Focos Infecciosos Subclínicos de Origen Odontogénico y Riesgo de Endocarditis Infecciosa: una Revisión Narrativa con Enfoque Interdisciplinario

Subclinical Odontogenic Infectious Foci and Risk of Infective Endocarditis: A Narrative Review with an Interdisciplinary Approach

Recibido: 06/07/2026
Aceptado: 04/09/2026

Nicolosi LN[1], Lenarduzzi AL[2], Rodríguez PA[2]

1 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Medicina Interna. Buenos Aires, Argentina.
2 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Endodoncia. Buenos Aires, Argentina.

Cita (APA)
Nicolosi, L. N., Lenarduzzi, A. L., y Rodríguez, P. A. (2026). Focos infecciosos subclínicos de origen odontogénico y riesgo de endocarditis infecciosa: una revisión narrativa con enfoque interdisciplinario. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, 41*(98), 51–57. https://doi.org/10.62172/revfouba.n98.a335

RESUMEN

El desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes ha incrementado la detección de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos de origen odontogénico que, hasta hace pocos años, pasaban inadvertidas en la práctica odontológica habitual. Este escenario plantea un nuevo desafío para el odontólogo, ya que la identificación de estas imágenes no implica, por sí sola, un mayor riesgo de endocarditis infecciosa (EI) ni constituye automáticamente una indicación de intervención odontológica. El objetivo de esta revisión narrativa fue analizar el significado clínico de los focos infecciosos subclínicos detectados mediante las técnicas de diagnóstico por imágenes actualmente disponibles y revisar los criterios que orientan la toma de decisiones en pacientes con riesgo de EI. Se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante la consulta de PubMed, Scopus y Google Scholar, incluyendo guías de práctica clínica, documentos de consenso, revisiones y estudios originales relacionados con la endocarditis infecciosa, los focos infecciosos de origen odontogénico y el diagnóstico por imágenes. La evidencia disponible muestra que la mayor sensibilidad de las técnicas de diagnóstico por imágenes permite identificar lesiones que requieren una valoración individualizada. La decisión clínica no debe basarse exclusivamente en la imagen, sino en la integración de los antecedentes médicos del paciente, la evaluación odontológica, las características clínicas e imagenológicas y la evolución de la lesión. En lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal, sin evidencia de actividad inflamatoria, el seguimiento clínico e imagenológico constituye una estrategia clínicamente justificada antes de adoptar una decisión individualizada respecto de una posible intervención odontológica. El principal desafío actual no radica en detectar un mayor número de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos, sino en interpretar correctamente su significado clínico para decidir, en forma individualizada, cuándo corresponde una intervención odontológica y cuándo el seguimiento clínico e imagenológico

constituye la conducta más apropiada. El abordaje interdisciplinario entre odontólogos, cardiólogos e infectólogos resulta fundamental para optimizar la toma de decisiones en pacientes con riesgo de EI. En este contexto, la integración del juicio clínico con la evaluación odontológica y la información aportada por las técnicas de diagnóstico por imágenes constituye, en la actualidad, el enfoque más apropiado para la valoración de estos hallazgos.

Palabras clave: endocarditis infecciosa; focos infecciosos subclínicos; tomografía computarizada de haz cónico; hallazgos incidentales; toma de decisiones clínicas; atención interdisciplinaria.

