



Plan Nacional
Resistencia
Antibióticos

ABORDAJE DE PROCESOS DE LA CAVIDAD BUCAL

CAPÍTULO 5: INFECCIONES DE LA MUCOSA ORAL Y DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES



 agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios

EDITA Y DISTRIBUYE

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

C/ Campezo 1, edificio 8, 28022, Madrid

CAPÍTULOS DE ODONTOLOGÍA DE LA GUÍA TERAPÉUTICA PRAN DEL SNS (ACTUALIZACIÓN 2024)

NIPO: 134-24-023-0.

www.resistenciaantibioticos.es

pram@aemps.es

ABORDAJE DE PROCESOS DE LA CAVIDAD ORAL

Capítulo 5. Infecciones de la mucosa oral y de las glándulas salivares

Introducción

Las infecciones de la mucosa oral pueden ser la manifestación de una enfermedad infecciosa sistémica (VIH, TBC, etc.) o tratarse de procesos localizados (virus herpes simple tipo 1, herpes zóster, etc.).

Según su etiología se clasifican en bacterianas, víricas y fúngicas:

- **Víricas:** las más comunes son las ocasionadas por el virus del herpes simple, varicela zóster y el virus del papiloma humano (papiloma oral escamoso, verruga vulgar, condiloma acuminado e hiperplasia epitelial focal). Los virus Epstein-Barr (mononucleosis infecciosa y leucoplasia vellosa), citomegalovirus y virus Coxsackie (enfermedad mano-pie-boca y herpangina) también pueden tener su expresión clínica en la boca. Por su potencial gravedad, se enfatiza el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- **Bacterianas:** las más frecuentes son la infección odontogénica y la enfermedad periodontal. La tuberculosis y la sífilis también cursan con manifestaciones orales y/o cérvicofaciales.
- **Fúngicas:** las más prevalentes son las candidiasis. Según su evolución, se distinguen las formas agudas (pseudomembranosa o *muguet* y eritematosa) y las crónicas (eritematosas e hiperplásicas). Otras lesiones asociadas a candidiasis son la estomatitis protésica, la queilitis angular y la glositis romboidal media. De las micosis profundas, resaltan las que se manifiestan en el territorio orofacial o en la mucosa oral como la aspergilosis, la blastomicosis, la criptococosis, la histoplasmosis y la paracoccidioidomicosis.

En este capítulo nos limitaremos a describir las recomendaciones en infecciones de la mucosa oral por virus herpes y varicela y las candidiasis.

En cuanto a las infecciones de las glándulas salivales, son causa común de dolor crónico o agudo. En la mayoría de los casos, la glándula parótida, se ve afectada.

Los factores desencadenantes de la sialoadenitis pueden ser el flujo salival limitado, la sialolitiasis, deshidratación, caquexia, inmunosupresión, diabetes u obstrucción del conducto salival (1). Estas condiciones facilitan la ascensión de las bacterias por los conductos salivales y predisponen a una infección de las glándulas.

La patología inflamatoria de las glándulas salivales puede ser una manifestación de múltiples enfermedades: autoinmunes, linfoproliferativas, sarcoidosis, infecciones por VIH y bacterianas como TBC, sífilis o actinomycosis (2).

Para el tratamiento de estos procesos, es necesario tener en cuenta no sólo el espectro de acción del antibiótico, sino también su secreción en la saliva en concentraciones efectivas.

En este capítulo se abordarán la sialoadenitis bacteriana, la sialolitiasis y la parotiditis. Es necesario descartar siempre la posibilidad de paperas.

Infecciones de la mucosa oral por virus *Herpes simplex* o virus varicela zoster

Se presenta como pequeñas vesículas que se presentan agrupadas con bordes inflamados localizadas con mayor frecuencia en los labios y en otras áreas periorificiales de la cara. Es un proceso autolimitado, aunque recidiva con frecuencia. Ambos tipos de virus herpes simple (VHS), VHS-1 y VHS-2 son los más frecuentes (3), y pueden causar infección bucal. Con mayor frecuencia, VHS-1 produce gingivostomatitis, herpes labial y queratitis herpética. La mayoría de las infecciones se producen por contacto con las lesiones o con fluidos corporales infectados, como saliva lesiones genitales o exudado de lesiones activas (4).

