RESOLUCION DE INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN Nº114 -IETSI-ESSALUD-2020

Lima, 29 DIC. 2020

VISTOS:

La Nota N° 37-DGPCFyT-IETSI-ESSALUD-2020 y el Informe N° 019-DGPCFVyTV/2020, mediante los cuales la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia propone la aprobación de la "Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de Infecciones Odontogénicas", en sus versiones corta, extensa y anexos; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, establece que EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el artículo 200 del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (EsSalud), aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015, concordante con el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 152-PE-ESSALUD-2015, define al IETSI como el órgano desconcentrado responsable de la evaluación económica, social y sanitaria de las tecnologías sanitarias para su incorporación, supresión, utilización o cambio en la institución, así como de proponer las normas y estrategias para la innovación científica tecnológica, la promoción y regulación de la investigación científica en el campo de la salud, que contribuya al acceso y uso racional de tecnologías en salud basada en la evidencia, eficacia, seguridad y costo efectividad, a ser utilizadas por la Red Prestadora de servicios de salud en el ámbito nacional. Asimismo, es el responsable del petitorio de medicamentos y listado de bienes de tecnologías sanitarias y guías de práctica clínica en la institución;

Que, el inciso j) del artículo 5 del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, establece como una de las funciones del IETSI el evaluar y aprobar Guías de Práctica Clínica, así como elaborar las mismas, en caso se traten de temas priorizados en EsSalud;

Que, asimismo, el inciso f) del artículo 16 del referido Reglamento establece como función de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia el elaborar o adaptar y proponer la aprobación de las Guías de Práctica Clínica priorizadas;

Que, con Resolución Ministerial Nº 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuyo objetivo es estandarizar la metodología para la generación de Guías de Práctica Clínica en los establecimientos de salud públicos del sector salud a través de un marco y herramientas metodológicas necesarios, que permitan la elaboración de una Guía de calidad, basada en la mejor evidencia disponible;

Que, con Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación Nº 12-IETSI-ESSALUD-2016, se aprobó la Directiva Nº 02-IETSI-ESSALUD-2016, "Directiva para el

Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en EsSalud", que establece las normas, criterios y procedimiento que regulan la priorización, elaboración, evaluación, aprobación y difusión de Guías de Práctica Clínica en EsSalud, de acuerdo a la normativa sectorial que regula la elaboración de las mismas;

Que, el numeral 7.2.4 de la mencionada Directiva refiere que la aprobación de las Guías de Práctica Clínica institucionales, de Red y de Órganos Prestadores Nacionales será aprobada con acto resolutivo del IETSI;

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia propone la aprobación de la "Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de Infecciones Odontogénicas", en sus versiones corta, extensa y anexos, indicando que se ha respetado los criterios referidos a la pertinencia, estructura de presentación, rigurosidad en su elaboración, calidad metodológica y utilización de tecnologías sanitarias autorizadas por EsSalud;

V°B° V. SANTOS S. ASESOR II

Estando a lo propuesto por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, y en uso de las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 152-PE-ESSALUD-2015;

SE RESUELVE:

V°B° H. GARAVITO F.

1. **APROBAR,** la "Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de Infecciones Odontogénicas", que, en sus versiones extensa, corta y anexos, forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER,** que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia realice las acciones correspondientes para la difusión de la presente Guía a nivel nacional.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

Dra. CECILIA BEDOYA VELASCO
Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) (e)
EsSalud

NIT 8300 2020 3496

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

GUÍA EN VERSIÓN CORTA

GPC N° 39

DICIEMBRE 2020

IETSI EsSalud | INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Fiorella Molinelli Aristondo

Presidenta Ejecutiva, EsSalud

Alfredo Barredo Moyano

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Cecilia María Bedoya Velasco

Directora (e) del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Beatriz Paulina Ayala Quintanilla

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Gabriela Emperatriz Minaya Martínez

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Cornejo Salazar José Luis, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Amasifuen Choquecahuana Ronald, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Gutierrez Patiño Paúl Alejandro, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Mellado Flores José Luis, Hospital Alberto L. Barton Thompson, EsSalud
- Pacheco Assereto Alcides, Hospital III Suárez Angamos, EsSalud
- Pun Lay Vásquez Virginia, Hospital Essalud Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Yañez Valdiño Rina Pilar, Hospital II Ramón Castilla, EsSalud
- Chávez Rimache Lesly Karem, IETSI, EsSalud
- Nieto Gutierrez Wendy, IETSI, EsSalud
- Failoc Rojas Virgilio, IETSI, EsSalud
- Santos Sánchez Vladimir, IETSI, EsSalud

Revisor Metodológico

- Dr. Taype Rondán, Álvaro Renzo. Médico Epidemiólogo.
  Maestría en Ciencias en Investigación Epidemiológica, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
  Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Lima, Perú

Revisores Clínicos

- Dr. Chumpitaz Cerrate Víctor Manuel. Odontólogo, Magíster en Farmacología y Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Responsable del área de Farmacología en el Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Dr. Arturo Rodriguez Flores. Odontólogo, Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Director del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Dr. Oscar Miranda Herrera Odontólogo, Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Docente Adscrito a la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de infecciones odontogénicas: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2020”

Agradecimientos

Agradecemos a: Estrada Martinez Maggie (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación) por la redacción durante el desarrollo de esta guía de práctica clínica.