ABSTRACT

Advances in diagnostic imaging have increased the detection of imaging findings compatible with subclinical odontogenic lesions that, until recently, often remained unnoticed in routine dental practice. This scenario represents a new challenge for dentists, as the identification of these findings does not, by itself, imply an increased risk of infective endocarditis (IE) or automatically indicate the need for dental intervention. This narrative review aimed to analyze the clinical significance of subclinical odontogenic lesions detected by currently available imaging techniques and to review the criteria that guide clinical decision-making in patients at risk of IE. A narrative literature review was conducted through searches of PubMed, Scopus, and Google Scholar. Clinical practice guidelines, consensus documents, review articles, and original studies addressing infective endocarditis, subclinical odontogenic lesions, and diagnostic imaging were reviewed. The available evidence indicates that the increased sensitivity of contemporary imaging techniques enables the detection of lesions requiring individualized assessment. Clinical decision-making should not rely solely on imaging findings but should integrate the patient's medical history, dental evaluation, the clinical and imaging characteristics of the lesion, and its evolution over time. In stable lesions with residual or scar-like features and no evidence of inflammatory activity, clinical and imaging follow-up represents a clinically justified strategy before considering individualized dental intervention. The current challenge is not simply the detection of a greater number of imaging findings compatible with subclinical odontogenic lesions, but their appropriate clinical interpretation to determine when dental intervention is warranted and when clinical and imaging follow-up is the most appropriate management strategy. An interdisciplinary approach involving dentists, cardiologists, and infectious disease specialists is essential to optimize clinical decision-making in patients at risk of IE. In this context, integrating clinical judgment, dental evaluation, and information provided by diagnostic imaging represents the most appropriate approach for the assessment of these findings.

Keywords: infective endocarditis; subclinical odontogenic lesions; cone-beam computed tomography; incidental findings; clinical decision-making; interdisciplinary care.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes ha modificado la evaluación de los focos infecciosos de origen odontogénico. La incorporación de la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) y de otros métodos de alta resolución ha incrementado la detección de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos que, hasta hace pocos años, pasaban inadvertidas durante la práctica odontológica habitual. Como consecuencia, el odontólogo se enfrenta con mayor frecuencia a situaciones cuya valoración y conducta no siempre resultan evidentes. La identificación de estas imágenes plantea interrogantes acerca de su verdadero significado, especialmente en pacientes con riesgo de endocarditis infecciosa (EI). Si bien algunas lesiones requerirán tratamiento, otras podrán mantenerse estables en el tiempo y ser objeto de seguimiento clínico e imagenológico, sin necesidad de una intervención odontológica inmediata. En este contexto, la decisión no debe basarse exclusivamente en la imagen, sino en la integración de los antecedentes médicos del paciente, la evaluación odontológica y las características clínicas e imagenológicas de la lesión.

Las recomendaciones actuales promueven el mantenimiento de una adecuada salud bucal y el tratamiento de los procesos infecciosos activos en pacientes con riesgo elevado de EI. Sin embargo, no establecen criterios específicos para la valoración de muchas de las imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos detectadas mediante tomografía computarizada de haz cónico u otras técnicas de alta resolución (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021). Esta situación pone de manifiesto la necesidad de integrar la mejor evidencia disponible con una valoración integral del paciente para individualizar la conducta en cada caso.

Esta revisión narrativa ofrece una actualización clínico-odontológica sobre los focos infecciosos subclínicos detectados mediante las técnicas de diagnóstico por imágenes disponibles y su relevancia para la toma de decisiones en pacientes con riesgo de EI. Asimismo, revisa la evidencia disponible y propone criterios que contribuyan a orientar la evaluación, el seguimiento clínico e imagenológico y la indicación de una eventual intervención odontológica desde un enfoque interdisciplinario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica mediante la consulta de las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar. La búsqueda bibliográfica se orientó a identificar publicaciones relacionadas con la endocarditis infecciosa, los focos infecciosos de origen odontogénico,

el diagnóstico por imágenes y su prevención en odontología. Para la búsqueda se utilizaron términos relacionados con estas temáticas, en español e inglés y sus combinaciones.
Se incluyeron publicaciones de distinta antigüedad, seleccionadas en función de su relevancia para los objetivos de la revisión. Se priorizaron las publicaciones más recientes, sin excluir trabajos clásicos considerados de referencia por su vigencia conceptual y su aporte para la comprensión del tema. Asimismo, se incorporaron guías de práctica clínica, documentos de consenso, artículos de revisión y estudios originales. La selección de los trabajos se realizó en función de su pertinencia para los objetivos de esta revisión y de su aporte a los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos del tema.

FOCOS INFECCIOSOS SUBCLÍNICOS EN ODONTOLOGÍA: DEFINICIÓN Y RELEVANCIA CLÍNICA

En odontología, los focos infecciosos subclínicos corresponden a lesiones de origen odontogénico que pueden representar procesos infecciosos o inflamatorios persistentes sin manifestaciones clínicas evidentes (Slots, 2017). Debido a su carácter habitualmente asintomático, muchas de estas lesiones se identifican durante estudios por imágenes realizados en el contexto de la evaluación odontológica y constituyen hallazgos incidentales (Dief et al., 2019).
El creciente uso de la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) y de otras técnicas de alta resolución ha incrementado la detección de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos, ampliando la capacidad diagnóstica del odontólogo. Sin embargo, una mayor sensibilidad de las técnicas de diagnóstico por imágenes no implica necesariamente un aumento del riesgo de EI ni justifica, por sí sola, una intervención odontológica (Falconer et al., 2024).
La valoración de estos hallazgos debe realizarse en el contexto de cada paciente. Los antecedentes médicos, la evaluación odontológica, las características clínicas e imagenológicas de la lesión y el riesgo de EI deben analizarse de manera conjunta antes de decidir una eventual intervención odontológica. En determinadas situaciones, las lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal podrán ser objeto de seguimiento clínico e imagenológico para confirmar su estabilidad, mientras que aquellas con características compatibles con actividad inflamatoria requerirán una evaluación más exhaustiva para definir la conducta más apropiada.
Esta forma de abordar estos hallazgos permite evitar tanto intervenciones odontológicas innecesarias en lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal como la subestimación de lesiones que, por sus características clínicas e imagenológicas o por el contexto médico del paciente, puedan justificar una intervención odontológica.

FOCOS INFECCIOSOS SUBCLÍNICOS Y RIESGO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

La relación entre la infección de origen odontogénico y la EI ha sido ampliamente estudiada. Diversos microorganismos presentes en la cavidad oral pueden acceder transitoriamente al torrente sanguíneo durante actividades cotidianas, como el cepillado dental o la masticación, así como durante procedimientos odontológicos invasivos. En pacientes susceptibles, estos episodios de bacteriemia pueden favorecer la colonización de superficies endocárdicas que predisponen al desarrollo de EI (Han, 2015; Lockhart et al., 2008; Murdoch et al., 2009).
En los últimos años ha aumentado el interés por el posible papel de los focos infecciosos subclínicos como reservorios de microorganismos y como fuente de inflamación crónica de bajo grado. No obstante, la evidencia disponible no permite establecer una relación causal directa entre la presencia de estos focos y el desarrollo de EI. Si bien existe evidencia que respalda la asociación entre la enfermedad periodontal, la inflamación sistémica y la enfermedad cardiovascular, la demostración de una relación causal continúa siendo motivo de investigación (Falconer et al., 2024; Nicolosi et al., 2023; Seymour et al., 2007).
Las recomendaciones actuales promueven el mantenimiento de una adecuada salud bucal y el diagnóstico y tratamiento de los procesos infecciosos activos. La profilaxis antibiótica se reserva para pacientes con condiciones cardíacas asociadas con riesgo elevado de EI sometidos a procedimientos odontológicos que impliquen manipulación del tejido gingival, de la región periapical de los dientes o perforación de la mucosa oral (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021). Sin embargo, las guías actuales no desarrollan criterios específicos para la conducta frente a muchas de las imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos detectadas mediante las técnicas de diagnóstico por imágenes actualmente disponibles.
En consecuencia, la identificación de un foco infeccioso subclínico, por sí sola, no permite asumir un incremento del riesgo de EI (Falconer et al., 2024). La decisión de indicar una intervención odontológica debe basarse en una valoración integral que contemple las condiciones médicas del paciente, las características clínicas e imagenológicas de la lesión y la mejor evidencia científica disponible (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021).

