



*L'Acadèmia*

Filial del Vallès Oriental

CEMAV, 10 i 17 de Desembre del 2015





*Odontologia i Cirurgia Oral i Maxil.lofacial:  
un acostament als Metges de Família*

*“Ajudant als MF en algunes consultes  
odontològiques”*


*“Dra. M<sup>a</sup> José Carretero”*



# **PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA**



La bacteriemia transitoria ocurre frecuentemente en el contexto de las actividades de la vida diaria como lavarse los dientes, utilizar hilo dental o masticar (1)



En pacientes con mala salud dental, la bacteriemia puede observarse independientemente de los procedimientos dentales, y las tasas de bacteriemia tras el procedimiento son más altas en este grupo. Estos resultados recalcan la importancia de una buena higiene oral y de las revisiones dentales regulares para prevenir la EI (2)



## Procedimientos dentales con riesgo elevado de endocarditis infecciosa

La profilaxis antibiótica debería plantearse para los procedimientos dentales que precisan manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o la perforación de la mucosa oral (3, 4)



## Cardiopatías con mayor riesgo de endocarditis infecciosa (EI) para las que se recomienda la profilaxis cuando se realiza un procedimiento de riesgo elevado (3, 4)

1. Pacientes con válvula protésica o material protésico utilizado para la reparación
2. Pacientes con EI previa
3. Pacientes con cardiopatía congénita
  - a. Cardiopatía cianótica congénita, sin cirugía de reparación, o con defectos residuales, cortocircuitos o conductos paliativos
  - b. Cardiopatía congénita con reparación completa con material protésico bien colocado por cirugía o por técnica percutánea, hasta 6 meses después del procedimiento
  - c. Cuando un defecto residual persiste en el lugar de implantación de un material protésico o dispositivo por cirugía cardíaca o por técnica percutánea
4. Destinatarios de trasplante cardíaco que desarrollen valvulopatía cardíaca (3)


Ya no se recomienda la profilaxis antibiótica en otras formas de cardiopatía valvular o congénita



## Profilaxis recomendada para procedimientos dentales de riesgo (3, 4)


Dosis única de 30-60 min antes del procedimiento

	Antibiótico	Adultos	Niños
Sin alergia a penicilina o ampicilina	Amoxicilina o ampicilina	2 g p.o. o i.v.	50 mg/kg p.o. o i.v.
Alergia a penicilina o ampicilina	Clindamicina	600 mg p.o. o i.v.	20 mg/kg p.o. o i.v.



# **OSTEONECROSIS MANDIBULAR POR BIFOSFONATOS**





La osteonecrosis mandibular (ONM) está asociada a tratamientos con bifosfonatos y denosumab (5, 6)

Incidencia de ONM (5)

- Tratamiento endovenoso----- del 1% al 15%
- Tratamiento vía oral----- del 0,001% al 0,01%
- Población sin tratamiento----- <0,001%

Factores de riesgo para la ONM incluyen (5, 7)

- Uso prolongado de glucocorticoides
- Cirugía ósea maxilar o mandibular
- Mala higiene oral
- DM