Datos de contacto

Santos Sánchez Vladimir
Correo electrónico: vladimir.santos@essalud.gob.pe
Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de Contenido

I. Lista de recomendaciones y puntos de Buena Práctica Clínica 1
II. Flujogramas 4
III. Introducción 5
Objetivo y población de la GPC 5
Usuarios y ámbito de la GPC 5
Proceso o procedimiento a estandarizar 6
IV. Metodología 6
Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG): 6
Formulación de preguntas: 6
Búsqueda y selección de la evidencia: 6
Evaluación de la certeza de la evidencia: 6
Formulación de las recomendaciones: 7
Puntos de buena práctica clínica: 7
Revisión por expertos externos: 7
V. Desarrollo de recomendaciones 8
Pregunta 1. En pacientes adultos con infección odontogénica (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial o absceso cervicofacial), ¿se debería realizar extracción dental? 8
Pregunta 2. En pacientes adultos con infección odontogénica (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial o absceso cervicofacial), ¿cuál debería ser la terapia antibiótica empírica de primera elección? 9
Pregunta 3. En pacientes adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico, ¿se debería administrar corticoesteroides? 10
Pregunta 4: En pacientes adultos con absceso cervicofacial, ¿se debería irrigar la vía de drenaje? 11
VI. Referencias bibliográficas 12

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

VERSIÓN CORTA

I. Lista de recomendaciones y puntos de Buena Práctica Clínica

N°	Enunciado	Tipo *	Certeza **
Tratamiento			
Pregunta 1. En pacientes adultos con infección odontogénica (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial o absceso cervicofacial), ¿se debería realizar extracción dental?			
	En pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo, los criterios de no restaurabilidad son los siguientes: - Presencia de caries extensas que comprometan la pulpa dental - Movilidad vertical de las piezas dentarias - Fractura de la raíz de la pieza dental.	BPC	
	En pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo cuando la pieza dental no presente ningún criterio de no restaurabilidad, realizar tratamiento endodóntico.	BPC	
	En pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo, cuando la pieza dentaria presente algún criterio de no restaurabilidad, recomendamos realizar extracción dental.	Recomendación fuerte a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
	El manejo en los pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo (extracción dental o tratamiento endodóntico) será ambulatorio. Además, se evaluará la posibilidad de realizar drenaje y lavado quirúrgico, según criterio del cirujano dentista tratante y características clínicas del paciente.	BPC	
	En pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo en los que se realice el drenaje de la colección purulenta, este drenaje se deberá realizar por medio del conducto de la pieza dentaria o un drenaje de manera quirúrgica después de la extracción dental.	BPC	
	En pacientes adultos con celulitis facial odontogénica recomendamos realizar extracción dental.	Recomendación fuerte a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
	El manejo de los pacientes adultos con celulitis facial será hospitalario con tratamiento farmacológico, eliminación del foco infeccioso, descompresión y lavado quirúrgico.	BPC	
	Para la colocación del dren (penrose), en pacientes adultos con celulitis facial odontogénica se deberán realizar incisiones y divulsión de los tejidos en las áreas más comprometidas. El cambio del dren se realizará cada tres días y su retiro se realizará cuando no haya salida de material purulento.	BPC	
	En pacientes adultos con absceso cervicofacial odontogénico recomendamos realizar extracción dental.	Recomendación fuerte a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
	El manejo en los pacientes adultos con absceso cervicofacial odontogénico será hospitalario con tratamiento farmacológico, eliminación del foco infeccioso, drenaje, descompresión y lavado quirúrgico.	BPC	