INTERPRETACIÓN CLÍNICA Y TOMA DE DECISIONES

La creciente disponibilidad de técnicas de diagnóstico por imágenes de alta resolución ha incrementado la detección de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos durante la práctica odontológica habitual. Este escenario exige una interpretación clínica cuidadosa, ya que la detección de una lesión no constituye, por sí sola, un criterio suficiente para indicar una intervención odontológica.
La decisión debe basarse en la integración de

Características del hallazgo	Interpretación clínica	Conducta orientativa
Lesión estable, de aspecto residual o cicatrizal, sin cambios en controles sucesivos y sin evidencia clínica ni imagenológica de actividad inflamatoria	Interpretación clínica compatible con foco infeccioso inactivo*	Seguimiento clínico e imagenológico
Lesión asintomática con características imagenológicas compatibles con actividad inflamatoria	Sospecha de proceso inflamatorio o infeccioso activo	Evaluación odontológica y tratamiento de acuerdo con el diagnóstico clínico
Lesión asociada a signos o síntomas clínicos de infección	Proceso infeccioso activo	Tratamiento odontológico de acuerdo con el diagnóstico clínico

TABLA 1. Criterios para la interpretación clínica de hallazgos compatibles con focos infecciosos subclínicos y conducta orientativa.
*Nota: En esta revisión, la expresión foco infeccioso inactivo se utiliza como una interpretación clínica de lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal, sin evidencia clínica ni imagenológica de actividad inflamatoria. Su empleo no pretende definir una entidad anatomopatológica, microbiológica o radiológica.
Fuente: elaboración propia de los autores a partir de Albagieh et al. (2023), Delgado et al. (2023), Dief et al. (2019), Falconer et al. (2024) y Wilson et al. (2021).

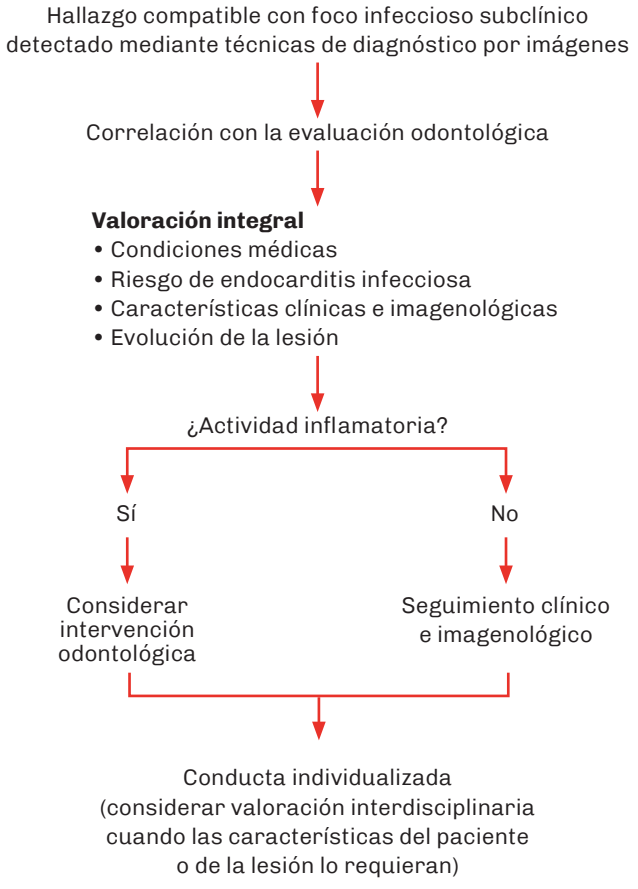


FIGURA 1. Esquema orientador para la interpretación clínica y la toma de decisiones frente a hallazgos compatibles con focos infecciosos subclínicos en pacientes con riesgo de endocarditis infecciosa.
Fuente: elaboración propia de los autores a partir de Albagieh et al. (2023), Delgado et al. (2023), Dief et al. (2019), Falconer et al. (2024) y Wilson et al. (2021).

múltiples factores, entre ellos los antecedentes médicos del paciente, el riesgo de EI, la evaluación odontológica, las características clínicas e imagenológicas de la lesión y su evolución en el tiempo. Este enfoque permite diferenciar aquellas lesiones con características compatibles con actividad inflamatoria de otras lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal, que pueden interpretarse clínicamente como focos infecciosos inactivos y ser objeto de seguimiento clínico e imagenológico.

En pacientes con lesiones estables, sin evidencia clínica o imagenológica de progresión y con adecuada correlación clínica, el seguimiento clínico e imagenológico puede representar la conducta más apropiada. Por el contrario, cuando existen elementos que sugieren actividad inflamatoria, progresión de la lesión o riesgo de diseminación infecciosa, deberá considerarse la necesidad de una intervención odontológica, en el marco de una valoración interdisciplinaria (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021).