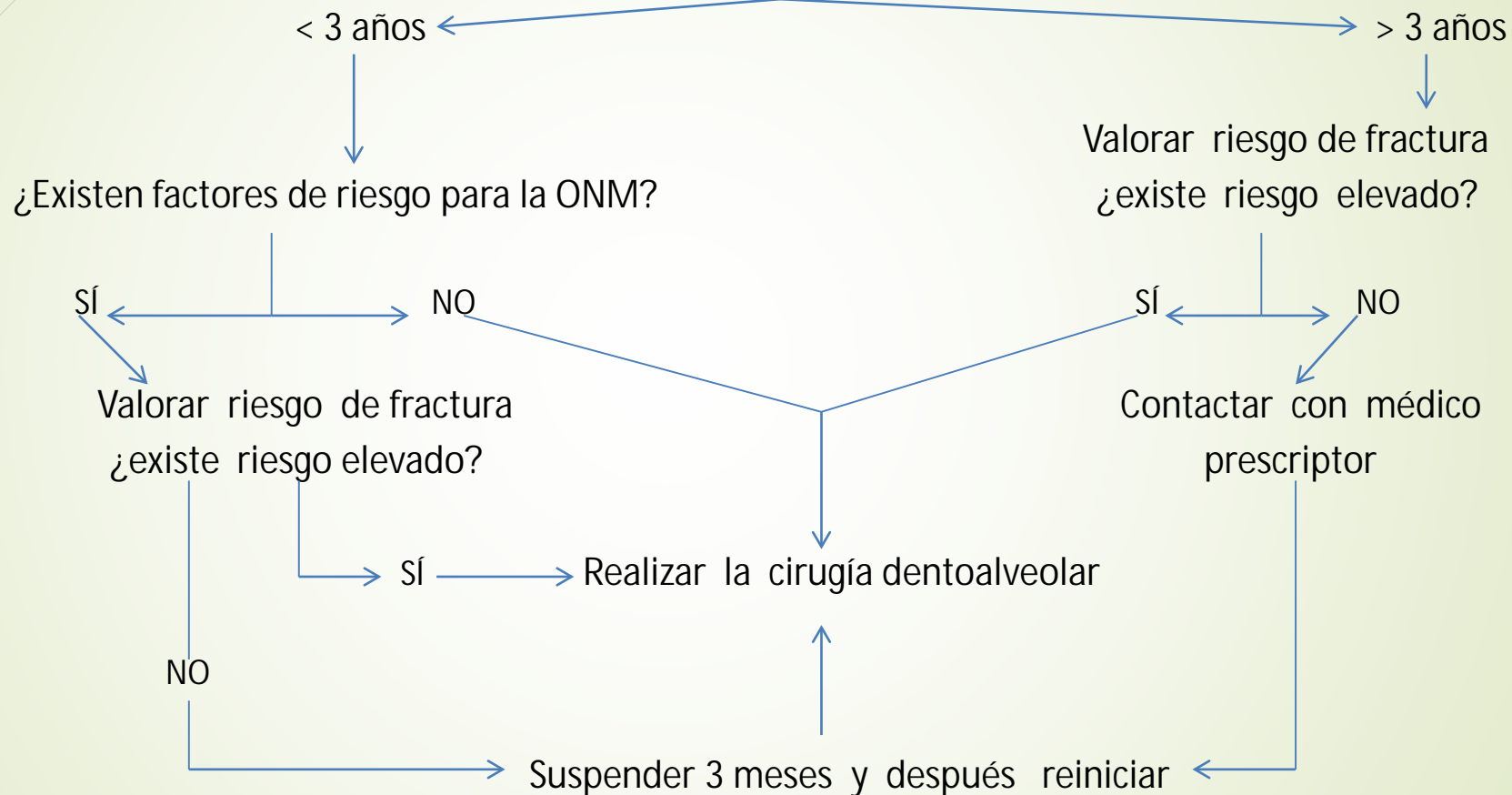


Se ha descrito ONM en población infantil, por tratamiento con bifosfonatos para osteogénesis imperfecta (8, 9)

La relación entre extracción dental y ONM, en pacientes con tratamiento ev, es estadísticamente significativa (10)

Algunos estudios muestran también las extracciones o cirugías de los maxilares como el más potente factor de riesgo para la ONM (11, 12)

Paciente que recibe bifosfonatos a dosis de osteoporosis (13)





# ANTICOAGULANTES ORALES



# Acenocumarol

En pacientes que toman Sintrom, tomar un registro de INR 1 o 2 días antes de la extracción para comprobar que están en rango, **no suspender sintrom.**

Si está fuera de rango postponer la extracción.