El Herpes labial se caracteriza por lesiones que aparecen en los labios tras un período de síntomas prodrómicos (parestesia, dolor, quemazón o picor) y que se caracterizan por máculas rojas que rápidamente se vuelven vesículas y que al romperse forman costras purulentas (4).

Sobre el 90% de las infecciones recurrentes de herpes labial son originada por el VHS-1 (5).

La gingivostomatitis herpética se suele producir en niños o adultos jóvenes. En la mayoría de los casos es asintomática o se manifiesta con síntomas leves (4). Se caracteriza por la aparición de síntomas inespecíficos como malestar o mialgia, vesículas mucocutáneas (aparecen entre 1-3 días después), tras un periodo de incubación que varía entre 2-20 días (6). La fiebre es uno de los principales síntomas de la gingivostomatitis herpética y se acompaña de manifestaciones orales, que se caracterizan por la presencia de pequeñas úlceras orales, gingivitis acompañada o no de sangrado y adenitis (7).

Las gingivostomatitis recurrentes son menos frecuentes y ocurren más habitualmente en personas inmunocomprometidas (5).

Manejo empírico

Circunstancia modificadora: Infecciones de la mucosa oral por *Herpes simple* episódica y gingivostomatitis herpética

Tratamiento antiviral - Elección: no indicado*(GR A) (5).

Tratamiento sintomático: Se indica tratamiento sintomático con analgésicos. La administración de un anestésico local puede proporcionar alivio de los síntomas (5).

Medidas no farmacológicas:

- Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias (8).
- La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones[§](9).
- Evitar la deshidratación (10).
- Dieta líquida (10).

Medidas de prevención de la transmisión: La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto.

Observaciones

*No se recomienda:

- La administración rutinaria de antivirales tópicos (**aciclovir, penciclovir tópicos**). Esta no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas. Aplicados en la fase prodrómica, reducen la duración sólo 12-24 horas (8).
- El uso de **antivirales orales** en personas sanas inmunocompetentes (8).
- El tratamiento con **anestésicos tópicos** (lidocaína) (8).

[§] En la actualidad no disponible en el Sistema Nacional de Salud para esta indicación.

Circunstancia modificadora: **Herpes labial o intraoral: primoinfección sintomática**

Tratamiento antiviral - Elección: [Aciclovir] oral*, 200 mg, 5 veces al día, 5 días (iniciar el tratamiento en la fase prodómica. Si la curación no es completa, prolongar el tratamiento): (GR A) (5).

Alternativa: Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:

- [Valaciclovir] oral, 500 mg, 2 veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa) (GR A) (5).

- [Valaciclovir] oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día (GR A) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias (8).
- La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones (9).
- Evitar la deshidratación (10).
- Dieta líquida (10).

Medidas de prevención de la transmisión: La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto.

Observaciones

*La aplicación tópica de **aciclovir** no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas.

Circunstancia modificadora: Herpes labial o intraoral recurrente con lesiones severas, intermitentes o persistentes

Tratamiento antiviral - Elección: [Aciclovir] oral*, 200 mg, 5 veces al día, 5 días (iniciar el tratamiento en la fase prodómica. Si la curación no es completa, prolongar el tratamiento) (GR A) (5).

Alternativa: Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:

- [Valaciclovir] oral, 500 mg, 2 veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa) (GR A) (5).
- [Valaciclovir] oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día (GR A) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias (8).
- La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones.[§] (9).
- Evitar la deshidratación (10).
- Dieta líquida (10).

Medidas de prevención de la transmisión: La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto.

Observaciones

*La aplicación tópica de **aciclovir** no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas.

Circunstancia modificadora: **Gingivoestomatitis recurrente**

Tratamiento antiviral - Elección:

[Aciclovir] oral*, 200 mg, 5 veces al día, 5 días (iniciar el tratamiento en la fase prodómica. Si la curación no es completa, prolongar el tratamiento) (GR A) (5).

Alternativa: Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:

- [Valaciclovir] oral, 500 mg, 2 veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa) (GR A) (5).
- [Valaciclovir] oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día (GR A) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias (8).
- La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones.⁵ (9).
- Evitar la deshidratación (10).
- Dieta líquida (10).