Pregunta 2. En pacientes adultos con infección odontogénica (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial o absceso cervicofacial), ¿cuál debería ser la terapia antibiótica empírica de primera elección?		
En pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo recomendamos administrar terapia antibiótica con amoxicilina VO (25-50 mg/kg/día, dividido en tres administraciones, durante al menos cinco días) o cefalosporinas de primera generación (por ejemplo: cefalexina VO 25-50 mg/kg/día, dividido en tres administraciones, durante al menos cinco días) como tratamiento empírico de primera elección. En pacientes alérgicos a los betalactámicos, recomendamos administrar azitromicina VO (500 mg/24h durante tres días) o clindamicina VO (300 mg/8h durante al menos cinco días).	Recomendación fuerte a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con celulitis facial recomendamos administrar clindamicina EV 600mg/8h o "terapia antibiótica dual" (betalactámico + anti anaerobio como: cefazolina [EV 1g/12h] + metronidazol [EV 500mg/8h] durante al menos siete días) como tratamiento empírico de primera elección. El tratamiento iniciará por vía parenteral y luego según las características del paciente (clínicas y laboratoriales) se continuará por vía oral.	Recomendación fuerte a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con absceso cervicofacial recomendamos administrar terapia antibiótica dual y durante al menos diez días con (betalactámico: ceftriaxona [EV 1g/12h] o fluorquinolona: ciprofloxacino [EV 200mg/12h]) con (antianaerobio: clindamicina [EV 600mg/8h] o metronidazol [EV 500 mg/8h]), como tratamiento empírico de primera elección.	Recomendación fuerte a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
Se debe monitorizar la evolución de los parámetros clínicos y de laboratorio durante el tratamiento de los pacientes con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico.	BPC	
Pregunta 3. En pacientes adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico, ¿se debería administrar corticoesteroides?		
En pacientes adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico, sugerimos administrar una única dosis de dexametasona IM o EV 8mg antes del procedimiento quirúrgico.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
La administración de la dexametasona vía intramuscular deberá iniciarse aproximadamente 30 minutos antes y la administración de dexametasona por vía endovenosa debería iniciarse aproximadamente 15 minutos antes de la realización de los procedimientos quirúrgicos.	BPC	
Para la administración de los corticoesteroides se debe tener precaución en los pacientes alérgicos (por ejemplo: presencia de urticaria, rash dérmico, edema de glotis, mareos, etc. que hayan sido provocados después de administrarse los medicamentos) o que presenten inmunosupresión.	BPC	
Pregunta 4. En pacientes adultos con absceso cervicofacial, ¿se debería irrigar la vía de drenaje?		

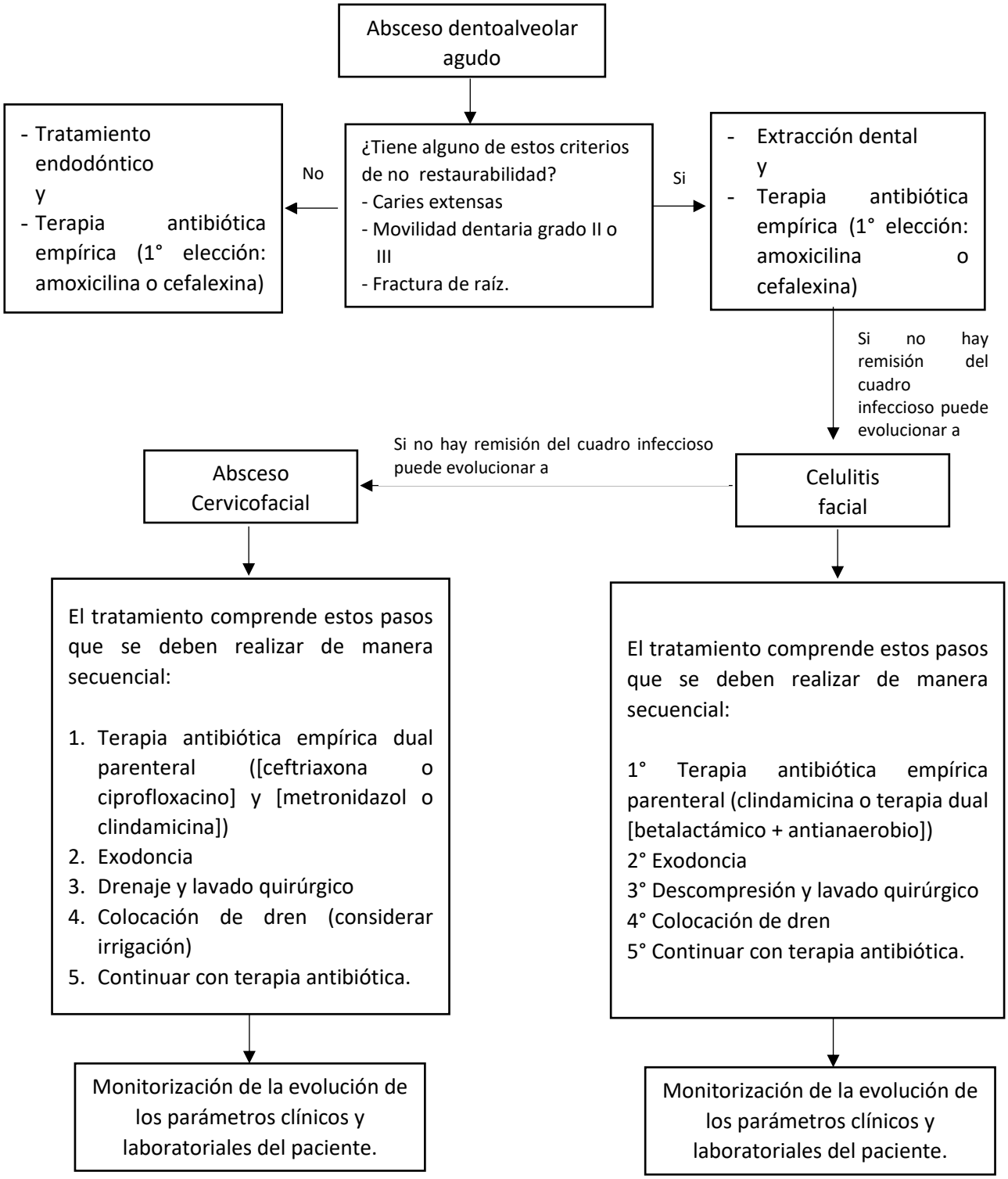
En pacientes adultos con absceso cervicofacial odontogénico sugerimos que se considere irrigar la vía de drenaje, según las características del paciente.	Recomendación condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
En pacientes adultos con absceso cervicofacial odontogénico, la incisión y drenaje de las colecciones purulentas deben realizarse con irrigación abundante, siguiendo la vía más corta y preservando la integridad de estructuras anatómicas. El cambio del dren se realizará cada tres días y su retiro será cuando no haya salida de material purulento.	BPC	