Este enfoque procura optimizar la toma de decisiones clínicas, evitando tanto intervenciones odontológicas innecesarias como la subestimación de lesiones potencialmente relevantes. La decisión final debe individualizarse en función de las características de cada paciente y del consenso entre los profesionales involucrados en su atención. Los principales criterios para la interpretación clínica de estos hallazgos y la conducta orientativa frente a ellos se resumen en la Tabla 1. La Figura 1 resume el enfoque propuesto para la interpretación clínica y la toma de decisiones frente a hallazgos compatibles con focos infecciosos subclínicos.

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

La prevención de la EI en pacientes con riesgo elevado requiere una estrecha interacción entre odontólogos, cardiólogos e infectólogos. La identificación

Factor	Aspectos a considerar	Relevancia para la toma de decisiones
Condiciones médicas del paciente	Antecedentes cardiovasculares, comorbilidades y condición clínica general	Permiten valorar el riesgo individual del paciente y los riesgos asociados a una eventual intervención odontológica
Riesgo de endocarditis infecciosa	Presencia de condiciones cardíacas asociadas con riesgo elevado de endocarditis infecciosa según las guías actuales	Permite identificar a los pacientes de alto riesgo y orientar la toma de decisiones
Evaluación odontológica	Signos y síntomas, examen clínico y correlación con el diente o la región involucrada	Permite establecer la relevancia clínica del hallazgo y detectar signos compatibles con actividad inflamatoria o infecciosa
Características imagenológicas de la lesión	Localización, extensión, morfología y cambios en estudios sucesivos	Contribuyen a diferenciar lesiones estables de aquellas que presentan cambios evolutivos o características compatibles con actividad inflamatoria
Evolución clínica e imagenológica	Estabilidad, progresión o aparición de nuevos signos o síntomas durante el seguimiento	Aporta información evolutiva para mantener el seguimiento o modificar la conducta
Valoración interdisciplinaria	Integración de la evaluación odontológica con la condición cardiovascular y, cuando corresponda, la valoración infectológica	Facilita una decisión individualizada en situaciones de mayor complejidad o incertidumbre clínica

TABLA 2. Factores que deben integrarse en la toma de decisiones clínicas frente a hallazgos compatibles con focos infecciosos subclínicos.
Albagieh et al. (2023), Delgado et al. (2023), Dief et al. (2019), Falconer et al. (2024) y Wilson et al. (2021).
Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de Albagieh et al. (2023), Delgado et al. (2023), Dief et al. (2019), Falconer et al. (2024) y Wilson et al. (2021).

de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos constituye solo una etapa del proceso diagnóstico y debe integrarse con la evaluación odontológica, la valoración clínica y el conocimiento de la condición cardiovascular del paciente (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021). Los principales factores que deben considerarse en la toma de decisiones clínicas frente a estos hallazgos se resumen en la Tabla 2.

La comunicación entre los distintos integrantes del equipo de salud adquiere especial importancia cuando existen dudas acerca del significado clínico de una lesión o de la conveniencia de indicar una intervención odontológica. La valoración conjunta permite ponderar el riesgo de EI, el beneficio potencial de una intervención y los riesgos asociados a procedimientos innecesarios.

Las lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal, sin características compatibles con actividad inflamatoria, pueden ser objeto de seguimiento clínico e imagenológico. Esta estrategia permite confirmar su estabilidad en el tiempo y detectar oportunamente cambios que justifiquen una reevaluación y la eventual necesidad de una intervención odontológica.

El abordaje interdisciplinario no solo favorece una toma de decisiones más fundamentada, sino que también contribuye a optimizar la prevención de la endocarditis infecciosa mediante estrategias individualizadas, adaptadas a las características clínicas y al riesgo de cada paciente.

