

Odontoiatria e Endocardite Infettiva: linee guida per la profilassi antibiotica

Un vademecum sulle linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) del 2023.

Definizione di endocardite infettiva.

L'endocardite infettiva (EI) è una **malattia** causata da un'**infiammazione** che coinvolge le **valvole cardiache native o protesiche**, l'**endocardio** murale, un **difetto settale** o un **dispositivo cardiaco impiantato**; spesso l'EI è **causata da batteri** (streptococchi orali, *S. aureus*, *E. faecalis*, ecc) in misura minore da funghi e protozoi. L'EI è piuttosto comune, con un'incidenza stimata di 13.8 casi ogni 100.000 soggetti e un'elevata mortalità, pari a 0.87 decessi ogni 100.000 abitanti.

Ruolo del dentista.

La prevenzione dell'EI coinvolge direttamente il **team odontoiatrico**: fra le porte d'ingresso più frequenti per i batteri/miceti responsabili della malattia vi sono le **infezioni orali**, cutanee e del sistema gastro-intestinale o genito-urinario, l'abuso di stupefacenti per endovena e l'esposizione a cure sanitarie invasive. In particolare, **il cavo orale ha una flora commensale rilevante**, tra cui gli streptococchi orali, e le **procedure di chirurgia orale** e odontoiatriche che comportano la **manipolazione delle gengive** o dei **tessuti periapicali** dei denti sono considerate ad **alto rischio di batteriemia**. Si noti che la presenza di *S. aureus* è documentata anche nelle protesi mobili dei pazienti che non vengono pulite e igienizzate regolarmente.

Utilità della profilassi antibiotica.

La **profilassi antibiotica**, come concetto, si basa sul presupposto che prevenendo lo sviluppo della batteriemia associata a procedure mediche si abbia un **ridotto rischio di EI**. Tuttavia, la batteriemia può essere causata anche da attività quotidiane, come l'uso dello spazzolino o del filo interdentale, dalla masticazione e, sebbene siano batteriemie di basso grado, possono verificarsi ripetutamente al punto da rappresentare un rischio di batteriemia addirittura superiore a quello associato a procedure odontoiatriche. La letteratura non è univoca nel definire il beneficio di una terapia antibiotica in tutti i soggetti a rischio di EI: revisioni sistematiche e metanalisi riportano dati contrastanti, tuttavia **è dimostrato** che la **profilassi antibiotica nei soggetti ad alto rischio** si associa ad una **riduzione significativa dell'incidenza di EI** dopo **procedure odontoiatriche invasive**, come estrazioni e altre procedure di chirurgia orale.

Pazienti ad alto rischio di EI.

I soggetti ad alto rischio di EI appartengono a 4 categorie: pazienti con pregressa EI, pazienti con protesi valvolari o con difetti valvolari riparati, pazienti con cardiopatie congenite, pazienti con dispositivi di assistenza ventricolare. I dettagli sono riassunti nella tabella sottostante.

Pazienti ad alto rischio di EI	
Pazienti con pregressa EI	Sono i più a rischio, spesso hanno protesi valvolari oppure sono tossici per endovena o hanno EI da stafilococchi
Pazienti con protesi valvolari impiantate chirurgicamente o via transcateretere o con difetti valvolari riparati con materiale protesico	Pazienti con EI su valvola protesica hanno una mortalità ospedaliera doppia rispetto a chi ha un'EI su valvola nativa e sviluppano più complicanze. Pazienti con bioprotesi mitraliche e aortiche hanno un rischio di EI più alto delle protesi meccaniche. Pazienti con dispositivi di chiusura di difetti settali o dell'auricola sinistra, graft vascolari, filtri cavali e shunt ventricolo-atriali del sistema venoso centrale sono ad alto rischio nei primi 6 mesi post-impianto.
Pazienti con cardiopatie congenite (escluse le anomalie valvolari congenite isolate)	I più a rischio hanno cardiopatie congenite cianogene non trattate o sottoposti a correzione chirurgica con materiale protesico, come condotti protesici o shunt sistemico-polmonare. I pazienti sottoposti a correzione chirurgica o transcateretere di difetti del setto interatriale o interventricolare con materiale protesico

	non correlato alla valvola sono ad altro rischio per i primi 6 mesi post-interventi.
Pazienti con dispositivi di assistenza ventricolare come terapia di destinazione	Come LVAD, ma anche RVAD o BiVAD, sono pompe meccaniche che aiutano il cuore.

Pazienti a rischio intermedio di EI.

I pazienti a rischio intermedio sono quelli con: malattia reumatica cardiaca, malattia valvolare degenerativa non reumatica, anomalie valcolari congenite (come la bicuspidie aortica), dispositivi cardiaci elettronici impiantabili (come i pacemaker) e cardiomiopatia ipertrofica. Nei pazienti a **rischio intermedio** la **profilassi antibiotica non è raccomandata** di routine, **ma può essere presa in considerazione su base individuale**, soprattutto in presenza di altre comorbidità o condizioni che debilitano il paziente.

Misure preventive.

Nei pazienti a **rischio intermedio o alto** di EI, l'ESC consiglia alcune **misure preventive**:

- Eseguire un'igiene orale domiciliare almeno due volte al giorno.
- Effettuare visite di controllo odontoiatriche e di follow-up almeno una volta l'anno.
- Curare con antibiotici i focolai di infezione batterica.
- Adottare rigide misure di controllo dell'infezione nel caso di procedure ad alto rischio.
- Evitare per quanto possibile l'utilizzo di cateteri venosi e le procedure invasive.

Procedure odontoiatriche a rischio.

La **profilassi antibiotica è raccomandata** in tutti i **pazienti ad alto rischio** che devono sottoporsi a **procedure odontoiatriche a rischio**, come:

- Estrazioni dentali
- Chirurgia parodontale
- Chirurgia implantare
- Biopsie orali
- Chirurgia orale in generale
- Procedure che coinvolgono la regione periapicale (cure endodontiche)
- Ablazione del tartaro e levigature radicolari
- Procedure invasive su impianti già esistenti

Regimi di profilassi antibiotica.

La terapia antibiotica deve essere prescritta dall'odontoiatra almeno in tutte le condizioni precedentemente descritte. Va presa in considerazione anche per i pazienti a rischio intermedio, mentre per quelli a rischio elevato è imperativa. **Le penicilline sono l'antibiotico di scelta** e antibiotici alternativi vanno considerati solo in caso di documentata o sospetta allergia del paziente; lo schema è il seguente:

- **2g di amoxicillina per os** nell'adulto (o 50mg/kg *per os* per i bambini), da assumere **30-60 minuti prima della procedura**.

OPPURE, nel soggetto allergico

- **2g cefalexina per os** nell'adulto (o 50mg/kg *per os* per i bambini), da assumere **30-60 minuti prima della procedura**.

In alternativa alla cefalexina, è possibile prescrivere macrolidi, come l'**azitromicina** o la **claritromicina**, **500mg per os** (o 15mg/kg *per os* per i bambini), **da assumere 30-60 minuti prima della procedura**. In caso di storia di **anafilassi**, angioedema od orticaria successivi all'assunzione di penicilline, **il paziente dovrebbe evitare le cefalosporine** per rischio di *cross-reactivity*, essendo anch'esse betalattamici, preferendo i macrolidi. 2025-08-29_Linee-guida-endocardite.html