Para implantes valorar la cirugía que se requiere, si se prevee alto grado de sangrado dar pauta sustitutiva con HBPM (14)



# Dabigatran

Dadas sus características:

- Vida media de 11h
- Pico máximo de concentración en sangre a las 2h


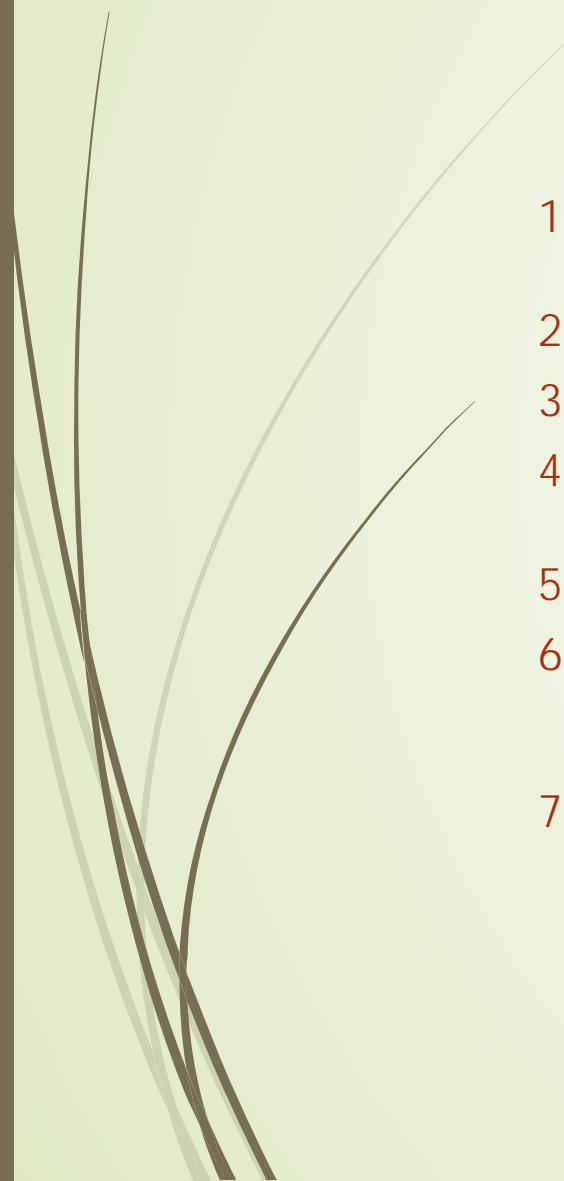
No suspender el tratamiento para las extracciones

Espaciar las extracciones lo máximo posible de la toma de dabigatran (15)