* Recomendación (R) o buenas prácticas clínicas (BPC)

** La certeza de la evidencia solo se establece para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

II. Flujogramas

Flujograma 1. Flujograma para el tratamiento de pacientes con infecciones odontogénicas (absceso dentoalveolar agudo, celulitis o absceso cervicofacial)



III. Introducción

Las infecciones odontogénicas son una de las principales causas de consulta en la práctica odontológica, afectando a individuos de todas las edades.(1, 2) Estas patologías ocasionan considerable dolor y molestias que en caso de no tratarse puede provocar la pérdida de las piezas dentarias y desencadenar procesos infecciosos más graves, como abscesos de los espacios aponeuróticos de cabeza y cuello, los cuales pueden comprometer la vida del paciente.(3, 4)

Estas infecciones se manifiestan principalmente por dolor agudo que provoca una demanda espontánea de atención.

El absceso dentoalveolar agudo es una infección localizada con material purulento que afecta a los tejidos periapicales. Esta infección puede agravarse formándose un cuadro de celulitis, la cual se caracteriza por ser una infección difusa e indurada a la palpación que se extiende por los espacios faciales a través de los tejidos celular subcutáneo. La celulitis a su vez puede agravarse y convertirse en un absceso cervicofacial al formarse pus.(5, 6)

Debido a la alta prevalencia de las infecciones odontogénicas y las complicaciones de la misma, el Seguro Social de Salud (EsSalud) priorizó la realización de la presente guía de práctica clínica (GPC) con el objetivo de brindar recomendaciones para el tratamiento de infecciones odontogénicas (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial y absceso cervicofacial), y contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad que esta infección produce en los pacientes que la padecen.

La presente GPC está dirigida al personal odontoestomatológico (cirujanos dentistas y cirujanos bucales y maxilofaciales) y no odontoestomatológico, que participa en la atención multidisciplinaria del paciente con infección odontogénica.

La población beneficiaría de las recomendaciones de esta GPC está comprendida por personas mayores a 18 años, no gestantes.

Objetivo y población de la GPC

- **Objetivo de la GPC**
  - Brindar recomendaciones para el tratamiento de infecciones odontogénicas, con el fin de contribuir a reducir su morbilidad, mortalidad, mejorar la calidad de vida, y reducir las complicaciones de los pacientes con esta condición.
- **Población a la cual se aplicará la GPC:**
  - Pacientes adultos mayores de 18 años con absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial y absceso cervicofacial de origen odontogénico.

Usuarios y ámbito de la GPC

- **Usuarios de la GPC:**
  - Esta GPC está dirigida al personal odontoestomatológico y no odontoestomatológico, que participa en la atención multidisciplinaria del paciente con infección odontogénica.
  - Las recomendaciones serán aplicadas por cirujanos dentistas, cirujanos bucomaxilofaciales, odontólogos residentes de las diversas especialidades y personal

técnico. Asimismo, podrá ser utilizada como referencia por estudiantes de profesiones relacionadas al ámbito de la salud odontoestomatológica y pacientes.

- **Ámbito asistencial:**
  - El ámbito asistencial incluye los servicios o unidades de emergencia, servicios o unidades de cirugía oral y maxilofacial o unidades de odontología general, en lo que corresponda a cada nivel de EsSalud.

Proceso o procedimiento a estandarizar

- **Nombre y código CIE-10**
  - Celulitis y absceso de boca (K12.2)
  - Celulitis de la cara (L03.2)
  - Absceso periapical con fístula (K04.6)
  - Absceso periapical sin fístula (K04.7)

IV. Metodología

El procedimiento seguido para la elaboración de la presente GPC está detallado en su versión "in extenso", la cual puede descargarse de la página web del IETSI de EsSalud (http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini.html).

En resumen, se aplicó la siguiente metodología:

Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG):
Se conformó un GEG, que incluyó metodólogos y cirujanos dentistas/cirujanos orales y maxilofaciales.

Formulación de preguntas:
Se formularon 4 preguntas clínicas (Tabla 1), cada una de las cuales pudo tener una o más preguntas PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*). A su vez, cada pregunta PICO pudo tener uno o más desenlaces (*outcomes*) de interés.