Medidas de prevención de la transmisión: La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto.

Observaciones

*La aplicación tópica de **aciclovir** no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas.

Circunstancia modificadora: **Herpes labial en personas inmunosuprimidas**

Tratamiento antiviral - Elección: [Aciclovir] oral*, 400 mg, 5 veces al día, 5 días (si la curación no es completa, prolongar el tratamiento o tratar hasta una semana tras la desaparición de las lesiones) (GR A) (5).

Alternativa: Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:

- [Valaciclovir] oral, 1000 mg, 2 veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa) (GR A) (5).
- [Valaciclovir] oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día (GR A) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias (8).
- La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones.§ (9).
- Evitar la deshidratación (10).
- Dieta líquida (10).

Medidas de prevención de la transmisión: La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto.

Observaciones

*La aplicación tópica de **aciclovir** no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas.

§ En la actualidad no disponible en el Sistema Nacional de Salud para esta indicación.

Circunstancia modificadora: Gingivoestomatitis en personas inmunosuprimidas

Tratamiento antiviral - Elección: [Aciclovir] oral*, 400 mg, 5 veces al día, 5 días (si la curación no es completa, prolongar el tratamiento o tratar hasta una semana tras la desaparición de las lesiones) (GR A)(5).

Alternativa: Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:

- [Valaciclovir] oral, 1000 mg, 2 veces al día, 5 días (prolongar a 10 días si la curación no es completa) (GR A) (5).
- [Valaciclovir] oral, 2000 mg, cada 12 horas, 1 día (GR A) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Utilizar protectores labiales para reducir la probabilidad de recurrencias (8).
- La terapia fotodinámica es eficaz para aliviar el dolor en las lesiones.§ (9)
- Evitar la deshidratación (10).
- Dieta líquida (10).

Medidas de prevención de la transmisión: La forma mucocutánea diseminada grave y la presentación neonatal requieren precauciones de aislamiento tipo contacto.

Observaciones

*La aplicación tópica de **aciclovir** no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas.

§ En la actualidad no disponible en el Sistema Nacional de Salud para esta indicación.

Circunstancia modificadora: *Herpes zóster* en pacientes inmunocompetentes <50 años (Enfermedad de Declaración Obligatoria, EDO)

Tratamiento antiviral - Elección: No indicado* (GR B) (5)

Tratamiento sintomático: Se indica tratamiento exclusivamente sintomático y analgésico en <50 años y con poco dolor (**paracetamol** o **ibuprofeno**) (2). Si no son efectivos o se presenta dolor intenso, considerar la prescripción de fármacos para dolor neuropático (**amitriptilina** (off-label), **duloxetina** (off-label), **gabapentina** o **pregabalina**), según las contraindicaciones de uso (5).

Medidas no farmacológicas:(5)

- Higiene de la piel para evitar sobreinfecciones.
- Evitar el contacto directo con el líquido vesicular de las lesiones cutáneas (y por objetos contaminados) con personas que no han pasado la varicela, especialmente recién nacidos, mujeres embarazadas e inmunocomprometidos.
- Las lesiones dejan de ser infecciosas cuando se convierten en costras

Circunstancia modificadora: *Herpes zóster* en pacientes inmunocompetentes ≥50 años o en pacientes <50 años inmunosuprimidos inmunocompetentes con neuritis, erupciones cutáneas graves o erupciones en lugares distintos del tronco (cara y cabeza en particular) (Enfermedad de Declaración Obligatoria, EDO)

Tratamiento antiviral - Elección: [Aciclovir] oral[§], 800 mg, 5 veces al día, 7 días. Inicio de tratamiento temprano, en las 72 horas tras el inicio de los síntomas (GR A) (5).

Alternativa: Si hay dificultad para cumplimiento terapéutico:

- [Valaciclovir] oral, 1000 mg, cada 8 horas, 7 días (GR A) (5).

- [Famciclovir] oral, 500 mg, cada 8 horas, 7 días (GR A) (5).
- [Famciclovir] oral, 750 mg, cada 12-24 horas, 7 días (GR A) (5).

