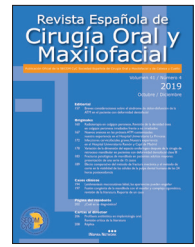




Revista Española de
**Cirugía Oral y
Maxilofacial**

www.revistacirugiaoralymaxilofacial.es



Réplica

Ángel-Orión Salgado-Peralvo^a, Javier Sanz-Esporrín^b, María-Victoria Mateos-Moreno^c, Ahmad Haidar-Wehbe^d, Andrés Blanco-Carrión^e y Eugenio Velasco-Ortega^f

^aMagíster en Implantología Oral. Magíster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla. Práctica privada. Vigo.

^bMagíster en Periodoncia e Implantes. Magíster en Ciencias Odontológicas. Universidad Complutense de Madrid. ^cProfesora asociada. Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. ^dMagíster en Implantología Oral. Universidad de Sevilla. Magíster en Ciencias Odontológicas. Universidad Complutense de Madrid. ^eProfesor titular de Medicina Oral. Director del Máster Odontología Práctica Diaria. Universidad de Santiago de Compostela. ^fProfesor titular de Odontología Integrada de Adultos y Gerodontología. Director del Máster en Implantología Oral. Universidad de Sevilla

Sr. Director:

Respecto al comentario de Ata-Ali y cols., realizado en este número sobre el artículo publicado por nuestro grupo de trabajo "Profilaxis antibiótica en implantología oral: revisión crítica de la literatura"¹, nos gustaría hacer una serie de consideraciones.

En primer lugar, en el apartado "Conclusiones" hacemos referencia a que "aunque existe evidencia de que la prescripción de 2 g de amoxicilina (o en alérgicos, 600 mg de clindamicina) una hora antes de la cirugía de implantes reduce de manera significativa el riesgo de fracaso temprano, se debería llevar a cabo una prescripción responsable de los antibióticos". Esta afirmación trata de poner de manifiesto que, hoy por hoy, ante la carencia de protocolos clínicos, la prescripción profiláctica de antibióticos en pacientes sanos, sin condicionantes anatómicos, queda en manos del criterio del clínico y, por tanto, debe analizarse cada caso en concreto.

Ya que Ata-Ali y cols. hacen referencia al metanálisis publicado por Chrcanovic y cols.² (2014), nos gustaría mencionar

que incluyeron 13 estudios, de los cuales 6 fueron considerados de alto riesgo de sesgo, uno con un riesgo moderado, y otros 6 de bajo riesgo. Al tener en cuenta los estudios de bajo riesgo no encontraron diferencias en las tasas de fracaso y, además, alertan de la cantidad de factores de confusión existentes en los diferentes estudios. Por otra parte, Lund y cols.³ (2015), en su revisión sistemática, sugieren que no existe un beneficio añadido al prescribir antibióticos profilácticos en pacientes sanos y en cirugías sencillas.

Una vez publicado nuestro artículo, Braun y cols.⁴ (2019) realizaron una revisión sistemática y metanálisis en la que concluyeron en la misma línea de nuestros argumentos: "Los resultados sobre las tasas de fracaso de los implantes dentales no deberían justificar el uso indiscriminado de antibióticos en pacientes sanos sometidos a estos tratamientos". En este sentido, la Conferencia de Consenso de la *European Association for Osseointegration* (EAO) del 2015 declaró que la profilaxis antibiótica no debe ser recomendada de manera sistemática en pacientes sistémicamente sanos debido a las posibles reaccio-

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: orionsalgado@hotmail.com (Ángel-Orión Salgado-Peralvo).

nes adversas y ante la amenaza para la salud pública que suponen las resistencias antibióticas.

Es importante mencionar que la prescripción profiláctica de antibióticos reduce en el 2 % el riesgo de fracaso implantológico³ y, como bien comentan Ata-Ali y cols. en su carta previa al Director, por cada 25-50 casos, dependiendo de los autores^{2,3,5,6}, se prevendrá un fracaso temprano. Sin embargo, a la luz de estos resultados, nos es inevitable hacernos la pregunta de si verdaderamente compensa realizarla en los casos que mencionábamos antes, en condiciones ideales en las que el paciente se encuentre sistémicamente sano y sin dificultades quirúrgicas. Como profesionales sanitarios debemos poner en una balanza el beneficio-riesgo de nuestras acciones. En un lado de la balanza ponemos un 2 % de riesgo de fracaso temprano de implantes dentales si no hacemos profilaxis antibiótica³ (teniendo en cuenta que en los diferentes estudios todos los pacientes sean los idóneos), y en el otro lado de la balanza las resistencias antibióticas. ¿Cuáles son las repercusiones del fracaso implantológico? Fundamentalmente económicas y legales para el clínico, mientras que las repercusiones de las resistencias antibióticas son devastadoras y pueden hacer que una simple neumonía se convierta en mortal. Es decir, enfrentar un problema particular frente a un problema que nos atañe a todos.

Les agradecemos sus comentarios y que nuestro artículo sirva como tema de debate, sin embargo, creemos que con ello se ha perdido de vista el objetivo de nuestro artículo, en el que tratábamos de hacer una puesta al día sobre la profilaxis antibiótica en implantología oral y sensibilizar a los dentistas y cirujanos maxilofaciales acerca de su prescripción responsable. El 10 % de las prescripciones de antibióticos en España son realizadas por dentistas^{7,8}, por lo que tenemos un papel importante en este problema fundamental de salud pública que se nos avecina y que, hoy en día, son la causa de 25.000 muertes al año en la Unión Europea⁹.

B I B L I O G R A F Í A

1. Salgado-Peralvo AO, Sanz-Esporrín J, Mateos-Moreno MV, Haidar-Wehbe A, Blanco-Carrión A, Velasco-Ortega E. Profilaxis antibiótica en implantología oral: Revisión crítica de la literatura. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac.* 2019;41(2):80-90. DOI: 10.20986/recom.2019.1011/2018.
2. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Prophylactic antibiotic regimen and dental implant failure: a meta-analysis. *J Oral Rehabil.* 2014;41(12):941-56. DOI: 10.1111/joor.12211.
3. Lund B, Hultin M, Tranaeus S, Naimi-Akbar A, Klinge B. Complex systematic review - Perioperative antibiotics in conjunction with dental implant placement. *Clin Oral Implants Res.* 2015;26(Suppl. 11):1-14. DOI: 10.1111/clr.12637.
4. Braun RS, Chambrone L, Khouly I. Prophylactic antibiotic regimens in dental implant failure: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(6):e61-91. DOI: 10.1016/j.adaj.2018.10.015.
5. Ata-Ali J, Ata-Ali F, Ata-Ali F. Do antibiotics decrease implant failure and postoperative infections? A systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014;43(1):68-74. DOI: 10.1016/j.ijom.2013.05.019.
6. Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: antibiotics at dental implant placement to prevent complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(7):CD004152. DOI: 10.1002/14651858.CD004152.pub4.
7. Matesanz P, Figuero E, Gimenez MJ, Aguilar L, Llor C, Prieto J, et al. [From knowledge of bacterial etiology to the treatment and prevention of the most prevalent infections in the community: odontological infections]. *Rev Esp Quimioter.* 2005;18(2):136-45.
8. Gutiérrez J, Bagán J, Bascones A, Llamas R, Llena J, Morales A, et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac.* 2006;22(1):151-81.
9. ECDC/EMA Joint Technical Report. The Bacterial Challenge: Time to React; 2009.