

Manejo odontológico del paciente con insuficiencia renal crónica. Una revisión de la literatura

Dental management of the patient with chronic renal failure. A literature review

Presentado: 13 de junio de 2024
Aceptado: 27 de diciembre de 2024
Publicado: 21 de julio de 2025

Juan F. Mancilla Uribe,^a  Diego Fonseca Escobar,^b  Diego García Nova^c 

^a Universidad Andrés Bello, Facultad de Odontología, Cátedra de Cirugía y Traumatología Maxilofacial, Santiago de Chile, Chile

^b Universidad de los Andes, Cirugía Maxilofacial, Santiago de Chile, Chile

^c Universidad del Desarrollo, Facultad Odontología Concepción UDD, Santiago de Chile, Chile

Resumen

La insuficiencia renal crónica (IRC) se ha convertido en un problema de salud mundial, debido a su gran alza en el mundo, siendo una de las principales causas de muerte.

La prevalencia global de IRC se estima entre el 8 y el 16% promedio. La enfermedad renal provoca múltiples manifestaciones orales tanto en los tejidos duros como blandos y manifestaciones sistémicas, lo que implica un desafío para el clínico. El objetivo del presente artículo es establecer el manejo odontológico del paciente con IRC mediante una revisión narrativa de la literatura. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de PubMed y EBSCO, utilizando una combinación de palabras clave y los términos booleanos “oral surgery” AND “chronic renal failure” AND “dental management”, entre 2014 y 2024, en inglés o español.

El odontólogo debe identificar las manifestaciones orales y sistémicas de los pacientes con IRC. En el manejo odontológico, es importante el diagnóstico precoz de las patologías tanto bucomaxilofaciales como sistémicas y abordarlas de manera integral. Ante cualquier procedimiento es necesario saber el avance de la IRC, a través de pruebas de laboratorio y una constante comunicación con el médico tratante. Comprender las principales manifestaciones orales y sistémicas en pacientes con enfermedad renal crónica ayuda a brindar un cuidado oral eficiente y planificar procedimientos invasivos y no invasivos sin complicaciones.

Palabras claves: Cirugía oral, insuficiencia renal crónica, manejo dental.

Abstract

Chronic kidney failure (CKD) has become a global health problem, due to its great increase in the world, being one of the main causes of death. The global prevalence of CKD is estimated between 8-16%, varying between countries. Kidney disease causes multiple oral manifestations in both hard and soft tissues and systemic manifestations, being a challenge for the treater. The objective of this article was to establish the dental management of the patient with CKD through a narrative review.

A literature search was performed in the PubMed and EBSCO databases, using a combination of keywords and the Boolean terms “oral surgery” AND “chronic renal failure” AND “dental management”, between 2014 and 2024, in English or Spanish.

The dentist must identify the oral and systemic manifestations of patients with CKD. The management, early diagnosis of both oromaxillofacial and systemic pathologies is important, addressing them in a comprehensive manner. Before any procedure, it is necessary to know the progress of CKD, through laboratory tests and constant communication with the treating doctor. Understanding the main oral and systemic manifestations in patients with chronic kidney disease helps to provide efficient oral care and plan invasive and non-invasive procedures without complications.

Keywords: Chronic kidney failure, dental management, oral surgery.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) se ha convertido en un problema de salud en alza en el mundo. Su prevalencia se estima entre el 8 y el 16% a nivel mundial, promedio que varía entre países.¹

La IRC es una afección común tanto en países europeos como en Inglaterra, donde presenta una prevalencia estimada en adultos del 13% según la Encuesta de Salud de Inglaterra.²

En América Latina, según el *Atlas Global de Salud Renal 2021* de la Sociedad Internacional de Nefrología, la prevalencia promedio de la IRC fue del 9,9%, siendo la más alta la de Puerto Rico con un 15,3%.³ Esto se debe al aumento de la incidencia de diabetes e hipertensión.⁴