Tratamiento sintomático: Si es necesario tratamiento sintomático para dolor y fiebre, utilizar **paracetamol**. **No** utilizar AINEs. Se puede indicar lociones de **calamina** y tratamiento oral con **maleato de dexclorfeniramina** para aliviar el picor. Considerar el tratamiento con **corticoides orales** en las primeras 2 semanas en pacientes con dolor intenso, pero sólo en combinación con antivirales (5).

Medidas para evitar sobreinfecciones y para evitar diseminación:

- **Medidas para evitar sobreinfecciones:** cortar las uñas (para evitar rascado) y baño diario con un jabón pH neutro.
- **Medidas para evitar contagio:**
 - Exclusión del trabajo, consultas médicas, salas de urgencia y otros lugares públicos, desde que aparece la erupción hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.
 - Evitar el contacto con personas que no han pasado la enfermedad, especialmente recién nacidos, mujeres embarazadas e inmunodeprimidos.
 - No aplicar pomadas o talco.

Medidas preventivas:

- La **vacuna de la varicela** está incluida en todos los calendarios vacunales infantiles de España. Según las recomendaciones del Consejo Interterritorial del SNS:
 - Vacunación en niños: se administrarán 2 dosis de vacuna: a los 15 meses y a los 3-4 años.
 - En adolescentes que no hayan pasado la enfermedad y no se hayan vacunado, se administrarán 2 dosis de vacuna VVZ separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis (preferiblemente 8 semanas) o se completará la pauta si se ha recibido una sola dosis con anterioridad.
 - En adultos: Se realizará estudio serológico en adultos que no hayan pasado la enfermedad (varicela o herpes zóster), no tengan documentación de vacunación con dos dosis o no tengan confirmación serológica de haber tenido la infección (IgG positiva). En caso de que las pruebas demuestren que no ha habido infección en el pasado, se administrarán 2 dosis de vacuna frente a varicela separadas 4-8 semanas. En caso de tener una dosis administrada con anterioridad, solo se administrará una dosis

independientemente del tiempo que haya pasado desde la administración de la primera dosis.

La vacuna está contraindicada en embarazo y en personas inmunodeprimidas (11).

Según las recomendaciones del Consejo Interterritorial del SNS, la vacuna del Herpes zoster no se recomienda en la infancia. En adultos, la vacunación se recomienda sistemáticamente a personas de 65 años y a personas a partir de los 18 años que tienen un alto riesgo de padecer herpes zóster, por presentar las siguientes condiciones:

- Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Trasplante de órgano sólido.
- Tratamiento con fármacos anti-JAK.
- Infección por VIH.
- Hemopatías malignas.
- Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia.
- Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster.

Además, se podrán captar progresivamente cohortes entre 66 y 80 años comenzando por la población que cumple 80 años.

Se recomienda consultar las instrucciones de la CCAA sobre los programas oficiales de vacunación (12).

- En el caso de adultos, la vacunación está dirigida a proteger a personas susceptibles de padecer la enfermedad grave.

Observaciones

[§]Sólo se ha demostrado beneficio clínico (disminución de la duración de la enfermedad y de la incidencia de neuralgia postherpética, especialmente en mayores de 50 años) si el tratamiento se inicia precozmente, en las 72 primeras horas desde el inicio de la erupción. Se puede considerar su inicio después de las 72 horas en pacientes en los que sigan apareciendo nuevas lesiones después de los 3 días o en pacientes con localizaciones especiales: oftálmica, ótica (síndrome de Ramsay-Hunt) o afectación extensa (eczema atópico generalizado) (13).

Criterios de derivación

- Embarazadas,
- Inmunosuprimidos
- Afectación ocular,
- Herpes recurrentes.

Candidiasis oral

La candidiasis bucal es una infección fúngica oportunista causada por *Candida* spp. En el 80% de los casos está causada por *Candida albicans*.

Afecta principalmente personas con diabetes, leucemia u otras patologías que debilitan el sistema inmune opacientes con deficiencias nutricionales, observándose con mayor frecuencia en personas ancianas que residen en centro de larga estancia, usuarios de dentaduras postizas, en enfermos de SIDA o pacientes que reciben tratamiento con radioterapia o quimioterapia, o con otros medicamentos como corticoides (principalmente inhalados o por medio de enjuagues), antibióticos de amplio espectro(10, 14, 15).

