

ENDOCARDITIS BACTERIANA Y PARANDENCIOPATIAS *

SANDRA CHAJKIN

INTRODUCCION

En la cavidad bucal existen distintas fuentes de microorganismos o sus toxinas que por invasión de las vías sanguíneas o linfáticas pueden dar lesiones a distancia.

Las lesiones que se originan a partir de la fuente de infección o foco se conocen como infección focal (16)

Un ejemplo de foco lo constituyen las paradenciopatías y de infección focal la endocarditis bacteriana. (E. B.)

Existen factores etiológicos predisponentes y factores desencadenantes de esta enfermedad. Dentro de los primeros se encuentran las cardiopatías previas tales como valvopatías adquiridas o congénitas, pero la E.B. puede desarrollarse sobre válvulas sanas (9) o en individuos recientemente sometidos a cirugía cardiovascular. El factor desencadenante es la invasión microbiana. Los gérmenes que colonizan más frecuentemente son estreptococos Viridans (18) Estafilococos (10), *Cándida Albicans* y bacilos Gram -como el actinobacilo *Actinomyces comitans* (AA), encontrado cada vez con más frecuencia en casos de E.B., está presente en gran cantidad de casos de periodontitis juvenil y es penicilino resistente. (19)

De la puerta de entrada microbiana la etiología oral (dentaria y amigdalina) es la primera por su frecuencia (3) y comprende extracciones dentales, abscesos, detartrajes, masaje gingival, procedimientos rutinarios de higiene y la simple masticación.

Con respecto a la enfermedad de la encía o luego de la extracción dental, guarda relación directa con el grado de enfermedad periodontal (16). Corroborando esto se observó que había bacteriemia en el 75 % de pacientes con enfermedad periodontal avanzada y sólo en el 34% de pacientes sin "piorrea notable" (16)

PROFILAXIS

La profilaxis se logra en base a un correcto interrogatorio, la eliminación de focos y el uso de antibioterapia preventiva.

El interrogatorio estará orientado a buscar un factor predisponente de la enfermedad. La investigación de antecedentes cardíacos no debe ser jamás omitida. Cier-

tas lesiones cardíacas presentan un riesgo de endocarditis más alto que otras (3) (7)

Así tenemos lesiones de: 1) alto riesgo o riesgo mayor, tales como el uso de prótesis valvular, episodios anteriores de endocarditis, etc.; en estos casos es necesario suprimir absolutamente todo foco infeccioso con antibioterapia apropiada y es la vía de administración parenteral que da un amplio margen de seguridad en estos casos (7)

2) Riesgo importante: tetralogía de Fallot, prolapso de válvula mitral (4); se debe realizar una profilaxis rigurosa. Todo acto operatorio incluso un detartraje será hecho con cobertura antibiótica.

3) Riesgo fiable o bajo: antecedentes de fiebre reumática, uso de marcapaso en estos casos si se impone una intervención será hecha con cobertura antibiótica.

4) Riesgo nulo: hipertensión, arritmias. Son tratadas como pacientes normales.

Los pacientes de alto riesgo, fundamentalmente, deben mantener el mejor estado posible de salud oral, (dientes y tejidos gingivales) ya que infecciones periapicales o periodontales o la higiene oral deficiente, pueden inducir bacteriemias aún en ausencia de procedimientos dentales.

La higiene oral deficiente representa un riesgo mayor que los procedimientos dentales por la alta prevalencia de la enfermedad periodontal. (13)

Es muy importante la buena motivación del paciente para que mantenga un nivel de salud oral satisfactorio (14)

ELIMINACION DE FOCOS

Significa la extracción de la pieza o el empleo de tratamientos conservadores (14); en las paradenciopatías se hará de acuerdo al riesgo de la cardiopatía y a la importancia de la reabsorción ósea (3)

En términos generales en paradentitis incipientes se pueden realizar tratamientos conservadores, en paradentitis avanzadas o complicadas (con abscesos, pulpitis a retro) las avulsiones estarían indicadas.

La antibioterapia está indicada por el riesgo de bacteriemia en todos los procedimientos dentales propensos a

* Resumen de la Monografía presentada para aprobar el Curso de Perfeccionamiento de 1er. Nivel del Area de Parodontología de la Escuela de Graduados. 1987

causar sangrado gingival, incluso en detartrajes e incisiones y drenaje de absesos. (17)

Las penicilinas son drogas de primera elección pero es recomendable que el antibiótico de preferencia a usar sea determinado por un antibiograma ya que hay microorganismos penicilino resistentes (11)

La pauta de profilaxis antibiótica que expone la American Heart Association 1984 (12) para procedimientos dentales (incluido los paradanciales) es para adultos la siguiente:

Régimen standar

A) oral: penicilina V, 2gs 1 hora antes del procedimiento y un gramo 6 horas después.