El riñón desempeña un papel fundamental en el equilibrio de los volúmenes de líquidos corporales y la composición de los compartimentos de líquidos extracelulares e intracelulares.⁵ La IRC se considera un trastorno multifactorial que se caracteriza por un deterioro progresivo de la función renal,⁶ y se define como anomalías de la estructura o de la función renal, presentes durante un mínimo de 3 meses, con implicaciones para la salud. La IRC se clasifica según la causa, la categoría de tasa de filtración glomerular (TFG) (G1 a G5) y la categoría de albuminuria (A1 a A3), abreviada como CGA.⁷

La enfermedad renal provoca múltiples manifestaciones orales tanto en los tejidos duros como blandos. El hallazgo oral más común es la palidez de la mucosa oral secundaria a anemia, que se observa comúnmente en pacientes con insuficiencia renal sometidos a hemodiálisis.⁸ Por ello, es de suma importancia que el personal médico sepa de estas particularidades ante cualquier intervención para minimizar las posibilidades de complicaciones durante y después de ella.

En el cuerpo, tenemos dos riñones, estos son dos de los órganos más importantes del ser humano. Cada uno pesa entre 150 y 200 gramos y están compuestos por dos regiones: la corteza y la médula, a la vez su unidad principal es la nefrona encargada de la funcionalidad de este órgano. La parte inicial de la nefrona, el glomérulo, es el lugar de filtración, mientras que el túbulo, que recoge el filtrado glomerular, es el lugar de reabsorción/secreción, lo que conduce a la composición de la orina final.⁹

El riñón realiza cuatro funciones esenciales:¹⁰ excreción de metabolitos, sobre todo urea; regulación del volumen sanguíneo y concentración de electrolitos; regulación de la producción de eritrocitos en la

médula ósea mediante la secreción de eritropoyetina y participación en el calcio, con la homeostasis a través de la hidroxilación de la vitamina D3.

La IRC se puede clasificar en diversas etapas según la TFG, un parámetro clave que permite evaluar la función renal y determinar la severidad de la enfermedad. En la tabla 1 se describen las categorías de insuficiencia renal crónica (IRC) basadas en la tasa de filtración glomerular (TFG).

El objetivo del presente artículo es establecer el manejo odontológico del paciente con IRC mediante una revisión narrativa de la literatura. Para ello, se realizó una búsqueda de revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed y EBSCO, utilizando una combinación de palabras clave y los términos booleanos “oral surgery” AND “chronic renal failure” AND “dental management”. En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron revisiones bibliográficas, estudios observacionales, ensayos clínicos, guías clínicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2014 y 2024, en inglés o español. Se excluyeron estudios en animales y cartas al editor. Finalmente, 25 artículos fueron utilizados para realizar esta revisión.

Tabla 1. Categoría de tasa de filtración glomerular (ml/min/1,73 m²) en enfermedad renal crónica.⁷

CATEGORÍA DE TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	DESCRIPCIÓN	TASA DE FILTRACIÓN
G1	Normal o alta	≥ 90
G2	Levemente disminuida ^a	60 - 89
G3a	Leve a moderadamente disminuida	45 - 59
G3b	Moderada a severamente disminuida	30 - 44
G4	Severamente disminuida	15 - 29
G5	Insuficiencia renal	< 15

Tasa de filtración glomerular (TFG) empleada para clasificar la función renal, que refleja la eficiencia de los riñones para filtrar y eliminar desechos y líquidos de la sangre. Cada una de estas etapas está asociada con distintos niveles de función renal.

^a Relativo al nivel de un adulto joven. En ausencia de evidencia de daño renal, ni G1, ni G2 cumplen los criterios de enfermedad renal crónica.

Desarrollo

Es fundamental que el odontólogo realice una historia clínica detallada del paciente, junto con los antecedentes familiares. Además, debe evaluar de manera general al paciente y examinar minuciosa-

mente la cavidad oral, ya que los síntomas orales se observan en el 90% de los pacientes con enfermedad renal. El odontólogo debe consignar en la ficha clínica si observa palidez de la mucosa oral, boca seca, estomatitis, mucositis, glositis.¹⁰

Si el paciente refiere diagnóstico de IRC, es importante consignar en el estadio en que se encuentra, la última visita al médico tratante y solicitar los exámenes de laboratorio y radiográficos para poder llevar a cabo algún tipo de procedimiento odontológico.