En personas adultas sanas, podría tratarse de la primera presentación de un factor de riesgo no diagnosticado. Es un indicador de inmunosupresión.

El espectro de candidiasis abarca desde infecciones leves y superficiales de la piel y de mucosas, a infecciones sistémicas graves, especialmente en individuos inmunodeprimidos.

Los síntomas más frecuentes son malestar, sequedad, dolor o quemazón bucal. En raros casos, la candidiasis puede propagarse al esófago si no se trata de manera adecuada, causando dolor de garganta o disfagia o bien evolucionar a candidemia en pacientes inmunocomprometidos (16, 17, 18).

Las **infecciones recurrentes** son raras y se suelen dar en pacientes inmunodeprimidos permanentemente (SIDA, etc).

Etiología

- *Candida albicans*.
- *Candida* spp.

Manejo empírico

Tratamiento antiviral - Elección: [Miconazol] gel oral, 20 mg/ml, cada 6 horas, 7 días o hasta 7 días tras la resolución de las lesiones (RCFI) (5).

Alternativa: [Nistatina] oral, 100.000 UI/ml en enjuagues cada 6 horas, 7-14 días o hasta 2 días tras la resolución de las lesiones (RCFI) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Cuando no haya una circunstancia favorecedora o desencadenante, se debe

descartar una enfermedad sistémica (VIH, diabetes, etc.).

- Control de la diabetes, la neutropenia o de la ferropenia.
- Medidas de higiene oral correctas (lavados de boca, higiene de prótesis dental, cepillado, esterilizar botellas).
- Eliminación de hábitos tóxicos:

Consejo antitabaco (19).

- Evitar uso de antibióticos, principalmente de amplio espectro (20).
- Advertir a los pacientes que reciben corticoides inhalados, de enjuagar la boca con agua y cepillar los dientes después de usar el inhalador (20).
- Sustitución de las prótesis inapropiadas.
- Disminución de la xerostomía.

Infecciones de las glándulas salivales

Etiología

- Viral (sialoadenitis viral aguda).
- Bacteriana:
 - *Staphylococcus aureus*.
 - *Streptococcus* spp (*viridans*, *pyogenes* o *pneumoniae*).
 - *Escherichia coli*.

Circunstancia modificadora: **Sialoadenitis bacteriana aguda** (sialoadenitis supurada).

Manejo empírico

Tratamiento antiviral - Elección:

- [Amoxicilina/ácido clavulánico]▼ oral, 500-875 mg cada 8 horas, 7 días (GR E) (5).
- [Cefalexina] oral, 0,5-1 g cada 8 horas, 7 días (GR E) (5).

Alternativa: Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada):

- [Azitromicina]▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días + [Metronidazol]▼ oral, 250-500 mg cada 8 horas, 5 días (GR E) (5).
- [Clindamicina] oral, 300 mg cada 8 horas, 7 días* (GR E) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Se indica la toma de muestras para cultivo microbiológico. Siempre que se pueda hay que realizar cultivo y antibiograma (1, 21-26)
- Masaje de la glándula, calor seco local e ingesta de sialogogos o estimuladores

de la secreción salival para restablecer el flujo salival (zumo de limón o de naranja).

- Asegurar adecuada hidratación.
- Higiene oral adecuada.
- Cese hábito tabáquico.
- Se recomienda realizar seguimiento en los siguientes días para verificar eficacia del tratamiento y detectar posibles complicaciones.

Observaciones

*Realizar seguimiento: este tratamiento no cubre bacterias gran-negativas, incluido *H. influenzae* o *M. catarrhalis*.

▼Notas de seguridad

- **[Amoxicilina/ácido clavulánico]:** la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) (27) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina/ácido clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/ácido clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.
- **Macrólidos:** la Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) (28) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales**. Los **macrólidos** deben ser usados con precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.
- **[Metronidazol]:** evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.

Circunstancia modificadora: Sialolitiasis

Tratamiento antiviral - Elección: No indicado. Solo se trata si es causa de sialoadenitis (ver tratamiento de elección de la sialoadenitis) (5).

Medidas no farmacológicas:

- Hidratación abundante, calor seco y masaje local de la glándula afectada.

