ODONTÓLOGO moderno®
Suplemento de Prescripción Médica

SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA

• Año 12 • No. 145 • Agosto de 2016

Salud dental, Medicina y Humanismo para el odontólogo moderno

Indexado a: http://imbiomed.com.mx http://latindex.unam.mx

Contenido

► **PATOLOGÍA BUCAL**
Sinusitis maxilar y odontología..... 2

► **NOVEDADES ODONTOLÓGICAS**
- ¿Qué es el hilo dental?
- ¿Cómo se fabrican los cepillos dentales?
- ¿Quién inventó el cepillo de dientes?
- Cepillado tras ingerir vino
- Gel regenerador de tejido dental podría reemplazar las obturaciones en los dientes.....6

► **ODONTOPEDIATRÍA**
Ulectomía con electrobisturí en un paciente pediátrico 8

► **PATOLOGÍA MAXILOFACIAL**
Hipersalivación: causas, síntomas y tratamiento.....10

► **MEDICINA BUCAL**
¿Qué es la sepsis bucal?.....12

► **HUMANISMO Y CULTURA**
Historia de la Odontopediatría (1a. parte) 16

Diversas teorías de la caries dental

POR EL C.D. C.M.F. JOEL OMAR REYES VELÁZQUEZ

Una definición básica y no muy compleja afirma que la caries dental es la destrucción del esmalte dental, capa exterior dura que cubre las coronas de los dientes. Puede ser un problema para niños, adolescentes y adultos. La placa, película pegajosa de bacterias, se forma constantemente en los dientes; cuando se ingieren alimentos que contienen azúcares, las bacterias producen ácidos que atacan el esmalte dental. Su pegajosidad mantiene estos ácidos en contacto con los dientes y con el tiempo se puede romper. Lo anterior, cuando se llegan a formar cavidades grandes o pequeñas.

Las caries son más comunes entre los niños, pero también en adultos. La recesión de las encías de los dientes, en combinación con una mayor incidencia puede exponer las raíces de los dientes a la placa. Éstas se encuentran cubiertas con cemento, tejido más blando que el esmalte; son susceptibles a la caries y más sensibles al tacto, frío y calor.

Antiguas teorías de la caries dental

Gusanos. Según la leyenda asiria del siglo VII a.C., el dolor de muelas lo ocasionaba el gusano que bebía la sangre del diente y se alimentaba con las raíces de los maxilares. Esta fue una creencia universal en dicha época. Guy de Chauliac, el mejor cirujano de la edad media, proponía que una buena manera de curarlas era mediante fumigaciones con semillas de puerro, cebolla e *hyoscyamus*.

Humores. Los antiguos griegos consideraban que la constitución física y mental de una persona se determinaba por medio de las propor-

► pasa a la pág. 1

ODONTÓLOGO moderno®
Salud dental, Medicina y Humanismo para el odontólogo moderno
(Suplemento de Prescripción Médica)

DIRECTOR, Marcelo Peruggia Canova. COORDINADORA CORPORATIVA, Mayte Vega Fernández Vega. COORDINADORA EDITORIAL, Ma. Cristina Mendoza Mejía. DIRECTOR MÉDICO Y EDITOR, C.D. C.M.F. Joel Omar Reyes Velázquez. ASESORÍA MÉDICA, Dr. Antonio Arista Viveros, Dr. Javier Rovalo, Dr. Manuel Suárez del Real. PRODUCCIÓN, Claudio Peruggia, Tomás López Santiago. DISEÑO GRÁFICO, Juan Mario Hernández Flores. CORRECCIÓN, Marxa de la Rosa, Cinthya Mendoza R. SRIA. DE DIRECCIÓN, Caridad Ortiz. COMERCIALIZACIÓN, Ann Karene del Pino del Río.