Ante pacientes con diálisis extracorpórea es esencial establecer los días en que el paciente se la realiza, ya que una práctica comúnmente aceptada es hacer el tratamiento dental el día posterior a la hemodiálisis. Se necesitan pruebas de coagulación para garantizar que se disponga de medidas hemostáticas locales.¹

Es importante la comunicación odontólogo-médico tratante/nefrólogo sobre todo ante procedimientos dentales, y la recopilación de información que incluya el grado de IRC, causas, características clínicas, factores de riesgo, terapia en curso, tratamientos médicos anteriores y presentes, excreción o metabolismo de fármacos.¹

Exámenes de laboratorio

Es importante contar con los exámenes de laboratorio antes del procedimiento para poder evaluar la función del riñón y, a la vez, valorar el estado del paciente. Siempre se recomienda realizar los exámenes de laboratorio en la fecha más cercana al procedimiento posible. Algunos de estos exámenes recomendados son hemograma completo, perfil de coagulación y niveles séricos de urea, creatinina, calcio, PTH y fosfatasa alcalina.¹¹

El marcador de filtración más común utilizado es la creatinina, el cual es subproducto del metabolismo de la creatina.¹¹

En general, los pacientes con IRC tienen desórdenes de la coagulación, por ello, es recomendable efectuar pruebas de coagulación antes de realizar cualquier procedimiento que pueda implicar algún riesgo de sangrado. En el caso de pacientes anticoagulados el *international normalized ratio* (índice normalizado internacional, INR) o la razón internacional normatizada (RIN) indican que debe ser menor a 3,5 y el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) o (KPTT) de 20" a 40" y, en el caso de que el paciente no esté anticoagulado, el tiempo de trombina (TT) debe ser del 60% al 100% o una TTPa de 10" a 13,5".¹¹

La insuficiencia renal se asocia con pérdida de sangre que provoca anemia, por la reducción de la vida útil de los glóbulos rojos y el deterioro de la eritropoyesis, principalmente debido a la deficiencia de eritropoyetina.¹²

En los pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis es frecuente observar trombocitopenia, una disminución del recuento de plaquetas, que se alteran en el ambiente urémico, lo que provoca un mayor riesgo de hemorragia, y heparinización empleada en la hemodiálisis de rutina usualmente heparina de bajo peso molecular.^{13,14}

En la *Guía de práctica clínica* de la Asociación Renal Mundial, la definición de anemia de la IRC¹⁵ sugiere que los niveles de hemoglobina (Hb) se midan de forma rutinaria para detectar anemia, al menos anualmente en pacientes con IRC G3 y al menos dos veces al año en pacientes con IRC G4-5 no en diálisis (2B).

Manifestaciones sistémicas del paciente con insuficiencia renal crónica

– Presión arterial

La regulación de la presión arterial está dada por el sistema renina-angiotensina-aldosterona, un sistema endocrino hormonal y peptidérgico esencial que regula el volumen sanguíneo y la resistencia vascular sistémica, y determina el daño a varios órganos diana como resultado de hipertensión. La IRC puede intensificar la hipertensión no controlada debido a la expansión del volumen y a la resistencia vascular sistémica elevada.¹⁶

La presión arterial aumenta debido a la sobrecarga de líquidos y la producción de hormonas vasoactivas a través del sistema renina-angiotensina, lo que aumenta el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca congestiva.¹⁷

Los antagonistas del sistema renina-angiotensina también tienen efectos renoprotectores específicos en la IRC proteinúrica no diabética independiente del control de la presión arterial, reduciendo la proteinuria y la progresión de la IRC por la duplicación de la creatinina sérica inicial o el desarrollo de enfermedad renal terminal.²

– Diabetes

La diabetes es un factor de riesgo conocido para la IRC, ya que los individuos con diabetes son más vulnerables a desarrollar complicaciones renales. Los riñones regulan los niveles de glucosa filtrando la sangre y reabsorbiendo selectivamente la glucosa según el requerimiento funcional.¹⁸