- Enjuagues con antisépticos suaves sin alcohol.
- Tras resolución de fase aguda, extracción manual de cálculos más distales por masaje a través de la boca. Los cálculos de la parte más interna de la glándula pueden requerir tratamiento quirúrgico.

Circunstancia modificadora: Parotiditis epidémica* (paperas) (Enfermedad de Declaración Obligatoria, EDO)

Tratamiento antiviral - Elección: no indicado (GR E) (5).

Tratamiento sintomático: Analgésicos (paracetamol) o antiinflamatorios (ibuprofeno) (29).

Medidas no farmacológicas:

- Reposo, calor seco local e higiene oral.
- La dieta debe ajustarse según la capacidad del paciente para masticar.
- Ingesta hídrica adecuada.
- Aislamiento de tipo respiratorio: la persona enferma no debe acudir a la escuela o a su lugar de trabajo durante el periodo de transmisibilidad, es decir en los cuatro días posteriores al comienzo de la parotiditis (30).
- Si se sospecha de paperas, advertir al paciente que no salga de casa y notificar a Salud Pública al tratarse de una EDO (30).

Observaciones:

* Es necesario siempre descartar la posibilidad de paperas (18).

Circunstancia modificadora: Parotiditis porcintomegalovirus* (Enfermedad de Declaración Obligatoria, EDO)

Tratamiento antiviral - Elección: no indicado (GR E) (5).

Tratamiento sintomático: Analgésicos (**paracetamol**) o antiinflamatorios (**ibuprofeno**) (19).

Medidas no farmacológicas:

- Reposo, calor seco local e higiene oral.
- La dieta debe ajustarse según la capacidad del paciente para masticar.
- Aislamiento durante 10 días.
- Ingesta hídrica adecuada.

Observaciones:

* Es necesario siempre descartar la posibilidad de paperas.

Si se sospecha de paperas, advertir al paciente que no salga de casa y notificar a Salud Pública al tratarse de una EDO (29).

Criterios de derivación

- En los pacientes susceptibles de complicaciones (ancianos*, inmunodeprimidos o desnutridos) o en aquellos que presentan ausencia de mejoría tras 48 horas con el tratamiento antibiótico oral, la hospitalización es indispensable dado que la mortalidad de las parotiditis supurativas, en estos casos, alcanza el 20-40 %.
- ***Requerimiento de tratamiento hospitalario:** con el aumento de la prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), sobre todo entre los ancianos que viven en Centros residenciales de personas mayores.
- En reagudizaciones agudas de cuadros crónicos, puede en ocasiones ser necesaria la extirpación de la glándula.

Bibliografía

1. Troeltzsch M et al. Antibiotic concentrations in saliva: a systematic review of the literature, with clinical implications for the treatment of sialadenitis. J Oral Maxillofac Surg. 2014 Jan;72(1):67-75.
2. Flynn TR. What are the Antibiotics of Choice for Odontogenic Infections, and How Long Should the Treatment Course Last? Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011 Nov;23(4):519-36, vvi.
3. Whitley RJ, Roizman B. Herpes simplex virus infections. Lancet. 2001 May 12;357(9267):1513-8. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04638-9.
4. Arduino PG, Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. J Oral Pathol Med. 2008 Feb;37(2):107-21.
5. Fernández Urrusuno R, Coordinadora. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/quiterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
6. Huber MA. Herpes simplex type-1 virus infection. Quintessence Int 2003; 34: 453-67
7. Huang CW, Hsieh CH, Lin MR, Huang YC. Clinical features of gingivostomatitis due to primary infection of herpes simplex virus in children. BMC Infect Dis. 2020 Oct 20;20(1):782.
8. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos (COE). Guía de Práctica Clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE. 2014;19(3):189-248
9. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Drug prescribing for dentistry. Dental Clinical Guidance. Third Edition, January 2016. Disponible en: <http://www.sdcep.org.uk>
10. Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: antibiotics at dental implant placement to prevent complications. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 31;(7):CD004152.
11. Ministerio de Sanidad. Promoción de la salud y prevención. Vacunas y programas de vacunación. Varicela. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/varicela.htm>
12. Ministerio de Sanidad. Promoción de la salud y prevención. Vacunas y