DISCUSIÓN

El empleo creciente de las técnicas de diagnóstico por imágenes de alta resolución ha ampliado la capacidad del odontólogo para detectar imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos. Como consecuencia, es cada vez más frecuente detectar lesiones que, en ausencia de estas tecnologías, probablemente hubieran pasado inadvertidas durante la evaluación clínica habitual. Este cambio plantea un nuevo desafío para la práctica odontológica: interpretar correctamente el significado clínico de estos hallazgos y definir la conducta más apropiada para cada paciente (Falconer et al., 2024).

Las recomendaciones actuales promueven el mantenimiento de una adecuada salud bucal, el diagnóstico y tratamiento de los procesos infecciosos activos y la profilaxis antibiótica en pacientes con riesgo elevado sometidos a procedimientos odontológicos que puedan producir bacteriemia significativa (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021). Sin embargo, no desarrollan criterios específicos para la interpretación clínica de muchas de las imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos detectadas mediante las técnicas de diagnóstico por imágenes.

La decisión clínica no debería basarse exclusivamente en los hallazgos imagenológicos, sino en la integración de la evaluación odontológica, las características clínicas e imagenológicas de la lesión y las condiciones médicas del paciente. Cuando una lesión presenta un aspecto residual o cicatrizal, permanece estable en

controles sucesivos y no existen signos clínicos o imagenológicos compatibles con actividad inflamatoria, el seguimiento clínico e imagenológico constituye una conducta clínicamente justificada antes de adoptar una decisión individualizada respecto de una posible intervención odontológica. Esta propuesta surge de la integración de la evidencia disponible y del juicio clínico ante la ausencia de recomendaciones específicas en las guías actuales.

Desde una perspectiva clínica, las lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal, que permanecen sin cambios en controles sucesivos y no presentan signos clínicos ni imagenológicos compatibles con actividad inflamatoria, pueden interpretarse clínicamente como focos infecciosos inactivos. En esta revisión, la expresión "foco infeccioso inactivo" se utiliza como una interpretación clínica de estas lesiones, sin evidencia clínica ni imagenológica de actividad inflamatoria. Su empleo no pretende definir una entidad anatomopatológica, microbiológica o radiológica, sino facilitar la interpretación de estos hallazgos y orientar la toma de decisiones. El seguimiento clínico e imagenológico adquiere así un papel relevante, ya que permite confirmar la estabilidad de la lesión y detectar oportunamente cambios que puedan justificar la necesidad de una intervención odontológica.

La información aportada por las técnicas de diagnóstico por imágenes debe interpretarse en el contexto clínico de cada paciente y correlacionarse con la historia clínica, el examen odontológico y las características de la lesión, evitando una interpretación aislada de los hallazgos imagenológicos (Albagieh et al., 2023).

Las recomendaciones vigentes constituyen el principal marco de referencia para la prevención de la EI (Delgado et al., 2023; Wilson et al., 2021). Sin embargo, la interpretación de determinadas lesiones detectadas mediante técnicas de diagnóstico por imágenes continúa requiriendo una valoración individualizada, basada en la evidencia científica disponible, la evaluación odontológica, las condiciones médicas del paciente y el seguimiento evolutivo de la lesión. Este enfoque contribuye a adoptar decisiones clínicas acordes con las características de cada paciente y con su riesgo de EI.

CONCLUSIONES

El desarrollo de las técnicas de diagnóstico por imágenes de alta resolución ha incrementado la detección de imágenes compatibles con focos infecciosos subclínicos durante la práctica odontológica habitual, generando nuevos desafíos para su interpretación y para la toma de decisiones en pacientes con riesgo de EI.

La detección de una imagen compatible con un foco infeccioso subclínico no constituye, por sí sola, una indicación de intervención odontológica. La decisión debe basarse en la integración de la evaluación odontológica, las características clínicas e imagenológicas de la lesión, las condiciones médicas del paciente y el riesgo de EI. En lesiones estables de aspecto residual o cicatrizal, sin evidencia de actividad inflamatoria, el seguimiento clínico e imagenológico constituye una estrategia clínicamente justificada para confirmar su estabilidad antes de adoptar una decisión individualizada respecto de una posible intervención odontológica.