Manifestaciones orales del paciente con insuficiencia renal crónica

– Manifestaciones en los tejidos duros

La periodontitis es mucho más común en pacientes con IRC que en pacientes sanos, y ocasiona las condiciones fisiopatológicas que favorecen el desarrollo de trastornos del tejido periodontal.¹⁹

Estudios asociaron niveles elevados de IgG dirigida contra patógenos periodontales como *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* y *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y la función renal deteriorada.^{20,21}

– Manifestaciones mucocutáneas

La disminución de la eritropoyetina y la anemia resultante provocan palidez de la mucosa oral. La agregación plaquetaria se altera durante la uremia debido a la disminución de esta, causando trombocitopenia, lo que sumado al uso de heparina no fraccionada en hemodiálisis lleva a los pacientes a predisponerse a equimosis, petequias y hemorragias en la cavidad bucal.¹⁰

También se ha informado inflamación gingival en pacientes con IRC debido a la inmunosupresión del hospedero y, a la vez, la uremia, las que, asociadas con la enfermedad renal, alteran la respuesta inflamatoria a las placas bacterianas en el tejido gingival, esto combinado con una mala higiene oral y una alta acumulación de placa bacteriana.²²

La estomatitis urémica es una manifestación poco frecuente y se da sobre todo en pacientes con insuficiencia renal avanzada o IRC; se caracteriza por la presencia de lesiones con eritema en mucosa oral, recubiertas de exudados pseudomembranosos que pueden eliminarse dejando una mucosa intacta o ulcerada.⁵ Es sabido que la candidiasis es un patógeno oportunista, los pacientes con trasplantes están sometidos a amplias dosis de inmunosupresores y al uso prolongado de antibióticos; ambos factores crean un ambiente propenso a las candidiasis.⁵

– Manifestaciones en glándulas salivales

Un síntoma muy común es la xerostomía, que es la sensación de sequedad bucal, puede ser causada por la ingesta restringida de líquidos, debido a los efectos adversos de la terapia farmacológica¹⁰ y la fibrosis y atrofia del parénquima de las glándulas salivales menores en pacientes con IRC.¹

La parotiditis es poco frecuente, pero podría aparecer en la IRC por una afectación directa de las glándulas consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y la deshidratación.¹

Manejo odontológico

El manejo del paciente con IRC se considera un desafío por las complicaciones asociadas con la enfermedad renal, por ello, es de suma importancia conocer la patología y sus posibles complicaciones.

Es fundamental recopilar una historia médica precisa con especial énfasis en las enfermedades relacionadas con la IRC, los medicamentos del paciente y sus dosis, y horarios en que el paciente se los administra, los parámetros sanguíneos, y cuándo y qué tipo de diálisis se realiza. El examen oral consiste en una evaluación completa no invasiva de los tejidos dentales, periodontales y mucosos, también se pueden sumar imágenes para complementar el diagnóstico como radiografías o *cone beam*.

En general, los pacientes que están bajo un tratamiento conservador o bajo control de la enfermedad renal no requieren medidas especiales para su atención, excepto hacer hincapié para evitar fármacos nefrotóxicos (como tetraciclinas o aminoglucósidos) y controlar la presión arterial durante los procedimientos por la frecuente hipertensión.¹⁶

Con los pacientes que estén bajo tratamiento de hemodiálisis se recomienda estar en constante comunicación con su nefrólogo tratante para así abordar de manera multidisciplinaria al paciente, controlando siempre las enfermedades concomitantes que se suelen relacionar con la IRC, como la diabetes y la hipertensión. Es importante considerar el calendario de diálisis, la evaluación de las condiciones de los pacientes y el manejo de la diálisis preoperatoria con el médico tratante.²³

Los pacientes en hemodiálisis tienen una mayor tendencia a sangrar debido a la disfunción plaquetaria y la heparinización empleada en la hemodiálisis de rutina.²³ Estos pacientes están expuestos a numerosas transfusiones por lo que son de alto riesgo para contraer hepatitis tipos B y C. Por ello, es recomendable solicitar pruebas de función hepática antes de extracciones y procedimientos quirúrgicos bucales menores.¹⁰