- programas de vacunación. Herpes zóster. Disponible en:<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/zoster.htm#:~:text=Se%20recomienda%20la%20vacunaci%C3%B3n%20en,poblaci%C3%B3n%20que%20cumple%2080%20a%C3%B1os.>)
13. Szenborn L, Kraszewska-Głomba B, Jackowska T, Duszczyk E, Majda-Stanisławska E, Marczyńska M, et al. Polish consensus guidelines on the use of acyclovir in the treatment and prevention of VZV and HSV infections. *J Infect Chemother.* 2016 Feb;22(2):65-71.
 14. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin* 2012;62(6):400-22.
 15. Thompson GR, 3rd, Patel PK, Kirkpatrick WR, Westbrook SD, Berg D, Erlandsen J, et al. Oropharyngeal candidiasis in the era of antiretroviral therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;109(4):488-95.
 16. Telles DR, Karki N, Marshall MW. Oral Fungal Infections - Diagnosis and Management. *Dent Clin N Am* 2017b;61:319-49.
 17. Laurent M, Gogly B, Tahmasebi F, Paillaud E. Les candidoses oropharyngées des personnes âgées. *GerPsychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9(1):21-8. - Telles DR, Karki N, Marshall MW. Oral Fungal Infections Laurent et al., 2011 Mat Metod;
 18. Akpan A et Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J* 2002;78:455-9.
 19. Clinical Knowledge Summaries (CKS). Candida-oral. 2017 May. Disponible en:<https://cks.nice.org/>
 20. Drug prescribing for dentistry. Dental Clinical Guidance. Third Edition, January 2016. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Disponible en:<http://www.sdcep.org.uk>.
 21. Armstrong MA et al. Salivary gland emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2013 May;31(2):481-99.
 22. Brook I. The Bacteriology of Salivary Gland Infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009;21(3):269-74.
 23. Carlson ER. Diagnosis and management of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009 Aug;21(3):293-312
 24. Francis CL, Larsen CG. Pediatric sialadenitis. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014 Oct;47(5):763-78.
 25. Yim MT, Liu YC, Ongkasuwan J. A review of acute postoperative sialadenitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017 Jan;92:50-55.
 26. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician.* 2014 Jun 1;89(11):882-8.

27. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre la asociación Amoxicilina-ácido Clavulánico. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa ref. 2006/1. (13/03/2006). Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2006/docs/NI_2006-01_amoxicilina.pdf
28. U.S Food and Drug Administration. Comunicado de la FDA sobre la seguridad de los medicamentos: La azitromicina (Zitromax o Zmax) y el riesgo de ritmo cardiaco potencialmente mortal. (12 marzo 2013). Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicado-de-la-fda-sobre-la-seguridad-de-los-medicamentos-la-azitromicina-zitromax-o-zmax-y-el#:~:text=El%2012%20de%20marzo%20del,cardiaco%20irregular%20y%20potencialmente%20fatal.>
29. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Management of acute dental problems. 2013. Guidance for healthcare professionals. Disponible en: <http://www.sdcep.org.uk>
30. Red Nacional de Vigilancia epidemiológica (RENAVE9). Protocolo de vigilancia de parotiditis. Jun 2013. Revisado 3 septiembre 2016. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/PAROTIDITIS/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Parotiditis.pdf>

Autores

Coordinadora capítulo

Rocío Fernández Urrusuno. Coordinadora Científica de la Guía Terapéutica Antimicrobiana del SNS. Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Coordinadora del Grupo de Infecciones en Atención Primaria de la SEFAP.

Autores capítulo (por orden alfabético del primer apellido)

Raúl García Estepa. Técnico del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública e I + D + i en Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

Alfonso García Palma. Coordinador del Plan Integral de salud bucodental de Andalucía y director UGC salud bucodental del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sistema Andaluz de Salud.

Maria Mercedes Martínez Granero. Médica de familia. UGC Camas. Distrito Aljarafe-Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud.

Alfredo Reinoso Santiago. Odontostomatólogo y médico de familia. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sistema Andaluz de Salud.

Almudena Rodríguez Fernández. Licenciada en Odontología. Profesora del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. Miembro de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).

Revisores externos

Irene Lafuente. Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO).

David Ribas. Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (SEOP).

Beatriz Torres. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Daniel Torres. Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB).