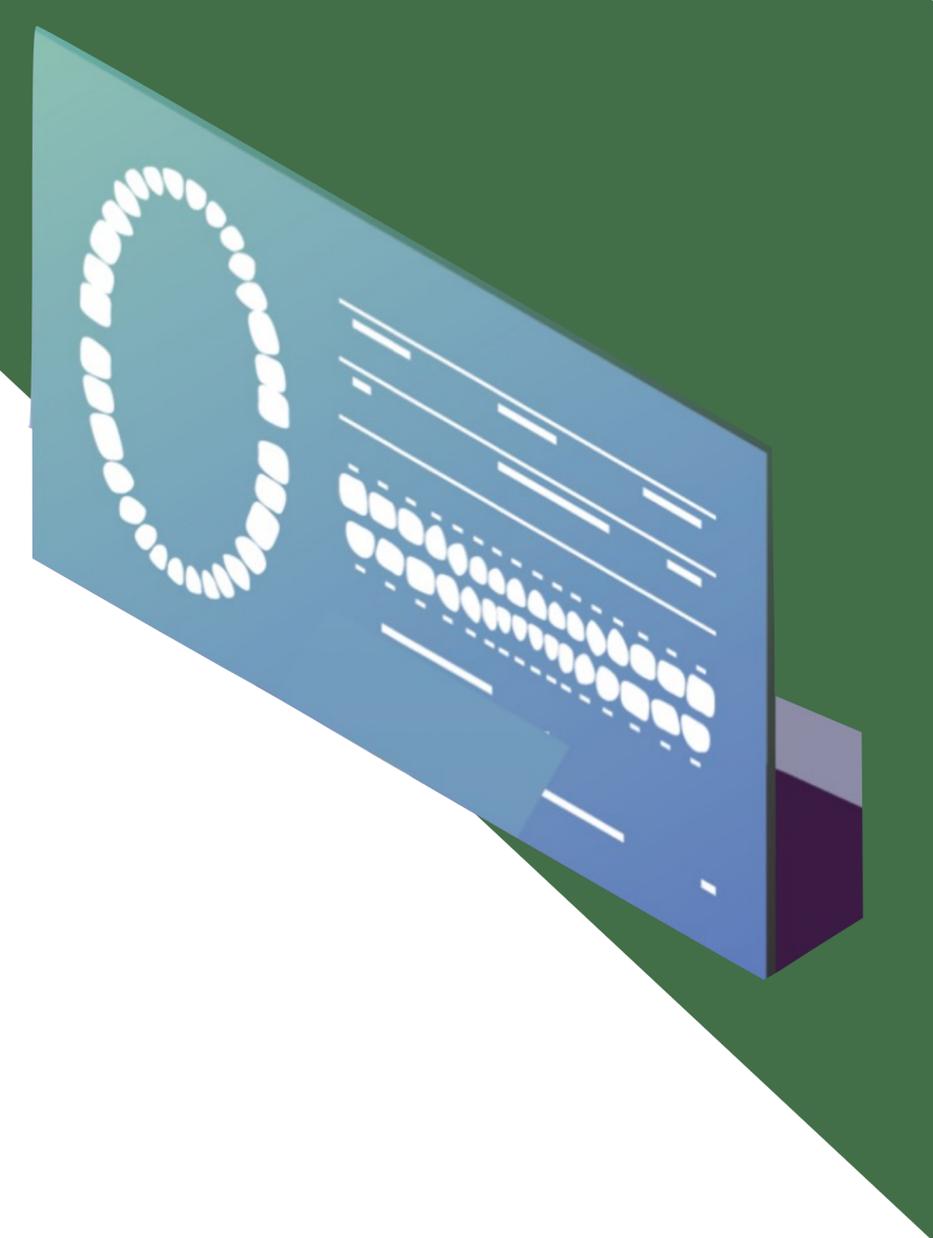


#### Metronidazol

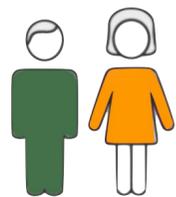
250- 500 mg/3veces al día



7.5 mg-/kg de peso al día cada 8 horas



## Absceso periodontal



250- 500 mg/3veces al día

### Metronidazol



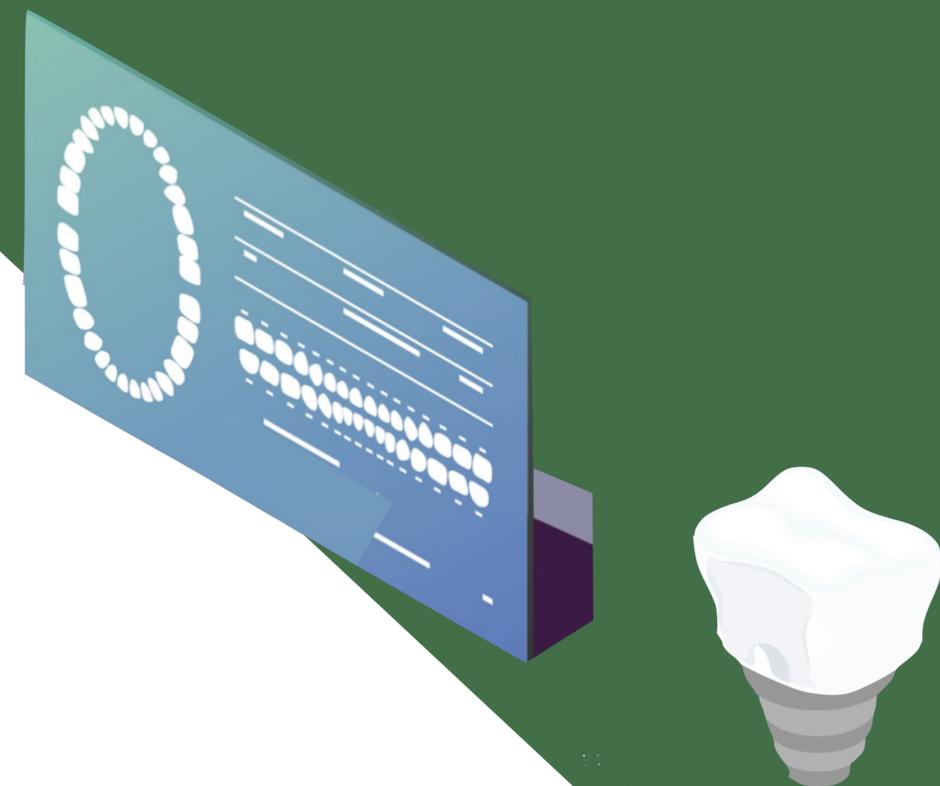
7.5 mg-/kg de peso al día cada 8 horas

## Patologías periimplantarias

### Mucositis



### Periimplantitis



## Terapia endodóntica

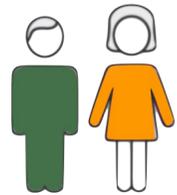
**Pulpitis aguda**



**Periodontitis apical aguda**



Indicados si evoluciona a celulitis, afectación sistémica o paciente inmunocomprometido.



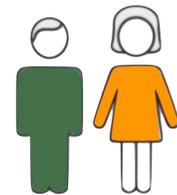
Primera elección

**Amoxicilina**

500 mg/3 veces al día



20-90 mg/kg de peso al día repartido en 2-3 tomas al día



Segunda elección

**Metronidazol**

250- 500 mg/3veces al día



7.5 mg-/kg de peso al día cada 8 horas

**Periodontitis apical crónica**



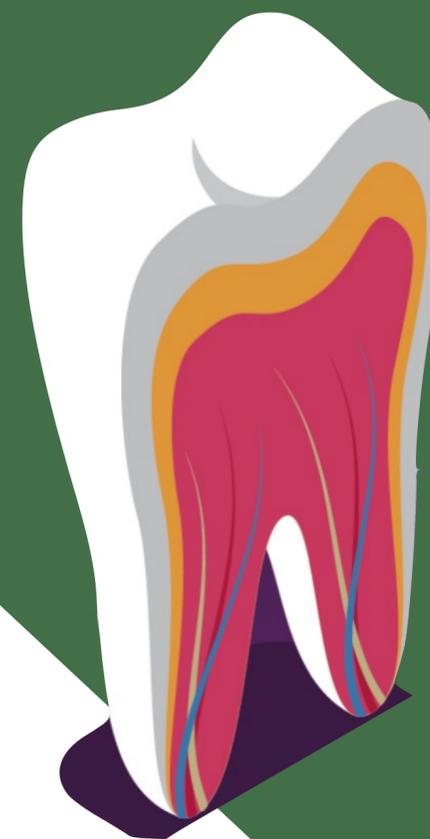
**Procedimiento de endodoncia regenerativa**



**Avulsión dentaria**



**Cirugía periapical**



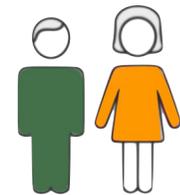
# Profilaxis antibiótica en paciente sano

## Cirugía oral menor



## Implantes

Situación controvertida. No existe consenso.