El abordaje interdisciplinario entre odontólogos, cardiólogos e infectólogos resulta fundamental para optimizar la toma de decisiones. La integración de la evidencia científica disponible con la evaluación odontológica, las condiciones médicas del paciente y la información aportada por las técnicas de diagnóstico por imágenes constituye, en la actualidad, el enfoque más apropiado para la valoración de estos hallazgos.

REFERENCIAS

Albagieh, H., Aldosari, M., Alkhathlan, A., Alfawaz, N., y Almutairi, M. (2023). Radiolucent lesions that may resemble inflammatory periapical lesions: a review article. *The Saudi Dental Journal, 35*(8), 916–919. https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2023.11.003

Delgado, V., Ajmone Marsan, N., de Waha, S., Bonaros, N., Brida, M., Burri, H., Caselli, S., Doenst, T., Ederhy, S., Erba, P. A., Foldager, D., Fosbøl, E. L., Kovac, J., Mestres, C. A., Miller, O. I., Miró, J. M., Pazdernik, M., Pizzi, M. N., Quintana, E., Rasmussen, T. B., … Borger, M. A. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *European Heart Journal, 44*(39), 3948–4042. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193

Dief, S., Veitz-Keenan, A., Amintavakoli, N., y McGowan, R. (2019). A systematic review on incidental findings in cone beam computed tomography (CBCT) scans. *Dentomaxillofacial Radiology, 48*(7), 20180396. https://doi.org/10.1259/dmfr.20180396

Falconer, J. L., Rajani, R., Androshchuk, V., Yogarajah, A., Greenbury, R. A., Ismail, A., Oh, N., Nibali, L., D'Agostino, E. M., y Sousa, V. (2024). Exploring links between oral health and infective endocarditis. *Frontiers in Oral Health, 5*, 1426903. https://doi.org/10.3389/froh.2024.1426903

Han, Y. W. (2015). *Fusobacterium nucleatum*: A commensal-turned pathogen. *Current Opinion in Microbiology, 23*, 141–147. https://doi.org/10.1016/j.mib.2014.11.013

Lockhart, P. B., Brennan, M. T., Sasser, H. C., Fox, P. C., Paster, B. J., y Bahrani-Mougeot, F. K. (2008). Bacteremia associated with toothbrushing and dental extraction. *Circulation, 117*(24), 3118–3125. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.758524

Murdoch, D. R., Corey, G. R., Hoen, B., Miró, J. M., Fowler, V. G., Jr., Bayer, A. S., Karchmer, A. W., Olaison, L., Pappas, P. A., Moreillon, P., Chambers, S. T., Chu, V. H., Falcó, V., Holland, D. J., Jones, P., Klein, J. L., Raymond, N. J., Read, K. M., Tripodi, M. F., ... Cabell, C. H. (2009). Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: The International Collaboration on Endocarditis–Prospective Cohort Study. *Archives of Internal Medicine, 169*(5), 463–473. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.603

Nicolosi, L. N., Rubio, M. C., y Friedman, S. M. (2023). La inflamación como el nexo entre la enfermedad periodontal y la enfermedad cardiovascular. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, 37*(87), 67–78. https://revista.odontologia.uba.ar/index.php/rfouba/article/view/139

Seymour, G. J., Ford, P. J., Cullinan, M. P., Leishman, S., y Yamazaki, K. (2007). Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clinical Microbiology and Infection, 13*(Suppl. 4), 3–10. https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2007.01798.x

Slots, J. (2017). Periodontitis: Facts, fallacies and the future. *Periodontology 2000, 75*(1), 7–23. https://doi.org/10.1111/prd.12221

Wilson, W. R., Gewitz, M., Lockhart, P. B., Bolger, A. F., DeSimone, D. C., Kazi, D. S., Couper, D. J., Beaton, A., Kilmartin, C., Miró, J. M., Sable, C., Jackson, M. A., y Baddour, L. M. (2021). Prevention of viridans group streptococcal infective endocarditis: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 143*(20), e963–e978. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000969

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Dirección para correspondencia
Cátedra de Medicina Interna
Facultad de Odontología
Universidad de Buenos Aires
Marcelo T de Alvear 2142, Piso 13 Sector B
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1122AAH)
liliana.nicolosi@odontologia.uba.ar

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0