Búsqueda y selección de la evidencia:
Para cada pregunta PICO, durante julio de 2019 a julio 2020, se buscaron revisiones sistemáticas (RS) publicadas como artículos científicos (mediante búsquedas sistemáticas en PubMed y Central) o realizadas como parte de una GPC previa (mediante una búsqueda sistemática de GPC) ***(Anexos de Versión extensa)***. Cuando se encontraron RS de calidad aceptable, se escogió una para la toma de decisiones, la cual fue actualizada cuando el GEG lo consideró necesario. Cuando no se encontró ninguna RS de calidad aceptable, se realizó una búsqueda *de novo* de estudios primarios.

Evaluación de la certeza de la evidencia:
Para cada desenlace de cada pregunta PICO, se evaluó la certeza de la evidencia siguiendo la metodología de *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE) según la cual, la evidencia puede ser de alta, moderada, baja, o muy baja certeza. ***(Tabla 2)***(7). Esta evaluación se presenta en tablas de resumen de evidencias (*Summary of Findings*) de GRADE ***(Anexos de Versión Extensa)***.

Tabla 2. Significado de los niveles de certeza de la evidencia y de la fuerza de la recomendación

	Significado
Certeza de la evidencia	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Es muy probable que el verdadero efecto sea similar al efecto estimado.
Moderada (⊕⊕⊕⊖)	Es moderadamente probable que el verdadero efecto sea similar al efecto estimado, pero es posible que sea sustancialmente diferente
Baja (⊕⊕⊖⊖)	Nuestra confianza en el efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser sustancialmente diferente al efecto estimado
Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)	Nuestra confianza en el efecto es pequeña. El verdadero efecto probablemente sea sustancialmente diferente al efecto estimado
Fuerza de la recomendación	
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que todos o casi todos los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación. En la formulación de la recomendación se usa el término "se recomienda"
Recomendación Condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que la mayoría de los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación, pero un grupo de profesionales podría optar por no aplicarlas en alguna población particular, siempre que sea justificado. En la formulación de la recomendación se usa el término "se sugiere"

Formulación de las recomendaciones:
El GEG revisó la evidencia seleccionada para cada pregunta clínica en reuniones periódicas, y formuló recomendaciones fuertes o condicionales ***(Tabla 1)*** usando los marcos *Evidence to Decision* (EtD) de la metodología GRADE (8, 9). Para ello, se tuvo en consideración: 1) Prioridad del problema, 2) Exactitud del a prueba, 3) Beneficios y Daños, 4) Importancia de los desenlaces, 5) Balance, 6) Uso de recursos, 7) Equidad, 8) Aceptabilidad, y 9) Factibilidad. Luego de discutir estos criterios para cada pregunta, el GEG formuló las recomendaciones por consenso o por mayoría simple.

Puntos de buena práctica clínica:
El GEG formuló puntos de buena práctica clínica (BPC), usualmente en base a su experiencia clínica. Los puntos BPC se presentan en la ***Tabla 1***.

Revisión por expertos externos:
La presente GPC fue revisada en reuniones con odontólogos especialistas representantes de otras instituciones y tomadores de decisiones. Asimismo, su versión extensa fue enviada por vía electrónica a expertos externos para su revisión (mencionados en la sección de agradecimientos). El GEG tuvo en cuenta los resultados de estas revisiones para modificar las recomendaciones finales.

Actualización de la GPC:

La presente GPC tiene una vigencia de tres años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a realizar una RS de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión.

V. Desarrollo de recomendaciones

La presente GPC está dirigida a los pacientes que llegan a los establecimientos de salud de EsSalud y que presentan infecciones odontogénicas (absceso dentoalveolar, celulitis facial y absceso cervicofacial) y aborda 4 preguntas clínicas, de las cuales se formularon ocho recomendaciones (seis fuertes y dos condicionales), once BPC, y un flujograma de tratamiento ***(Tabla 1, Flujograma1)***.

La presente GPC se enfoca en los pacientes adultos con infecciones odontogénicas (absceso dentoalveolar, celulitis facial y absceso cervicofacial). En estas personas, se debe decidir si se realizará la extracción dental ***(pregunta 1)***; elegir la terapia antibiótica empírica de primera elección ***(pregunta 2)***; decidir si se administrará corticoesteroides en los pacientes con celulitis facial o absceso cervicofacial ***(pregunta 3)***, y decidir la irrigación de la vía de drenaje en los pacientes con absceso cervicofacial ***(pregunta 4).***

A continuación, se exponen las recomendaciones emitidas y un resumen del razonamiento seguido para cada una. Todos los enunciados (recomendaciones y BPC) se encuentran enumerados en la **Tabla 1**, mientras que, en el texto, solo se mencionan el número del enunciado al cual se hace referencia. Los datos numéricos de los beneficios y daños para cada pregunta se exponen en las tablas SoF, que se pueden consultar en los ***Anexos de Versión Extensa***.

Pregunta 1. En pacientes adultos con infección odontogénica (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial o absceso cervicofacial), ¿se debería realizar extracción dental?

