EDITORIAL**ENDOCARDITIS BACTERIANA****EL PAPEL DEL ODONTOLOGO EN SU PREVENCIÓN****I. Moreira y E. Betancor**

En este número de Odontología de Postgrado se publican varios artículos sobre este tema fruto de presentación de trabajos en el Espacio Académico de la Escuela de Graduados durante el año 1988 (1-2-3).

Consideramos de interés resumir los elementos fundamentales a tener en cuenta.

CUALES SON LAS PERSONAS EN MAYOR RIESGO?

Se ha encontrado que el número de casos de endocarditis ha aumentado a pesar de que conocemos mejor la enfermedad, su patogenia y su profilaxis (4).

Varios factores parecen ser los causantes de este incremento:

- * Un aumento del número de personas en riesgo.
- * Un mayor número de personas ancianas en la población.

El aumento del número de personas en riesgo se atribuye a:

- * Mayor número de personas con enfermedades degenerativas de las válvulas cardíacas. Algunos con prótesis valvulares.
- * Aumento del porcentaje de sobrevivencia de niños con defectos congénitos cardíacos.
- * Aumento del porcentaje de personas de edad avanzada que mantienen sus dientes con la consiguiente presencia de estreptococos bucales (el principal microorganismo responsable de la endocarditis).

Las personas en riesgo de endocarditis se pueden dividir en alto riesgo y en riesgo superior al promedio de la población.

SON PERSONAS EN ALTO RIESGO LAS QUE:

- * Ya sufrieron antecedentes de endocarditis
- * Presentan una regurgitación valvular benigna (prolapso mitral, calcificaciones de las válvulas aórticas) o pequeños defectos del septum ventricular (4).

En estos pacientes en especial se producen turbulencias en las zonas de circulación sanguínea rápida que favorecen el secuestro periférico de las bacterias circulantes y por lo

tanto un aumento de las posibilidades de adherencia de las mismas a las paredes defectuosas(5).

SON PERSONAS EN RIESGO LOS:

- * Portadores de prótesis valvulares
- * Que presentan lesiones reumáticas valvulares
- * Pacientes con defectos de septum corregido quirúrgicamente
- * Que padecen de cardiopatía hipertrófica.

No se consideran en riesgo mayor que la población en general los que sufren trastornos coronarios ni los que se le han realizado By- Pass.

El descubrimiento de estos enfermos es la primera etapa fundamental para el odontólogo en el camino de la prevención. Para ello el interrogatorio y la consulta en caso de dudas son elementos imprescindibles.

CUALES SON LOS PROCEDIMIENTOS DE RIESGO?

Se ha encontrado que la mayoría de los procedimientos que requiere el tratamiento odontológico son capaces de producir una bacteriemia, y para muchos autores la fuente bucal de microorganismos es la principal en la endocarditis (6).

Algunos autores han calculado la posibilidad de que 1 entre 533 acciones terapéuticas odontológicas pueda producir complicaciones de endocarditis en pacientes en riesgo (7) mientras que otros llevan el porcentaje a 1 entre 115.000 acciones (8).

Otras intervenciones que se realizan sobre las mucosas (digestiva, respiratoria y genitourinaria) pueden provocar también bacteriemias transitorias.

Estas apreciaciones han llevado a muchos autores a decir que "el mantener saludables las encías y los dientes... es por lejos más importante para reducir bacteriemias esporádicas y por tanto la incidencia de endocarditis estreptococcica que la profilaxis antibacteriana" (6).

En resumen podemos agrupar los procedimientos o maniobras de riesgo en:

La cavidad bucal * avulsión dentaria o focos apicales.
* raspado y alisado radicular
* cirugía periodontal
* amigdalectomías

Sobre otras mucosas

- * Intubaciones laringo traqueales o digestivas y vesicales
- * Cirugía y biopsias digestivas
- * Cirugía genito urinaria y otros procedimientos cuando la orina está infectada.

QUAL DEBE SER LA CONDUCTA PREVENTIVA A SEGUIR?

Una vez investigado el riesgo en el enfermo y planificado el procedimiento operatorio

al detalle, dos deben ser los principios a seguir:

- 1.- Disminuir las posibilidades de un inóculo bacteriano en el torrente circulatorio.
- 2.- Cubrir con antibioterapia para combatir la posible bacteriemia.

El primer objetivo se obtiene disminuyendo o eliminando (esterilización) el número de gérmenes en el terreno mucoso donde se va a realizar la acción clínica.

En el caso de la cavidad bucal dos conductas son convenientes a estos fines:

* la primera disminuir el número total de microorganismos de la cavidad bucal por aumento del clearance bacteriano (procedimientos de higiene individual) y colutorios desinfectantes (solución de gluconato de clorhexidina al 0,2%) y

* la segunda aislamiento y desinfección suplementaria de la zona a intervenir, (en el caso de la avulsión de una pieza dentaria la hemiarcada correspondiente).

Esto se logra con una limpieza profesional y lavado de la zona. Posteriormente aislamiento y aplicación de gel de clorhexidina en los nichos gingivales de todas las piezas de la arcada y en particular del diente a extraer.

La cobertura antibiótica se realiza según el esquema planteado por (2).

COBERTURA DE ANTIBIOTICOS COMO PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTE EN RIESGO

TIPO DE PAC. EN RIESGO	ANTIBIOTICO DE ELECCION	VIAS DE ADMINISTRACION	DOSIS PREVIA	POST.
No alérgico a la penicilina	Penicilina V	oral	1 gr. 1 h antes	1 gr. 6 h. desp.
Alérgico a la Penicilina	Eritromicina 0	oral	1 gr .3 h. antes	500 mg. c/6 hs. 3 días
	Vancomicina 0	I/V	1 gr. 2 hs. antes	500 mg. 8 y 16 h. después
	Amoxicilina	oral	500 mg. antes	500 mg. c/6 3 días

BIBLIOGRAFIA

- 1.- E. Barreiro y J.Scasso. Endocarditis Bacteriana. Odont. Postgrado 2 (3-4): 18-20. 1988
- 2.- D. Kertesz. Profilaxis y tratamiento de la Endocarditis infecciosa. Odont. Postgrado 2 (3-4): 21-23. 1988.
- 3.- S. Chajkin. Endocarditis Bacteriana y paradencipatías. Odont. Postgrado 2 (3-4): 24-25. 1988.
- 4.- C. M. Oakley. Controversies in the prophylaxis of infective endocarditis: a cardiological view. J. Antimicrob. Chemotherap. 20 (suppl. A): 99-104 - 1987.
- 5.- S. Rodbard. Blood velocity and endocarditis. Circulation 27: 18-28 (1963).
- 6.- D.C. Shanson. Antibiotic prophylaxis of infective endocarditis in the United Kingdom and Europe. J. Antimicrob. Chemotherap. 20 (Suppl A): 119- 131 (1987)
- 7.- S. R. Kelson y P.P White. Notes on 250 cases o subacute bacterial (Streptococcal) endocarditis studied and trated between 1927 and 1939 Ann Int. Med. 22:40-47 (1945).
- 8.- M. A. Pogrel y P.D. Welsby. The dentist and prevention of endocarditis Brit Dent J. 139. 12018 (1975).