



SEOENE
***Sociedad Española de Odontología y Estomatología
para pacientes con Necesidades Especiales***

**Protocolo de actuación clínica ante pacientes tratados con corticoides durante
largos períodos de tiempo**

Autores: M. Outumuro Rial¹

¹*Unidad de Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales y Grupo de Investigación en Odontología Médico-Quirúrgica (OMEQUI), Universidad de Santiago de Compostela.*

¿Cuándo es necesario prescribir una suplementación de corticoides en un paciente que va a ser sometido a tratamiento odontológico?

El fundamento teórico para plantear la suplementación de glucocorticoides antes de una sesión de tratamiento odontológico, es que la administración continuada de esteroides exógenos suprime la función adrenal al anular el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, comprometiendo la producción de cortisol en respuesta a determinadas situaciones de estrés y, en consecuencia, exponiendo al paciente a una crisis adrenal aguda con hipotensión y colapso, que puede incluso poner en peligro su vida.

En la actualidad no se dispone de una evidencia científica concluyente para avalar o refutar la prescripción de suplementación corticoidea, pero su administración puntual conlleva un riesgo muy bajo de efectos adversos, lo que unido a argumentos de carácter médico-legal, probablemente ha contribuido a perpetuar esta práctica.

La determinación del riesgo de un paciente concreto es compleja y dependerá del tiempo que haya estado recibiendo corticoides exógenos, de la dosis, de su estado de salud general y de la complejidad del procedimiento al que va a someterse.

Descripción del protocolo

En general, se considera que el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal solo puede alterarse si la dosis diaria es de al menos 10 mg de prednisolona (vía oral) o su equivalente (Tabla 1), en cuyo caso se recomienda la administración de suplementación corticoidea en determinadas circunstancias (Tabla 2).

El consumo regular de corticoides durante 30 días ya se considera un período de tiempo suficientemente largo para justificar la suplementación. Si la duración se prolonga más de 4 años aumenta sustancialmente el riesgo de una crisis adrenal aguda. Con regímenes de administración intermitentes (ej. días alternos) no se considera necesaria la suplementación.

Aunque se estima que el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal se recupera por completo a los 3 meses de interrupción de la terapia corticoidea, se ha sugerido que en los pacientes que han recibido tratamiento en los últimos 12 meses podría administrarse una dosis oral simple matutina de corticoides el día de la intervención (similar a la que recibían regularmente). Los pacientes que consumen corticosteroides por vía tópica o inhalatoria no precisan suplementación.

La mayoría de los autores no consideran necesaria la suplementación antes de un procedimiento odontológico rutinario de carácter preventivo (como tartrectomías o selladores de fisuras), restaurador (como obturaciones o endodoncias) o rehabilitador (como la toma de impresiones o el tallado de dientes pilares), aunque las sesiones no deben superar 1 hora de duración. No existe un posicionamiento unánime en relación a los procedimientos quirúrgicos, pero hasta la fecha aún prevalece la tendencia a prescribir dichos suplementos (Tabla 2).

Tabla 1. Clasificación de los glucocorticoides y dosis equivalentes

Glucocorticoides	Dosis equivalente en miligramos	Dosis diaria límite para que exista riesgo de supresión adrenal	
		Hombres	Mujeres
Acción corta			
Cortisona	50	25-30	20-30
Hidrocortisona	40	20-30	15-20
Acción intermedia			
Metilprednisolona	8	7,5-10	7,5
Prednisolona	10	7,5-10	7,5
Prednisona	10	7,5-10	7,5
Triamcinolona	8	7,5-10	7,5
Acción prolongada			
Betametasona	1,2	1-1,5	2,5-5
Dexametasona	1,6	1-1,5	1-1,5

Tabla 2. Régimen de suplementación de corticoides en pacientes que van a recibir tratamiento odontológico y toman dosis superiores a 10 mg de prednisolona (o su equivalente)

Estratificación del riesgo	Situaciones y procedimientos odontológico	Suplementación corticoidea
Riesgo leve*	Cirugía oral menor de duración inferior a 1 hora realizada con anestesia local, como: exodoncias simples, cirugía periodontal limitada a 1 o 2 dientes y toma de biopsias	Duplicar la dosis oral matutina o bien administrar 25-50 mg de hidrocortisona i.v. preoperatoria (o su equivalente). Después continuar con la dosis habitual.
Riesgo moderado	Cirugía oral importante, como: exodoncias múltiples o de dientes impactados, cirugía periodontal de 1 cuadrante y osteotomías. Procedimientos de duración superior a 1 hora. Procedimientos efectuados bajo anestesia general. Condiciones y procedimientos en los que se prevé un sangrado significativo.	Duplicar la dosis oral matutina y administrar 25-50 mg de hidrocortisona i.v. (o su equivalente) el día de la intervención y repetir a las 24 horas del postoperatorio. Después continuar con la dosis habitual.

* Aunque no existen referencias específicas en la literatura, la colocación simple de 1 o 2 implantes podría considerarse un procedimiento de "riesgo leve", siempre que no requiera de técnicas complejas de regeneración ósea, elevación de seno, cirugía preprotésica u otras.

Conclusión y perspectivas futuras

El riesgo de una crisis adrenal y los niveles de corticoides generados en el contexto de un procedimiento odontológico todavía se desconocen. En cualquier caso, la tendencia basada en la opinión de los expertos, es a obviar la suplementación antes de un tratamiento odontológico rutinario (incluyendo procedimientos de cirugía oral realizados bajo anestesia local), reservando su administración para las sesiones efectuadas bajo anestesia general, pacientes con un estado de salud general comprometido y cuando se consumen fármacos que metabolizan el cortisol o inhiben su síntesis (algunos de uso frecuente como ketoconazol, valproato sódico o bromocriptina).

Referencias bibliográficas

- Chatah EM. Oral lesions and corticosteroids (chap. 8). ADA Dental Drug Handbook: A Quick Reference 2018.
- Gibson N, Ferguson JW. Steroid cover for dental patients on long-term steroid medication: proposed clinical guidelines based upon a critical review of the literature. Br Dent J. 2004;197:681-685.
- Napeñas JJ, Kujan O, Arduino PG, Sukumar S, Galvin S, Baričević M, Costella J, Czerninski R, Peterson DE, Lockhart PB. World Workshop on Oral Medicine VI: Controversies regarding dental management of medically complex patients: assessment of current recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015;120:207-226.
- Rees TD. Endocrine and metabolic disorders (chap. 4). The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions, 2nd Edition. Edited by Lauren L. Patton and Michael Glick. 2016.
- Scully C. Endocrinology (chap. 6). Scully's Medical Problems in Dentistry, 7th Edition., 2014.
- Yong SL, Coulthard P, Wrzosek A. Supplemental perioperative steroids for surgical patients with adrenal insufficiency. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD005367.