Evidencia: Para responder esta pregunta se encontró un ensayo clínico no aleatorizado (EC) de Igoumenakis 2015(10), debido a que abordó a los pacientes con infecciones odontogénicas. Este EC (n=179) encontró que a los pacientes a quienes se les había realizado la extracción dental presentaron mayor "diferencia de cambios en la temperatura" (DM: -0,178°C; p=0,02), mayor diferencia de cambios de conteo de leucocitos (DM: -2300 leucocitos/ml; p=0,001), mayor diferencia en los cambios de valores de la proteína C reactiva (DM: -1,01 mg/ml; p=0,001), mayor diferencia de cambios en el fibrinógeno (DM: -0,64 g/ml; p=0,001) y menos días de hospitalización (-1,05 días; p=0,006) en comparación con los pacientes a quienes no se les realizó la extracción dental.

Recomendación-1.1: El GEG consideró que, el balance de beneficios y daños favorece a la realización de la extracción dental cuando la pieza dentaria presente algún criterio de no restaurabilidad. Por lo cual se decidió emitir una recomendación ***a favor*** de su uso. Además, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, se consideró que la única alternativa terapéutica en pacientes con absceso dentoalveolar agudo que tengan algún criterio de no restaurabilidad es la extracción de la pieza dental, el GEG decidió emitir una recomendación ***fuerte.***

BPC-1.1 - 1.4: El GEG consideró que en pacientes con absceso dentoalveolar, es importante definir los criterios de no restaurabilidad y que en los pacientes que no presenten ningún criterio de no restaurabilidad se les deberá realizar tratamiento endodóntico. Además, al ser una infección leve podría ser manejado ambulatoriamente, el cual consistiría principalmente en tratamiento antibiótico y extracción dental, siendo a criterio del odontólogo tratante la posibilidad de realizar drenaje y lavado quirúrgico. El drenaje podría ser realizado por el conducto dentario o por el alveolo dental. Según lo recomendado por la GPC de Ministerio de Salud de Chile(11) y México(6).

Recomendación-1.2: El GEG consideró que, en pacientes con celulitis facial, el balance de beneficios y daños favorece a la realización de la extracción dental. Por lo cual se decidió emitir una recomendación ***a favor*** de su uso. Además, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la única alternativa terapéutica para estos casos es la extracción de la pieza dental, por lo cual el GEG decidió emitir una recomendación ***fuerte.***

BPC-1.5 y 1.6: El GEG consideró que en pacientes con celulitis facial, al ser una infección moderada a severa podría ser manejado hospitalariamente, el cual consistiría en tratamiento antibiótico, la eliminación del foco infeccioso, descompresión y lavado quirúrgico. Además, se realizó indicaciones sobre la colocación y retiro del dren. Según lo recomendado por la GPC de Ministerio de Salud de chile(11).

Recomendación-1.3: El GEG consideró que en pacientes con absceso cervicofacial, el balance de beneficios y daños favorece a la realización de la extracción dental. Por lo cual se decidió emitir una recomendación ***a favor*** de su uso. Además, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la única alternativa terapéutica para estos casos es la extracción de la pieza dental, por lo cual el GEG decidió emitir una recomendación ***fuerte.***

BPC-1.7: El GEG consideró que en pacientes con absceso cervicofacial, al ser una infección moderada a severa podría ser manejado hospitalariamente, el cual consistiría en tratamiento antibiótico, la eliminación del foco infeccioso, drenaje, descompresión y lavado quirúrgico. Según lo recomendado por la GPC de Ministerio de Salud de chile(11).

Pregunta 2. En pacientes adultos con infección odontogénica (absceso dentoalveolar agudo, celulitis facial o absceso cervicofacial), ¿cuál debería ser la terapia antibiótica empírica de primera elección?

Evidencia: Para responder esta pregunta se plantearon tres PICO para evaluar la eficacia de las diferentes combinaciones de grupos farmacológicos en las infecciones odontogénicas, y se seleccionó el ECA de Cachovan 2010(12), debido a que solo se consideraron presentaciones farmacológicas que se encontraban en el petitorio de EsSalud. Además, se consideró evaluar la prevalencia de los microorganismos por lo que se planteó tres preguntas PO, y se seleccionó: la RS de Lang 2016 (13), de la cual se realizó un metaanálisis de tres estudios que incluían solo a pacientes con absceso dentoalveolar(Ozbek 2006(14), Khemaleelakul 2002(15) y Kuriyama 2005(16)), y el EO de Sebastian 2019, para la prevalencia de microorganismos de los pacientes con celulitis y absceso cervicofacial.

El ECA de Cachovan 2010 reportó que, el grupo tratado con moxifloxacina presentó ***similar*** proporción de curación a los 2 a 3 días (RR: 2,13; IC 95%: 0,22 a 22,16), ***similar*** proporción de curación a los 5 a 7 días (RR: 1,30; IC 95%: 0,77 a 2,21), ***similar*** porcentaje de reducción de dolor (DM: 0,33; IC 95%: -0,29 a 0,95) y ***similar*** frecuencia de efectos adversos en comparación con el grupo tratado con clindamicina.