# **RECOMENDACIONES A PACIENTES CON PATOLOGÍA DE ATM**

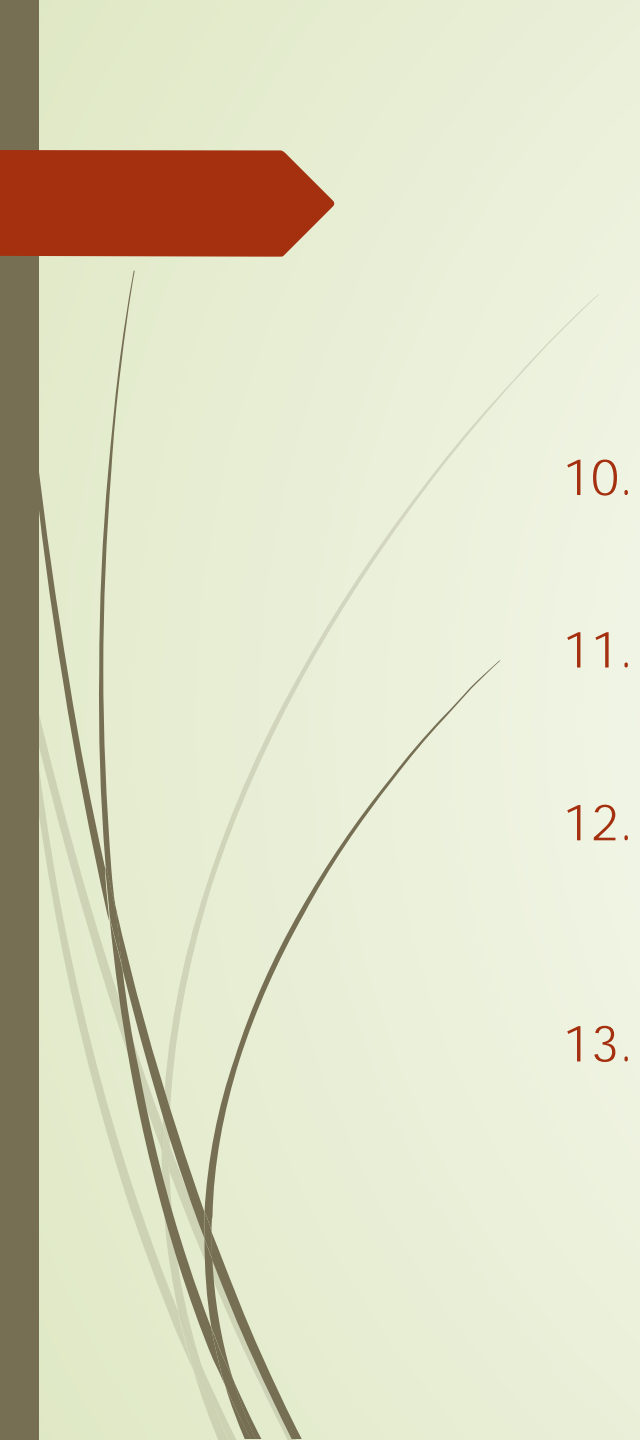
- 
- 
1. Siga una dieta blanda. En caso de dolor agudo debe realizar dieta blanda como mínimo durante 2 semanas
  2. Evite abrir mucho la boca para comer
  3. Controle los bostezos y evite las aperturas bucales forzadas al máximo
  4. Evite hábitos perjudiciales: masticar chicle, caramelos duros, frutos secos, morderse las uñas o morder bolígrafos
  5. Si tiene dolor aplique calor alternando con frío
  6. Las prótesis dentales móviles mal ajustadas empeoran o no mejoran el dolor de la articulación y de la musculatura de la masticación, no permitiendo la total desaparición de los síntomas
  7. Las crisis de dolor generalmente coinciden con épocas de aumento del estrés y la ansiedad. Cualquier medida que ayude a disminuir la tensión nerviosa mejorará la sintomatología