B) parenteral: penicilina G acuosa (potásica, sódica, o benzoatínica), 2 millones de unidades intramusculares o intravenosas 30 a 60 minutos antes del procedimiento, y 1 millón de unidades 6 horas después.

* para pacientes alérgicos a la penicilina oral, eritromicina 1 gr., 1 hora antes, seguido de 500 mgrs., 6 horas después, preferentemente en forma de estolato (15)

* para pacientes alérgicos a la penicilina y de alto riesgo además: parenteral, vancomicina 1 gr. intravenoso lentamente durante 1 hora antes de la intervención. No es necesario repetir la dosis por la larga vida media que tiene la Vancomicina.

El énfasis de la profilaxis parenteral ha sido desechado en pacientes sin válvulas protésicas ya que no hay evidencias de fracasos frecuentes en la profilaxis oral.

El régimen oral no es seguro, en cambio para pacientes de alto riesgo. (1)

No obstante en estos pacientes que tengan un nivel alto de salud oral, e higiene oral satisfactoria, puede ser utilizada la vía oral para procedimientos dentales de rutina (2) reservando la vía parenteral para extracciones o cirugía periodontal.

Algunos autores (6) (7) (8) sugieren una dosis única de 3 gramos de amoxicilina 1 hora antes del tratamiento y 3 grs. adicionales 3 horas después en pacientes portadores de válvulas protésicas.

La vía de administración apropiada puede no ser en todos los casos, de acuerdo a las características de cada paciente y en función si la atención se realiza en la práctica privada u hospitalaria.

Muchos prácticos generales no están adecuadamente equipados, ni entrenados para una administración parenteral segura, especialmente de penicilina con sus características alérgicas (5)

La profilaxis en pacientes con riesgo de endocarditis y con AA penicilino resistentes incluye dos pasos (19):

1.- Administración de 1 gr. por día de tetraciclina durante 14 días previos al tratamiento.

2.- Medidas profilácticas de antibioterapia convencional durante el tiempo que dure el tratamiento.

Sería importante buscar medidas preventivas para otros microorganismos penicilino resistentes como *Hemophilus* que pueden causar endocarditis.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AHA Recommendations (Letter) J.A.D.A. 1985; 110 (5): 664-68.
- 2.- Bismo, A.L. Antimicrobial prophylaxis of bacterial endocarditis: a continuing saga. Hosp. Pract. 1985; 20 (6): 12-3.
- 3.- Descrozailles, Ch. Actualités Odonto-stomatologiques: Cardiologie e Odonto-stomatologie. Masson. París 1975.
- 4.- Durack D.T. Current issues in prevention of infective endocarditis. Amer. J. Med. 1985; 78 (68): 149-56.
- 5.- Infective endocarditis (Letter) Aust. Dent. J. 1982; 27 (3): 198-99
- 6.- Infective endocarditis (Letter) Aust. Dent. J. 1982; 27 (5): 331
- 7.- Infective endocarditis (Letter) Aust. Dent. J. 1984; 29 (5): 338
- 8.- Infective endocarditis (Letter) Aust. Dent. J. 1985; 30 (1): 59
- 9.- Jauregui, M. L. Temas del Internado de Facultad de Medicina Nº 10, 1974 (Mimeografiado).
- 10.- Kaye, D. Changing pattern of Infective endocarditis. Amer. J. Med. 1985; 78 (68): 157-62.
- 11.- Lavigner, C. Hospital personnel with penicillin-resistant *S. viridans*. A case for special consideration in the prevention of bacterial endocarditis. Oral Surg. 1984, 58 (4): 394-6.
- 12.- Little, J. B. New recommendations for prevention of bacterial endocarditis. Oral Surg. 1985, 59 (4): 358-9.
- 13.- Morris, C. K. Infective endocarditis: A preventable disease? Bri. Med. J. (Clin. Res) 1985; 290 (6481): 1552-3.
- 14.- Seldin, E. R. Dental factors in infective endocarditis (Editorial) Circulation 1985; 71 (6): 103-4.
- 15.- Serrano, C. Nueva pauta de prevención de la endocarditis bacteriana subaguda. Una ampliación. Rev. Esp. Estomat. 1986; 34 (4): 229-32.
- 16.- Shafer, S. Tratado de patología bucal. 3ª Ed. Cap. 9. Interamericana, México 1978.
- 17.- Shulman, S. T. Prevention of bacterial endocarditis. Amer. J. Dis. Chile 1985; 139 (3): 232-5.
- 18.- Simonsen, A. El Tratamiento antibiótico de la endocarditis estreptocócica y estafilocócica. Lancet (Ed. Española) 1986; 8 (2): 38-39.
- 19.- Slots, J. Suppression of penicillin - Resistant oral *Actinobacillus actinomycetemcomitans* with tetracycline. J. Periodont. 1983; 54 (4): 193-95.