Numerosas revisiones sistemáticas han demostrado que la disminución de la presión arterial reduce la progresión de la IRC.² En pacientes con insuficiencia renal la mepivacaína es la mejor indicación para anestésiar. Es importante usar con precaución lidocaína, carticaína y prilocaína en pacientes con trastornos hepáticos y/o renales, no llegar a dosis tóxicas por la alteración en la metabolización y en la eliminación de la solución anestésica. Frente a esas opciones, la mepivacaína se puede utilizar de forma segura en pacientes con IRC.¹

Un procedimiento invasivo, como una extracción dental, se debe realizar el día siguiente a la hemodiálisis, ya que la heparina de bajo peso molecular no estará presente debido a su vida media de 3 a 4 horas.⁵ También es fundamental contar con exámenes de laboratorio actualizados antes de realizar un procedimiento de este tipo.

– Valoración del riesgo hemorrágico

La predisposición al sangrado es característica en las enfermedades renales en etapas avanzadas, lo cual se atribuye a discrasias sanguíneas, como trombocitopenia, anemia, sumado a los anticoagulantes del tratamiento de hemodiálisis. En la tabla 2 se describe la valoración del riesgo de sangrado en intervenciones dentales basado en el Programa de eficacia clínica dental escocés.²⁴

– Necesidad de profilaxis antibiótica

La prescripción de profilaxis antibiótica en pacientes con IRC es controversial. Estudios recientes señalaron la falta de evidencia científica para prescribir antibióticos para prevenir la endocarditis infecciosa en pacientes con IRC.¹⁷

Gupta *et al.*¹⁰ aconsejan que una buena salud bucal reduce el riesgo de infección y, posteriormente, el riesgo de septicemia, endocarditis o enteritis en el sitio de acceso a la diálisis.

Andrade *et al.*¹¹ respaldan la conducta de no prescribir antibióticos profilácticos innecesariamente a estos pacientes antes de las extracciones, ya que los pacientes no tuvieron un mayor riesgo de complicaciones infecciosas después de ellas.

La mejor práctica sigue siendo la discusión con el nefrólogo del paciente para evaluar, caso por caso, la indicación de una profilaxis antibiótica.¹⁷

Tabla 2. Valoración de riesgo de sangrado en procedimientos dentales.

Bajo riesgo de sangrado	Alto riesgo de sangrado
Extracciones simples (1-3 dientes restringiendo el tamaño de la herida).	Extracciones complejas o adyacentes que causen una herida de mayor calibre.
Incisión y drenaje.	Más de 3 extracciones al mismo tiempo.
Sondaje periodontal profundo.	Colgajos.
Desbridamiento de la superficie radicular.	Biopsias.
Restauraciones directas.	Recontorneado gingival.
Restauraciones indirectas con margen supragingival.	

Fuente: Programa de eficacia clínica dental escocés (*Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme*).²⁴

– Hemostasia

La corrección de la disfunción plaquetaria es deseable en pacientes que están sangrando activamente o que están a punto de someterse a un procedimiento quirúrgico.¹⁷

En este tipo de pacientes, se ve más ocurrencia de hemorragia prolongada en cirugías menores, por lo que se recomienda realizar un manejo de la hemostasia local, como compresión con gasa estéril, utilizando hemostáticos absorbibles como gelitas o surgicel, sutura hemostática y ácido tranexámico tópico.

– Ajuste de dosis

Muchos fármacos se excretan por vía renal; por lo tanto, la función renal disminuida cambia el volumen de distribución, el metabolismo, la tasa de eliminación y la biodisponibilidad de muchos fármacos. La vida media plasmática de los agentes eliminados por la orina suele prolongarse mucho en pacientes con insuficiencia renal y reducirse eficazmente mediante diálisis.

Con frecuencia se requiere ajustar las dosis de los medicamentos en pacientes con IRC.¹⁰ Los medicamentos comunes que requieren ajuste de dosis incluyen la mayoría de los antibióticos, anticoagulantes orales, gabapentina y pregabalina, agentes hipoglucemiantes orales, insulina, agentes quimioterapéuticos y opiáceos, entre otros.²⁵

Por ello es conveniente la consulta con el médico nefrólogo.