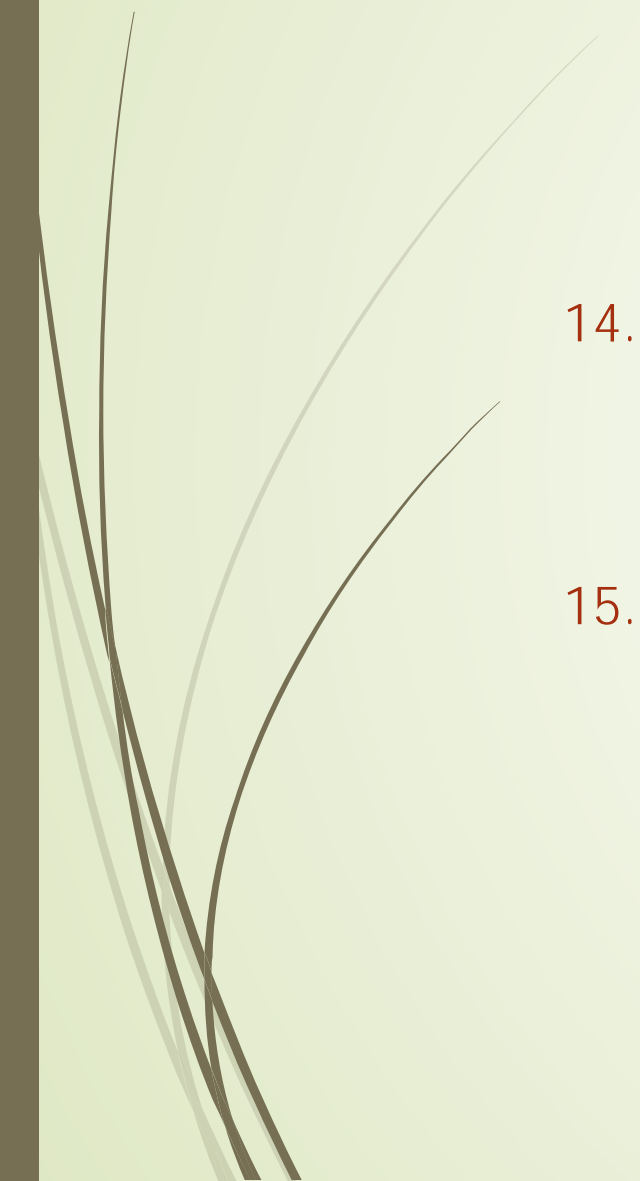
# Bibliografía

1. Forner L, Larsen T, Kilian M, Holmstrup P. *Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation.* J Clin Periodontol. 2006;33:401-7
2. Duval X, Leport C. *Prophylaxis of infective endocarditis: current tendencies, continuing controversies.* Lancet Infect Dis. 2008;8:225-32
3. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, et al. *Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group.* Circulation. 2007;116:1736-54
4. Habib G. *Infective endocarditis: what's new? European Society of Cardiology (ESC) Guidelines 2009 on the prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis.* Presse Med. 2010 Jun;39(6):704-9

- 
5. Khan AA, Morrison A, Hanley DA et al. *Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus.* J Bone Miner Res. 2015 Jan;30(1):3-23
  6. Yoneda T. *Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw-after a decade has passed.* Clin Calcium. 2014 Mar;24(3):407-15
  7. Peer A, Khamaisi M. *Diabetes as a risk factor for medication-related osteonecrosis of the jaw.* J Dent Res. 2015 Feb;94(2):252-60
  8. Ngan KK, Bowe J, Goodger N. *The risk of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw in children. A case report and literature review.* Dent Update. 2013 Nov;40(9):733-4, 736-8
  9. Christou J, Johnson AR, Hodgson TA. *Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws and its relevance to children--a review.* Int J Paediatr Dent. 2013 Sep;23(5):330-7

- 
10. Utreja A, Almas K, Javed F. *Dental extraction as a risk factor for bisphosphonate related osteonecrosis of the jaw in cancer patients: an update.* Odontostomatol Trop. 2013 Jun;36(142):38-46
  11. Pichardo SE, Van Merkesteyn JP. *Bisphosphonate related osteonecrosis of the jaws: spontaneous or dental origin?* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013 Sep;116(3):287-92
  12. Kyrgidis A, Tzellos TG, Toulis K, Arora A, Kouvelas D, Triaridis S. *An evidence-based review of risk-reductive strategies for osteonecrosis of the jaws among cancer patients.* Curr Clin Pharmacol. 2013 May;8(2):124-34
  13. Sosa M, Gómez de Tejada MJ, Bagán JV et al. *Osteonecrosis de los maxilares: Documento de consenso.* Rev Osteoporos Metab Miner 2009 1;1:41-51



- 
- 
14. Rodríguez-Cabrera MA, Barona-Dorado C, Leco-Berrocal I, Gómez- Moreno G, Martínez-González JM. *Extractions without eliminating anticoagulant treatment: a literature review*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1;16(6)
  15. Davis C, Robertson C, Shivakumar S, Lee M. *Implications of Dabigatran, a direct thrombin inhibitor, for oral surgery practice*. J Can Dent Assoc. 2013;79