www.percano.mx

ODONTOLOGO MODERNO, Salud dental, Medicina y Humanismo para el odontólogo moderno (Suplemento de Prescripción Médica), es una publicación mensual impresa el 29 de julio de 2016, producida y comercializada por Grupo Percano de Editoras Asociadas, S.A. de C.V. Rafael Alducin Nol 20, Col. Del Valle, C.P. 03100 México, D.F. Teléfono: 55-75-96-41, fax 55-75-54-11. Editor: Claudio Humberto Peruggia Canova. ODONTÓLOGO MODERNO se reserva todos los derechos, incluso los de traducción, conforme a la Unión Intrnacional del Derecho de Autor. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de los editores. La reproducción o uso del contenido literario gráfico sin previa autorización por escrito, quedan prohibidos conforme a la ley. Autorizada por la Dirección General de Correos con permiso en trámite, características en trámite. Licitud de contenido: 10782. Licitud de título: 13209. Reserva de derechos al uso Exclusivo: 04-2004-080611391400-102. Impreso en México por Compañía Impresora El Universal, Allende 176, Col. Guerrero, Tel. 51-17-01-90. Distribuido por SEPOMEX, Tacuba 1 Col. Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 0600 México, D.F. y MAC Comunicación e Imagen, S.A. de C.V., Rafael Alducin No. 20, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F. Correspondencia y suscripción, dirigirse a ODONTÓLOGO MODERNO. Miembro de la Cámara Nacional de l Industria Editorial con registro No. 2797. tiraje de esta edición: 6,200 ejemplares, circulación certificada por *PKF México Williams y Cía, S.C.*

GRO0013

Firac*

Sólo quita el dolor

Rápido y efectivo alivio del dolor(1,2)

IM: 5 minutos

Oral: 15 minutos

Respeta el proceso de coagulación(3)

Buena tolerabilidad gástrica(3)

GROSSMAN*

►► viene de la portada

Diversas teorías de la caries dental

ciones relativas de los cuatro fluidos elementales del cuerpo: sangre, flema, bilis negra y amarilla. Todas las enfermedades, la caries dental incluida, podían explicarse si existía un desequilibrio de éstos.

Teoría Vital. La caries se originaba en el diente mismo, en forma análoga a la gangrena de los huesos esta creencia se propuso en el siglo XVIII y se mantuvo hasta el siglo XIX.

Teoría acidogénica. Propuesta por W. Miller en 1882.

En 1897, L. Williams plantea la hipótesis acerca de las acumulaciones de bacterias en la superficie del diente.

En 1898, G. V. Black menciona el papel de una placa gelatinosa microbiana sobre los dientes.

Para 1960, P. Keyes habla sobre una enfermedad multifactorial, en la que intervienen microorganismos cariogénicos, hospedero susceptible y un sustrato adecuado.

R. J. Fitzgerald y P. Keyes, establecen que se trata de un padecimiento infeccioso de naturaleza multifactorial.

Teoría Endógena. De Csernei sostiene que la caries es resultado de un trastorno bioquímico que comienza en la pulpa y se manifiesta clínicamente en el esmalte y dentina. Según el autor se altera el metabolismo del flúor, así como del magnesio de los dientes.

Teoría del Glucógeno. O. De Egyedi relaciona la caries con el consumo en exceso de hidratos de carbono durante el desarrollo del diente, lo que resulta en un depósito excesivo de glucógeno y glicoproteínas, estas dos sustancias quedan inmovilizadas en las apatitas del esmalte y la dentina durante la maduración de la matriz. Con esto aumenta la susceptibilidad del ataque bacteriano en los dientes. Los ácidos del tártaro convierten al glucógeno y glicoproteínas en glucosa y glucosamina. Las caries comienzan cuando las bacterias del sarro invaden los tramos orgánicos del esmalte, degradan la glucosa y la glucosamina convirtiéndolas en ácidos desmineralizantes.

Teoría Organotrópica. Establecida por Leimgruber y sostiene que la caries no es la destrucción local de los tejidos dentales sino un complejo de tejidos duros y blandos así como la saliva. Según esta conjetura los tejidos duros actúan como membrana. La dirección del intercambio entre ambas sustancias depende de las sustancias bioquímicas. La saliva es el factor de equilibrio biodinámico, en el cual el mineral, la matriz del esmalte y dentina están unidos.

Con todas estas hipótesis se llega a la definición más aceptada actualmente; se trata de una enfermedad infecciosa, multifactorial, universal, que determina la desmineralización, disolución y degradación de las matrices desmineralizadas de los tejidos dentarios.

Teorías más aceptadas

1. De la proteólisis. Gottlieb y colaboradores afirmaron que el proceso carioso se inicia por la actividad de la placa dentobacteriana cuyos microorganismos son proteolíticos, es decir, causan lisis o desintegración de las proteínas. De acuerdo con esta teoría la caries comienza en las laminillas del esmalte o vainas de prismas sin calcificar que carecen de cutícula protectora en la superficie. Después se extiende a lo largo de esos defectos estructurales conforme las enzimas liberadas por los microorganismos destruyen las proteínas. Con el tiempo, se presenta la invasión bacteriana acidógena que desintegra la porción mineral. Schatz y colaboradores la ampliaron al agregar la quelación para explicar la que sucede en el diente. Su causa se atribuye a dos reacciones simultáneas: a) la destrucción microbiana de los componentes orgánicos del esmalte y b) la pérdida de apatita por disolución. Los productos de descomposición de la materia orgánica del esmalte son quelantes. La quelación es un fenómeno químico por el cual una molécula puede captar el calcio de otra; la que capta el calcio se denomina quilato; tanto péptidos, polifosfatos, hidratos de carbono de los alimentos y la saliva pueden actuar como tal.

2. Acidogénica. Actualmente es la teoría que más se acerca a explicar la etiología de la caries dental. Fue propuesta por Miller en 1980, quien determinó que en dicho proceso intervenía un microorganismo oral capaz de producir ácidos y proteína digestiva. A partir de exámenes microscópicos de varios miles de cortes Miller llegó a la conclusión de que la caries del esmalte es producida por un grupo de organismos predominantemente filamentosos. La destrucción del cuerpo del esmalte y la dentina fue primariamente una desmineralización, lo cual llegó a confirmar mediante un análisis clínico de dentina con caries. Alguna cantidad de ácido fue el único agente lógico de la desmineralización, y el único origen concebible de dicho ácido en la boca fue la fermentación microbiana de los carbohidratos de la dieta.

3. Proteólisis-quelación. Considera que es una destrucción bacteriana de los dientes en la que el primer ataque se dirige principalmente a los componentes orgánicos del esmalte. Los productos de descomposición de esta materia orgánica tienen propiedades quelantes y, por lo tanto, disuelven los minerales del esmalte dental.

Existen otras teorías que tratan de explicar este tema:

Sacarosa y quelación. Propone que las concentraciones muy elevadas de sacarosa forman Ca-sacaratos e intermediarios complejos de Ca que requieren que el fosfato inorgánico sea removido del esmalte por las enzimas fosforilantes.

Autoinmunidad. Sugiere que la caries se desarrolla dentro del diente ya que los odontoblastos son lesionados por un proceso autoinmunitario, de modo que la capacidad de defensa de la dentina y el esmalte se encuentra comprometida y así se origina la caries como enfermedad degenerativa.

Recordemos que estas son teorías que tratan de explicar cómo se genera la caries dental, primera enfermedad del humano en el mundo.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

Sinusitis maxilar y odontología

POR EL C.D. C.M.F. JOEL OMAR REYES VELÁZQUEZ

Inflamación de la mucosa pituitaria o membrana de Schenider que tapiza el seno maxilar. Éste puede estar infectado por una doble vía: la nasal y la dental, debido a que es una cavidad grande que se encuentra precisamente entre los alvéolos dentarios de premolares, así como molares superiores y la cavidad nasal. Si alguna colección purulenta se forma a inmediaciones del antro, penetra esta cavidad y se mantiene permanentemente, se le llama empiema del seno maxilar o piosinus. Debemos recordar que los senos maxilares son dos cavidades, una izquierda y otra derecha, que se encuentran en ambos lados de la nariz y por arriba de las raíces de los dientes posterosuperiores. Forman parte de los senos paranasales: esfenoidales, frontales, etmoidales y obviamente los maxilares.

Funciones de los senos paranasales

- Dan resonancia a la voz
- Disminuyen el peso del cráneo
- Calientan y limpian el aire inspirado

Características del seno maxilar

El seno maxilar o antro de Higmore está presente aún antes del nacimiento y su imagen radiológica neumatizada no se obtiene hasta los seis años; alcanza su tamaño definitivo a los 15 años. Sus límites anatómicos son los siguientes:

- Por dentro: la fosa nasal
- Por arriba: el piso de la órbita
- Abajo: los procesos alveolares de los dientes posterosuperiores
- Delante: la fosa canina
- Fuera: la apófisis piramidal maxilar
- Detrás: la región infratemporal

Etiología

Las causas que dan origen a una sinusitis maxilar pueden dividirse en generales y locales.

Causas generales. Entre éstas podemos enumerar por su frecuencia la difteria, escarlatina, gripe y sífilis.

Causas locales. Pueden ser de origen dental, nasal y traumáticas.

De origen dental. Son las más frecuentes por las estrechas relaciones anatómicas de los dientes posterosuperiores con el seno; en particular los molares y el segundo premolar, con menos frecuencia el primer premolar y el canino. La gran mayoría de los autores opina que la caries es el principal agente de dichas inflamaciones por propagación ascendente. La evolución viciosa del tercer molar superior puede tener como consecuencia la hinchazón de la mucosa que tapiza el seno.

De origen nasal. Pueden ser sífilis nasal, rinitis aguda simple, pólipos de las fosas nasales que se transmiten por continuidad de la mucosa pituitaria, inflamaciones de los senos frontales y de las células etmoidales que al verter su contenido infectan la mucosa pituitaria.

Traumáticas. Ocasionadas por heridas y contusiones con instrumentos sépticos; la extracción muy laboriosa de un molar puede producir lesiones del seno. Otra causa de sinusitis maxilar es la viciosa conformación anatómica en virtud de la cual el infundíbulum, por el cual vierte su secreción el seno frontal, en lugar de abrirse en la nariz lo hace en la cima del antro y de esta manera lo infecta.

Clasificación y sintomatología

Sinusitis aguda. Generalmente es de origen nasal y ofrece dos variedades, según sea el ostium permeable o impermeable. En el primer caso y en el principio de la afección sólo se tiene una sensación de molestia y sequedad; luego se presenta una cefalea intensa y dolor en el hueso maxilar afectado y en los molares del lado enfermo; cuando hay artritis alvéolo-dentaria también existe sensación de presión y la voz se altera como cuando se está enfermo de catarro; la temperatura oscila entre 38 y 39 grados, se presentan escalofríos. El dolor es producido por la compresión de los filetes nerviosos, a través de la mucosa que se halla congestionada e inflamada. En el segundo caso, cuando la inflamación de la mucosa cierra el orificio natural, el pus sin salida se colecta en el seno, hace presión sobre las paredes y las distiende en los puntos de menor resistencia; existe elevación del hueso malar, proyección de los molares, depresión de la bóveda palatina, compresión de la órbita y levantamiento del piso de modo que el ojo se proyecta más allá de su cuenca ósea.

La emisión del pus por la nariz, en la sinusitis, determina una variedad de ozena conocida como ozena del seno maxilar. Se distingue fácilmente la ozena sintomática, de una sinusitis, de la ozena idiopática, por un signo muy sencillo y característico; en la primera la mucosa pituitaria está sana, el enfermo percibe la fetidez del pus (cacosmia subjetiva) y se queja de ella espontáneamente; en la idiopática pasa lo contrario, como la mucosa se encuentra alterada por la enfermedad y privada de sus funciones olfativas, la persona no se da cuenta de la fetidez que esparce en torno suyo. Además los dos olores, ambos insoportables, son distintos y quien los ha percibido una vez no los confunde jamás.

Sinusitis crónica. Fue ignorada por los autores durante mucho tiempo, y es la más frecuente. Los fenómenos generales son de orden secundario y con frecuencia no existen. Fuera de las modificaciones locales, lo que más se observa son fenómenos de intoxicación, como perturbaciones gastrointestinales, inapetencia, palidez, enflaquecimiento y debilidad general; algunas veces hay somnolencia y una marcada incapacidad para el trabajo intelectual debido a la deglución del pus escapado durante el sueño. De los síntomas locales los más importantes

"Ser necio de nacimiento es una enfermedad incurable."
Antoine De Saint-Exupéry

CENTRO MEDICO ABC
Excelencia en Medicina

Kardias A.C.

Centro de Cirugía Cardíaca Pediátrica ABC-Kardias

Único hospital privado en México con una unidad exclusiva para cirugías cardíacas pediátricas.

Con el respaldo de Texas Children's Hospital®

www.abchospital.com
www.kardias.org
info@kardias.com.mx

Institución de Asistencia Privada

Orgullosamente somos una Institución de Asistencia Privada, regida por un Patronato, por lo que, desde nuestra fundación en 1886, reinvertimos los excedentes financieros en programas de Asistencia para personas económicamente vulnerables y en nuestros Centros de Investigación y Enseñanza.

Organization Accredited by Joint Commission International

Responsable Sanitario: título UAM, Ced. Prof. No. 917281. Autorización No. 153300201A0736.

son: neuralgias supra e infraorbitarias de intensidad variable, cacosmia y mal gusto persistente en la boca, flujo nasal unilateral e intermitente que aumenta al inclinar la cabeza hacia abajo, al sonarse con fuerza o al estornudar. La sinusitis crónica, tiene una evolución de varios años, puede quedar indefinidamente estacionaria y ocasionar complicaciones como la propagación a los senos frontales y a las células etmoidales. Esta infección también puede invadir la órbita, ya sea por necrosis del piso o por la vía venosa. Dicha complicación es muy frecuente, además de ser considerada la más grave, y da lugar al flemón de la órbita, poniendo en peligro la conservación del ojo. Puede también producir una fístula en la mejilla por la osteitis de la pared anterior, pero esto es muy raro y casi excepcional.

Diagnóstico

Cuando se realiza puede confundirse con empiema; un error diagnóstico traerá graves consecuencias que dificultarán establecer el tratamiento adecuado. El diagnóstico puede ser positivo y etiológico. Para el diagnóstico positivo, contamos con signos de presunción, probabilidades y certeza.

Signos de presunción. Son comunes a varias enfermedades:

- Rinorrea unilateral
- Intermitencia en el derrame
- Dolor suborbitario
- Cacosmia subjetiva
- Caries de los molares superiores
- Presencia del pus en el meato medio

Signos de Probabilidad. Entre ellos encontramos el signo de Frockel, que consiste en practicar la rinoscopia anterior para comprobar la presencia del pus en el dorso del cornete inferior; una vez que se asegura su existencia se limpia con un estilete envuelto en un algodón o cotonete; después se hace inclinar la cabeza durante algunos minutos, y si se presentara nuevamente el pus sobre el cornete inferior existen probabilidades de que provenga del seno maxilar, porque estando la cabeza inclinada, el orificio del seno se encontrará en un declive mayor que el de los senos frontales y el de las células etmoidales.

Transluminación del seno. Debe hacerse en una habitación oscura; se le introduce al enfermo una lamparita eléctrica de 10 a 12 voltios en la cavidad bucal, se la hace cerrar perfectamente los labios y en seguida se pasa una corriente eléctrica, ésta debe ser de poca intensidad y corta duración para evitar que la lamparita se caliente demasiado. Si el seno está sano se presenta claro y transparente, con una mancha oscura en forma de media luna en la región infraorbitaria; si se encuentra lleno de pus y de la inflamación de los tejidos se encontrará en un estado patológico. Otro es el signo de Voltoni, el cual no da resultado cuando las paredes son muy gruesas. También se han señalado como signos de menor importancia los siguientes: cuando está sano se iluminan las pupilas (Signo de Davison).

Signos de Certeza. Se emplean el de Moritz-Selmnilh, mismo que consiste en efectuar una punción exploradora con cateterismo y lavado explorador. La punción exploradora es un método ideado por Moritz-Selmnilh y se considera como el signo de certeza para el diagnóstico de la sinusitis maxilar. Debe hacerse seguida de un lavado con una aguja curva resistente y jeringa de Pravaz. La punción debe efectuarse al nivel del meato inferior para no exponerse a herir alguna región peligrosa y porque su situación favorece la salida del pus. El método empleado actualmente se diferencia del anterior en que la aguja curva ha sido reemplazada por el trócar de Krause adaptado a una jeringa. La opinión de algunos autores es que se han obtenido mejores resultados, ya que sirve tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Cateterismo. Empleado con frecuencia y se practica con un estilete por el alvéolo del primero o segundo molar superior.