– Dolor posoperatorio

Después de algún tratamiento odontológico o quirúrgico es recomendable evitar todo medicamento nefrotóxico, y, a la vez, recordar que al tener la función renal disminuida los medicamentos pueden prolongar su vida media. El analgésico recomendado con más frecuencia en pacientes dializados es el paracetamol.¹ Puede ser prescrito en dosis de 2 a 3 gramos por día en pacientes con IRC.

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) aún es controvertido en pacientes con IRC y debe ser evaluado por el nefrólogo cuando se espera un exceso de inflamación después de la cirugía, pero no se recomienda su prescripción.¹

Conclusión

La enfermedad renal crónica se ha transformado en un problema de salud pública a nivel global, afecta entre el 8% y el 16% de la población mundial y es una de las principales causas de muerte.

Comprender las principales manifestaciones orales y sistémicas en pacientes con IRC ayuda a brindar un cuidado oral eficiente y planificar procedimientos invasivos y no invasivos sin complicaciones.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades bucales es fundamental en este tipo de pacientes debido a que son propensos a la progresión más rápida de las patologías tanto orales como sistémicas.

Es importante tener una comunicación constante con el nefrólogo ante un procedimiento odontológico considerando el posible deterioro de las condiciones generales del paciente.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este artículo fue financiado exclusivamente por los autores.

Identificadores ORCID

JFMU  0000-0001-6221-319X

DFE  0000-0002-1672-9205

DGN  0009-0005-3431-4280

Referencias

- Yuan Q, Xiong QC, Gupta M, López-Pintor RM, Chen XL, Seriwatanachai D, Densmore M, Man Y, Gong P. Dental implant treatment for renal failure patients on dialysis: a clinical guideline. *Int J Oral Sci* 2017;9:125-32. <https://doi.org/10.1038/ijos.2017.23>
- Forbes A, Gallagher H. Chronic kidney disease in adults: assessment and management. *Clin Med (Lond)* 2020;20:128-32. <https://doi.org/10.7861/clinmed.cg.20.2>
- Correa-Rotter R, Méndez Durán A, Vallejos A, Rico-Fontalvo J, Cusumano AM, Rosa-Diez GJ, et al. Unmet needs of CKD in Latin America: a review from expert virtual working group. *Kidney Int Rep* 2023;8:954-67. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2023.02.1082>
- Pendem S, Lakshmi Narayana G, Ravi P. End stage renal disease: not a contraindication for minor oral surgery-protocol for the management of oral surgery patients with ESRD on hemodialysis. *J Maxillofac Oral Surg* 2017;16:231-7. <https://doi.org/10.1007/s12663-016-0945-z>
- Albagieh H, Alosimi A, Alduhayan A, AlAbdulkarim A, Fatani B, Alabood A. Dental management of patients with renal diseases or undergoing renal transplant. *Saudi Dent J* 2024;36:270-6. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2023.11.023>
- Sirotheau Pontes Corrêa F, Ajudarte Lopes M, Lacerda de Souza L, Dos Santos da Mata Rezende D, Santos-Silva AR, Jorge J Jr, et al. Oral and maxillofacial manifestations of chronic kidney disease—mineral and bone disorder: a multicenter retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2018;125:31-43. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.09.011>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2024; 105:117-314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- Gautam NR, Gautam NS, Rao TH, Koganti R, Agarwal R, Alamanda M. Effect of end-stage renal disease on oral health in patients undergoing renal dialysis: A cross-sectional study. *J Int Soc Prev Community Dent* 2014;4:164-9. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.142006>
- Soriano RM, Penfold D, Leslie SW. Anatomy, abdomen and pelvis: Kidneys. 2023 [citado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482385/>
- Gupta M, Gupta M, Abhishek. Oral conditions in renal disorders and treatment considerations - A review for pediatric dentist. *Saudi Dent J* 2015;27:113-9. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.11.014>
- Silva Andrade N, Caliento R, Sarmento D, Andrade Figueiredo M, Ortega KL, Gallottini M. Complications related to dental extractions in patients with chronic kidney failure undergoing hemodialysis: a pilot study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2022;133:174-81. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.08.004>
- Andrade Figueiredo M, Silva Andrade N, Blanco Carrión A, Braga Medina J, Gallottini M, Ortega KL. Bleeding during tooth extraction in patients with chronic kidney disease: A cross-sectional pilot study. *Oral Dis* 2024;30:2617-24. <https://doi.org/10.1111/odi.14709>
- Ali S, Botnariuc M, Daba LC, Ispas S, Stanigut AM, Pana C, et al. Efficiency of platelet transfusion in patients with moderate-to-severe chronic kidney disease and thrombocytopenia. *Int J Mol Sci* 2023;24:15895. <https://doi.org/10.3390/ijms242115895>
- Mikhail A, Brown C, Williams JA, Mathrani V, Shrivastava R, Evans J, et al. Renal association clinical practice guideline on anaemia of chronic kidney disease. *BMC Nephrol* 2017;18:345. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0688-1>
- Pollock C, Moon JY, Ngoc Ha LP, Gojaseni P, Ching CH, Gomez L, et al. Framework of guidelines for management of CKD in Asia. *Kidney Int Rep* 2023;9:752-90. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2023.12.010>
- Alshahrani S. Renin-angiotensin-aldosterone pathway modulators in chronic kidney disease: A comparative review. *Front Pharmacol* 2023;14:1101068. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1101068>
- Costantinides F, Castronovo G, Vettori E, Frattini C, Artero ML, Bevilacqua L, et al. Dental care for patients with end-stage renal disease and undergoing hemodialysis. *Int J Dent* 2018;2018:9610892. <https://doi.org/10.1155/2018/9610892>
- Kumar M, Dev S, Khalid MU, Siddenth SM, Noman M, John C, et al. The bidirectional link between diabetes and kidney disease: Mechanisms and management. *Cureus* 2023;15:e45615. <https://doi.org/10.7759/cureus.45615>