Para los pacientes con absceso dentoalveolar, el metaanálisis realizado reportó que la prevalencia de anaerobios estrictos fue de 60,6% (IC 95%: 56,9% - 64,4%), anaerobios facultativos; 37,3% (IC 95%: 32,3% - 42,3%) y de aerobios; 2,4% (IC 95%: 0% - 5,5%).

Recomendación-2.1: El GEG consideró que, el balance de beneficios y daños favorece el uso de la terapia antibiótica empírica de primera elección con amoxicilina o cefalosporinas de primera generación y como segunda elección a la azitromicina o clindamicina. Por lo cual se decidió emitir una

recomendación ***a favor*** de su uso. Además, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la terapia antibiótica empírica es parte del manejo integral de las infecciones odontogénicas, el GEG decidió emitir una recomendación ***fuerte.***

Evidencia: Para los pacientes con celulitis facial y absceso cervicofacial, el EO de Sebastian 2019(17) encontró que la prevalencia de aerobios fue de 23,2% (IC 95%: 16,1% - 31,6%), anaerobios; 28,8% (IC 95%: 21,1% - 35,6%) y mixta; 48,0% (IC 95%: 39,0% - 57,1%).

Recomendación-2.2: El GEG consideró que, el balance de beneficios y daños favorece el uso de la terapia antibiótica empírica de primera elección con clindamicina o terapia antibiótica dual (betalactámico con un antianaerobio); por lo tanto, se decidió emitir una recomendación ***a favor*** de su uso. Además, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la terapia antibiótica empírica es parte del manejo integral de las infecciones odontogénicas, el GEG decidió emitir una recomendación ***fuerte.***

Recomendación-2.3: El GEG consideró que, el balance de beneficios y daños favoreció el uso de la terapia antibiótica empírica de primera elección con (ceftriaxona o ciprofloxacino) y (metronidazol o clindamicina). Por lo cual se decidió emitir una recomendación ***a favor*** de considerar dicha intervención según las características del paciente. Además, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la terapia antibiótica empírica es parte del manejo integral de las infecciones odontogénicas, el GEG decidió emitir una recomendación ***fuerte.***

BPC-2.1: El GEG consideró que en los pacientes con celulitis facial y absceso cervicofacial se debe monitorizar los parámetros clínicos y laboratoriales, según lo recomendado por la GPC del Ministerio de Salud de chile(11).

Pregunta 3. En pacientes adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico, ¿se debería administrar corticoesteroides?

Evidencia: Se realizó una búsqueda sistemática y se encontró dos RS: Lee 2016(18) y Kent 2019(19). Puesto que Lee 2016 realizó un metaanálisis y sus estudios incluidos fueron iguales a estudios que incluyó en el estudio de Kent 2019, la RS de Lee 2016 fue seleccionada.

Esta RS de Lee 2016(18) encontró que, el grupo tratado con corticoesteroides presentó ***mayor*** frecuencia de mejoramiento de trismus a las 4, 12 y 24 horas [(OR: 5,36; IC 95%: 1,97 a 14,73), (OR: 68,03; IC 95%: 17,46 a 265,07) y (OR: 86,48; IC 95%: 11,13 a 665,14); respectivamente], ***menor*** dolor a las 24, 48 y 72 horas [(SDM: 0,86 SD; IC 95%: -0,21 a 1,51), (SDM: 0,39 SD; IC 95%: -0,23 a 1,01) y (SDM: 0,33 SD; IC 95%: -0,29 a 0,95); respectivamente], **mayor** frecuencia de temperatura corporal normalizada a las 12, 24 y 48 horas [(OR: 9,26; IC 95%: 3,59 a 24,28), (OR: 8,33; IC 95%: 2,71 a 25,79) y (OR: 16,11; IC 95%: 4,48 a 57,97); respectivamente], ***mayor*** frecuencia de alta de hospitalización a los 3, 4 y 5 días desde el inicio del tratamiento [(OR: 20,08; IC 95%: 4,05 a 99,48), (OR: 21,75; IC 95%: 5,87 a 79,23) y (OR: 20,08; IC 95%: 4,05 a 99,48) y ***similar*** frecuencia de efectos adversos en comparación con el grupo que no recibió corticoesteroides.

Recomendación-3.1: Estos resultados indican que la administración de corticoesteroides como parte del tratamiento de celulitis facial o absceso cervicofacial profundo podría producir más beneficios que daños, por lo cual se decidió emitir una recomendación ***a favor*** de su uso. Además, puesto que la certeza de la evidencia fue muy baja, el GEG decidió emitir una recomendación ***condicional***.

BPC-3.1: El GEG consideró que, es importante considerar el tiempo aproximado para el inicio de la administración de la dexametasona por vía intramuscular y endovenosa, según como lo reportan estudios farmacocinéticos de este fármaco. Además, se considera tener precaución en pacientes que presenten alergia a los corticoesteroides o que presente inmunosupresión, según lo reportado por la RS de Kent(19).

Pregunta 4: En pacientes adultos con absceso cervicofacial, ¿se debería irrigar la vía de drenaje?