Lavado explorador. Consiste en inyectar en el interior del seno un líquido antiséptico; después se hace una inspiración o se deja que éste salga por los orificios naturales; luego se examina y

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA. VANTAL* BUCOFARINGEO. Bencidamina. Solución. Antiinflamatorio, Analgésico, Antiséptico y Anestésico Bucofaríngeo. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 ml contienen: Clorhidrato de bencidamina, 0.15 g. Vehículo cbp, 100 mL **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Vantal* Bucofaríngeo es una solución con rápida acción antiinflamatoria, analgésica, antiséptica y anestésica, indicada para aliviar las molestias de boca y faringe. Odontología: queilitis, estomatitis, gingivitis, parodontitis, pericoronitis, mucositis e inflamación de la mucosa bucal posterior a cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia y exodoncia. Otorrinolaringología: faringitis, amigdalitis, laringitis, epiglotitis, glositis, abscesos, leucoplaquia e infecciones que cursen con inflamación bucal como candidiasis. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a la bencidamina. **PRECAUCIONES GENERALES:** El producto está indicado en gargarismos, enjuague bucal o en nebulizaciones. Evítese su ingestión. El uso del producto en niños menores de 7 años debe ser supervisado por un adulto. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No existen restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** En personas susceptibles puede presentarse adormecimiento pasajero de la boca. En caso de ingestión accidental no se han reportado eventos secundarios adversos. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** No se han descrito. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Vantal* Bucofaríngeo no ha demostrado ser teratogénico, mutagénico ni carcinogénico en el humano. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** La vía de administración es bucal, ya sea enjuague, gargarismos o mediante nebulizaciones. La presentación en frasco de solución se utiliza de la siguiente manera: 3 cucharaditas (15 ml) puro o disuelto en agua, para gargarismos o enjuague bucal permitiendo que el líquido circule por toda la cavidad oral. Enjuague bucal: Para la inflamación de boca y encías, enjuague la boca durante 30 segundos aproximadamente y escupa. Repetir 3 ó 4 veces al día según sea necesario hasta que desaparezcan las molestias. Gargarismos: Para el alivio de las molestias de garganta, hacer gárgaras durante 30 segundos aproximadamente y escupa. Repetir 3 ó 4 veces al día según sea necesario hasta que desaparezcan las molestias. La presentación en frasco de solución con válvula dosificadora se utiliza aplicado 4 nebulizaciones en el sitio de la molestia, 4 veces al día. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se ha informado respecto a la presencia de casos de sobredosificación con este producto. **PRESENTACIÓN**: Frasco con 200, 360 y 960 ml de solución para enjuague bucal o gargarismos. Frasco con válvula dosificadora con 30 ml de solución, para nebulizaciones. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. IPPR Reg. No. 140M88 SSA. Laboratorios Grossman, S.A. Calz. De Tlalpan No. 2021, Col. Parque San Andrés, C.P. 04040, Deleg. Coyoacán, D.F. México. *Marca Registrada.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA. VANTAL® Bencidamina. Pasta. Pasta dental con cuádruple acción para un rápido alivio. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 g de pasta contiene: Clorhidrato de bencidamina, 500 mg. Excipiente cbp, 100 g. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Vantal® Pasta Dental está indicada en procesos inflamatorios de las encías, tales como gingivitis, parodontitis, pericoronitis e inflamación por cirugía dental, prótesis dentales mal adaptadas, ortodoncia y exodoncia. Por su acción antiséptica sobre hongos y bacterias ayuda en la eliminación de la placa dentobacteriana. Previene y trata la mucositis orofaríngea inducida por quimioterapia y radiación. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al principio activo o a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES GENERALES:** El producto está indicado en cepillado dental. Evítese su ingestión. En caso de ingestión accidental, no se han reportado efectos colaterales. El producto contiene agentes abrasivos en su fórmula como Fosfato Dicálcico Dihidratado y Bicarbonato de sodio. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No existen restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Con el uso tópico de Vantal® Pasta Dental. Algunas personas pueden presentar sensación de adormecimiento transitorio de la cavidad bucal, por algunos minutos después de su aplicación. Se ha reportado que pueden presentar reacciones de hipersensibilidad, así como, urticaria, fotosensibilidad y muy rara vez broncoespasmo. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** No se han descrito. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD**: Vantal® Pasta Dental no ha mostrado ser teratogénica, mutagénica ni carcinogénica en el humano. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Tópica. Se utiliza en la higiene y cepillado dental, 3 veces al día, después de cada comida. En el tratamiento de la mucositis dependerá de la inflamación de la mucosa bucal y el criterio del odontólogo. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se ha informado respecto a la presencia de casos de sobredosificación con este producto. **PRESENTACIÓN:** Vantal® Pasta Dental se presenta en caja con tubo con 60 gramos de pasta. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para el médico y/o odontólogos. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx. Laboratorios Grossman, S.A. Calz. De Tlalpan No. 2021, Col. Parque San Andrés, C.P. 04040, Deleg. Coyoacán, D.F. México. Reg. No. 101M94 SSA