Primera elección

**Amoxicilina**

2 gr 1 hora antes del procedimiento

Segunda elección

**Clindamicina**

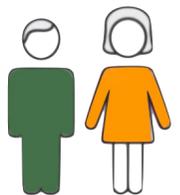
600 mg IM o IV, 1 hora antes del procedimiento

## Cirugía periodontal regenerativa o no regenerativa



## Reimplantación dentaria

Valorar en autotransplante dentario.

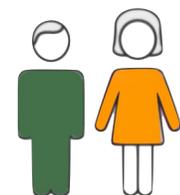


**Amoxicilina**

500 mg/3 veces al día



20-90 mg/kg de peso al día repartido en 2-3 tomas al día



**Metronidazol**

250- 500 mg/3veces al día



7.5 mg-/kg de peso al día cada 8 horas



# Profilaxis antibiótica en paciente medicamente comprometido

## Patología cardíaca



Profilaxis en caso de prótesis valvulares, antecedentes de endocarditis o determinadas patologías cardíacas congénitas (cianógenas).



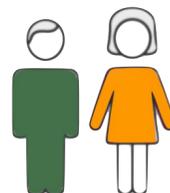
Primera elección

**Amoxicilina**

2 gr 1 hora antes de procedimiento



50 mg/kg de peso (máximo 2 gr) 1 hora antes de procedimiento



Segunda elección

**Clindamicina**

600- mg Im o IV, 1 h antes de procedimiento



10 mg-/kg de peso 1 h antes de procedimiento

## Paciente con prótesis articular



## Paciente en diálisis



Consulta previa a procedimientos, con médico del paciente o nefrólogo.



## Paciente diabético



Normalmente no indicados en paciente diabético controlado.

## Paciente VIH



Normalmente no indicados salvo cifra de neutrofilos  $< 500/\text{mm}^3$  o antecedentes de frecuentes infecciones. En estos casos manejan con mismo protocolo de profilaxis de endocarditis bacteriana.

## Paciente en quimioterapia



Normalmente no indicados salvo cifra de neutrofilos  $< 1000/\text{mm}^3$  y sin posibilidad de interconsulta previa con el oncólogo. Misma pauta que para profilaxis de endocarditis bacteriana.

## Paciente en radioterapia



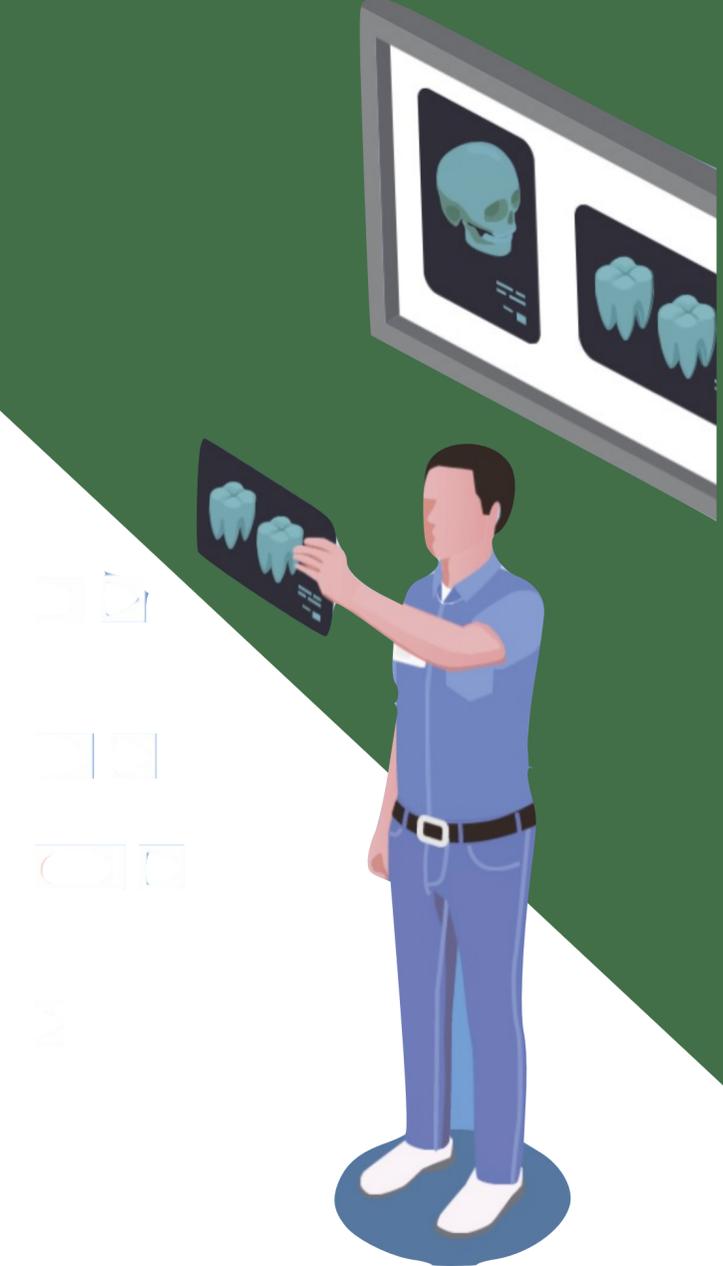
Normalmente no indicados. Sin embargo, algunos protocolos siguen recomendando profilaxis antibiótica para prevenir riesgo de osteoradionecrosis.