Evidencia: Para responder esta pregunta se encontró un solo ECA de Bouloux 2013(20), quienes reportaron que, el grupo a quienes se les realizó la irrigación del drenaje presentaron menor tiempo de estadía hospitalaria (DM: -0,3; IC 95%: -0,7 a 1,5), menor tiempo de estadía post-cirugía (DM: -0,5; IC 95%: -0,6 a 1,6), menor necesidad de procedimientos adicionales (RR: 0,5; IC 95%: 0,05 a 5,15) en comparación con el grupos que no recibió la irrigación del drenaje.

Recomendación-4.1: Considerando que el uso de irrigación de los drenes en pacientes con absceso cervicofacial presentaría más beneficios que daños, el GEG decidió emitir una recomendación ***a favor*** de su uso. Asimismo, debido a que la certeza de la evidencia fue muy baja y solo se contó con un ECA de 46 pacientes se decidió emitir una recomendación ***condicional***.

BPC-4.1: El GEG consideró que a los pacientes con absceso cervicofacial se les realizará incisiones, descompresión de la zona afectada y posteriormente el drenaje. Además, la irrigación debe ser abundante y el dren deberá ser cambiado cada tres días y retirado cuando no haya salida de pus, según lo recomendado por la GPC del Ministerio de Salud de chile(11).

VI. Referencias bibliográficas

1. Velazco M. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 64 - Nº 6, 2012; 586-598.
2. Shakya N, Sharma D, Newaskar V, Agrawal D, Shrivastava S, Yadav R. Epidemiology, Microbiology and Antibiotic Sensitivity of Odontogenic Space Infections in Central India. Journal of maxillofacial and oral surgery. 2018;17(3):324-31.
3. Mercado-Montañez F. Infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. Revista ADM 2006; LXIII(2):74-79.
4. Al-Shibani N, Hamed A, Labban N, Al-Kattan R, Al-Otaibi H, Alfadda S. Knowledge, attitude and practice of antibiotic use and misuse among adults in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi medical journal. 2017;38(10):1038-44.
5. Martins JR, Chagas OL, Jr., Velasques BD, Bobrowski Â N, Correa MB, Torriani MA. The Use of Antibiotics in Odontogenic Infections: What Is the Best Choice? A Systematic Review. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2017;75(12):2606.e1-.e11.
6. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas en adultos en primero y segundo nivel de atención. México: Secretaría De Salud, 2011. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.
7. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. Journal of clinical epidemiology. 2011;64(4):401-6.
8. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. bmj. 2016;353:i2016.
9. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. bmj. 2016;353:i2089.
10. Igoumenakis D, Giannakopoulos NN, Parara E, Mourouzis C, Rallis G. Effect of Causative Tooth Extraction on Clinical and Biological Parameters of Odontogenic Infection: A Prospective Clinical Trial. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2015;73(7):1254-8.
11. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE Urgencias Odontológicas Ambulatorias. Santiago: Minsal, 2011.
12. Cachovan G, Böger RH, Giersdorf I, Hallier O, Streichert T, Haddad M, et al. Comparative efficacy and safety of moxifloxacin and clindamycin in the treatment of odontogenic abscesses and inflammatory infiltrates: a phase II, double-blind, randomized trial. Antimicrob Agents Chemother. 2011;55(3):1142-7.
13. Lang PM, Jacinto RC, Dal Pizzol TS, Ferreira MB, Montagner F. Resistance profiles to antimicrobial agents in bacteria isolated from acute endodontic infections: systematic review and meta-analysis. International journal of antimicrobial agents. 2016;48(5):467-74.
14. Ozbek SM, Evcil MS, Ozbek A, Erdoğan AS, Köseoğlu M. Microbiological analysis of root canals associated with periapical abscesses (with pain and swelling) and the antimicrobial susceptibility of isolated bacteria. The Pain Clinic. 2006;18(4):327-37.
15. Khemaleelakul S, Baumgartner JC, Pruksakorn S. Identification of bacteria in acute endodontic infections and their antimicrobial susceptibility. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2002;94(6):746-55.

16. Kuriyama T, Absi EG, Williams DW, Lewis MA. An outcome audit of the treatment of acute dentoalveolar infection: impact of penicillin resistance. British dental journal. 2005;198(12):759-63; discussion 4; quiz 78.
17. Sebastian A, Antony PG, Jose M, Babu A, Sebastian J, Kunnilathu A. Institutional microbial analysis of odontogenic infections and their empirical antibiotic sensitivity. Journal of oral biology and craniofacial research. 2019;9(2):133-8.
18. Lee YJ, Jeong YM, Lee HS, Hwang SH. The Efficacy of Corticosteroids in the Treatment of Peritonsillar Abscess: A Meta-Analysis. Clinical and experimental otorhinolaryngology. 2016;9(2):89-97.
19. Kent, S., et al., Systematic review of the role of corticosteroids in cervicofacial infections. Br J Oral Maxillofac Surg, 2019. 57(3): p. 196-206.
20. Bouloux GF, Wallace J, Xue W. Irrigating drains for severe odontogenic infections do not improve outcome. J Oral Maxillofac Surg. 2013 Jan;71(1):42-6. .