19. Dembowska E, Jaroń A, Gabrysz-Trybek E, Bładowska J, Trybek G. Oral mucosa status in patients with end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:835. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010835>
20. Deschamps-Lenhardt S, Martin-Cabezas R, Hannedouche T, Huck O. Association between periodontitis and chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2019;25:385-402. <https://doi.org/10.1111/odi.12834>
21. Tsai KZ, Liu PY, Wu TJ, Fan CH, Cheng WC, Huang RY, et al. Localized periodontitis and kidney function for the risk of proteinuria in young adults in the CHIEF oral health study. *Sci Rep* 2022;12:19006. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23843-0>
22. Fregoneze AP, de Oliveira Lira Ortega A, Brancher JA, Vargas ET, Braga IK, Gemelli S, et al. Clinical evaluation of dental treatment needs in chronic renal insufficiency patients. *Spec Care Dentist* 2015;35:63-7. <https://doi.org/10.1111/scd.12094>
23. Mochizuki Y, Harada H, Yokokawa M, Kinoshita N, Kubota K, Okado T, et al. Oral and maxillofacial surgery in patients undergoing dialysis for advanced renal disease: report of five cases. *BMC Oral Health* 2018;18:166. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0634-z>
24. Woolcombe S, Ball R, Patel J. Managing direct oral anti-coagulants in accordance with the Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme guidance for patients undergoing dentoalveolar surgery. *Br Dent J* 2022; 232:547-54. <https://doi.org/10.1038/s41415-022-3999-y>
25. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. *JAMA* 2019;322:1294-304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>

Cómo citar este artículo

Mancilla Uribe JF, Fonseca Escobar D, García Nova D. Manejo odontológico del paciente con insuficiencia renal crónica. Una revisión de la literatura. *Rev Asoc Odontol Argent* 2025;113:e1130852. <https://doi.org/10.52979/raoa.1130852.1278>

Contacto:

JUAN F. MANCILLA URIBE
juanfelipemancilla@gmail.com