## Paciente transplantado



Normalmente no indicados. Sin embargo, para procedimientos muy invasivos, una consulta previa con médico del paciente es muy recomendable.

## Prevención osteonecrosis mandibular de origen medicamentoso

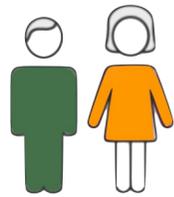


# Infecciones fúngicas

## Candidiasis oral



### Primera elección

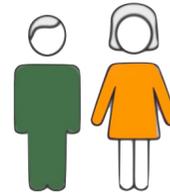


#### Nistatina

100.000 unidades suspensión oral, 4 veces/día durante 7 días



Idem que adulto, con estrecha supervisión de padres



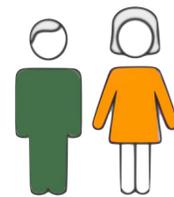
#### Miconazol

2.5 ml de gel oral, 4/día en zona afectada



4-24 meses: idem pero dividiendo el gel en pequeñas porciones

### Segunda elección



#### Fluconazol

200 mg el primer día y pasar a 100 mg/día durante mínimo 2 semanas

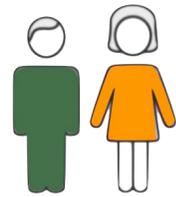


6 mg/kg peso/día el primer día y pasar después a 3 mg/kg peso/día durante mínimo 2 semanas

## Quelitis angular (estomatitis)



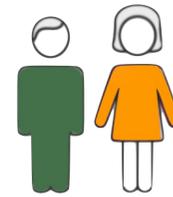
Primera elección



**Fusidato sódico**



pomada 3-4 veces al día aplicada en los ángulos de la boca durante 7-10 días



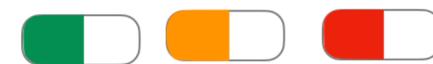
**Miconazol**



2.5 ml de gel oral, 4/día en zona afectada

4-24 meses: idem pero dividiendo el gel en pequeñas porciones

## Glositis romboidal media



Idéntico tratamiento que para la candidiasis oral.



## Perfiles específicos a vigilar

Algunos pacientes requieren de una mayor vigilancia y un enfoque de tratamiento antibiótico específico. Estas son las principales recomendaciones.

### PACIENTE ALTO RIESGO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

En estos pacientes, se recomienda una profilaxis antibiótica para todos aquellos actos que impliquen una manipulación gingivoperiodontal, a nivel periapical, en caso de efracción de la mucosa o al realizar una anestesia local o locoregional.

### PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Paciente inmunosuprimido: con riesgo aumentado de infección debido a un fallo cuantitativa o cualitativo del sistema inmunitario. En la mayoría de estos casos, la decisión de realizar o no profilaxis dependerá del acto terapéutico que vaya a realizarse así como de la interconsulta con el médico del paciente.

#### Casos particulares:

- Paciente bajo tratamiento anti-TNF alfa o menores con síndromes drepanocíticos mayores: profilaxis recomendada en todos los actos invasivos.
- Paciente con riesgo de osteoradionecrosis: profilaxis recomendada si se van a realizar procedimiento en el área irradiada.
- Paciente tratado con bifosfonatos por vía intravenosa o Denosumab: profilaxis recomendada para todos los actos quirúrgicos que afecten hueso.



# Antibióticos en Odontología

## Una Guía ilustrada



**CONSEJO  
DENTISTAS**  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS DE ESPAÑA