GROSSMAN*

"La intimidad de los morales es la más libertina"
Poncela

se observa si viene o no cargado de pus. Si el seno está sano saldrá solamente una secreción mucosa.

Diagnóstico diferencial

Es muy difícil de hacer ya que muchas enfermedades son similares a la sinusitis maxilar, pero deberá realizarse con falso empiema del seno, presencia de cuerpos extraños, fístulas de origen dental y lesiones sifilíticas.

Pronóstico

Cuando la sinusitis se trata a tiempo la curación se obtiene aunque el caso sea difícil, pero si se abandona pueden producirse complicaciones y habrá que buscar como remedio eficaz la resección del seno maxilar, que en muchos casos puede tener un desenlace fatal. Esto obviamente en la actualidad ya no sucede.

Tratamiento

Se ha dividido en dos:

a) Médico. Comprende el uso de medicamentos de tipo antibiótico con analgésicos y antiinflamatorios. Dentro de los antibióticos pueden utilizarse amoxicilina+ácido clavulánico, cefalosporinas, moxifloxacino, clindamicina, metronidazol.

b) Quirúrgico. Extracción dental (en caso de que un molar tenga una infección y su raíz se encuentre dentro del seno). Endodoncia en aquellos casos en que la infección dental de un molar sea originada por un problema pulpar; y cirugía periapical cuando los dientes molares o premolares superiores tienen raíces tan cercanas al piso del seno con sendos problemas infecciosos, primero se realiza el tratamiento de conductos y concomitantemente una apicectomía.

Muy frecuentemente el abordaje quirúrgico del seno maxilar lo realiza el otorrinolaringólogo o el cirujano maxilofacial a través de un abordaje intrabucal que implica levantar una ventana ósea en la parte vestibular del maxilar superior por arriba de las raíces de premolares y molares superiores. En muchas ocasiones se requiere lavar el seno, aspirarlo y dejar una cánula o sonda para que el drenaje del mismo vierta hacia la cavidad bucal.

Obviamente se deben utilizar antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios de preferencia por vía oral. En caso de que exista alergia a los antibióticos puede utilizarse clindamicina, eritromicina e inclusive metronidazol.

Es conveniente explicarle al paciente que en el posoperatorio inmediato habrá dolor e inflamación para que no se alarme; pueden inclusive recetarse geles para enfriar la zona intervenida.

Si el dolor fuera severo se puede prescribir ketorolaco tabletas de 30 mg por vía sublingual.

Es necesario recomendarle al enfermo que al dormir no se apoye del lado intervenido y en caso de ser ese su lado favorito tendrá que hacerlo sentado para evitar que se traumatice exageradamente la zona y el edema sea más severo.

Si el paciente presenta edema e inflamación severas está indicado administrar un antiinflamatorio esteroideo, tipo dexametazona intravenosa, 8 mg por vía intramuscular profunda y repetirlo cada tercer día por dos sesiones más.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

Firac*
Clonixinato de lisina

Firac*. Clonixinato de lisina. Clonixinato de lisina. Tabletas e Inyectable. Analgésico no narcótico
FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:
Cada tableta contiene:

Clonixinato de lisina	125mg	250mg
Excipiente c.b.p.	1 tableta	1 tableta

Cada ampolleta contiene:

Clonixinato de lisina	100mg	200mg
Vehículo c.b.p. 2ml	4ml	

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:
Firac* está indicado como analgésico en pacientes que cursan con dolor, agudo o crónico. Particularmente en dolor postquirúrgico. Firac* es útil por su efecto analgésico y porque no modifica el sistema de coagulación.
• Cirugía: dolor en intervenciones ginecológicas, ortopédicas, urológicas y de cirugía general.
• Oncología: dolor asociado a neoplasias.
• Traumatología, Ortopedia y Reumatología: dolor por traumatismos en general, luxaciones, esguinces, fracturas, mialgias, lumbalgias, miositis, osteoartritis, poliartritis y periartritis.
• Ginecología y Urología: dismenorrea, mastalgia, anexitis, dolor postparto y postepisiotomía: uretritis, cistitis, prostatitis y urolitiasis.
• Odontología: odontalgias y periodontitis.
• Proctología: dolor por hemorroides, fisuras, fístulas y en cirugía proctológica.
• Medicina General: afecciones de tejidos blandos, cefalea, otalgias, sinusitis y herpes zoster.
CONTRAINDICACIONES:
Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, úlcera péptica activa, hemorragia gastrointestinal.
PRECAUCIONES GENERALES:
En pacientes con antecedentes de úlcera péptica, debe administrarse con precaución. Los estudios de seguridad a nivel del tracto gastrointestinal muestran que Firac* carece de efectos lesivos sobre la mucosa y que no induce sangrado.
RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:
A pesar de no haberse comprobado experimentalmente efectos sobre la gestación, no existen experiencias clínicas sobre la seguridad del producto en mujeres embarazadas, por lo que se aconseja no administrarlo durante el embarazo y la lactancia, a menos que el médico considere que el potencial benéfico supera los posibles riesgos.
REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:
Ocasionalmente náusea, mareo y somnolencia, de carácter leve y transitorio.
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:
Ya que Firac* no altera la coagulación, no existe interacción con medicamentos anticoagulantes y no se requieren ajustes de la dosis.
PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGENÉSIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:
Firac* posee una DL50 por vía oral de 739mg/kg en ratas y 594mg/kg en ratones, que resulta en un alto índice de seguridad (DL50/DE50) de 25.95. No ha demostrado ser teratogénico, mutagénico ni carcinogénico, tampoco ha demostrado efectos nocivos sobre la fertilidad.
DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:
Una tableta de 125mg o 250mg por vía oral, cada 6 a 8 horas. Una ampolleta de 100mg o 200mg por vía intramuscular o intravenosa cada 6 a 8 horas.
El bajo poder acumulativo de Firac* permite una amplia flexibilidad posológica, pudiendo elevar esas dosis dependiendo de la intensidad del dolor y del criterio médico.
MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:
No se ha informado respecto a la presencia de casos de sobredosis con este producto.
PRESENTACIONES:
Firac* Tabletas: Caja con 10 tabletas de 125mg cada una.
Caja con 10 tabletas de 250mg cada una. Firac* Ampolletas: Caja con 5 ampolletas de 100mg cada una. Caja con 5 ampolletas de 200mg cada una.
LEYENDAS DE PROTECCIÓN:
No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. 053300104243 70 (24/Nov/05). Reg. No. 436M94 SSA. Reg. No. 416M94 SSA. Laboratorios Grossman, S.A. Calz. de Tlalpan 2021, 04040, México, D.F. * Marca Registrada. No. Aviso 093300203A1094

GROSSMAN*

¿QUÉ ES EL hilo dental?

El hilo o seda dental es un elemento fundamental para la correcta limpieza, cuidado y mantenimiento de la salud y el bienestar de nuestros dientes, encías y boca en general. Debido a su importancia y a las múltiples ventajas que nos brinda su frecuente uso no debería faltar en ningún hogar. Se trata de un filamento continuo, confeccionado generalmente de nylon, plástico, teflón o polietileno, que suele ser impregnado de ciertas sustancias que potencializan sus efectos benéficos, como por ejemplo: cera, flúor, antimicrobianos, saborizantes, etc. El hilo dental sirve principalmente para limpiar las zonas a las que no podemos acceder con el cepillado dental. Sucede que el grosor de las cerdas de dichos cepillos o escobillas dentales tiene una magnitud mayor al espacio que existe entre diente y diente y a su vez, dicho grosor supera también al espacio que hay entre cada diente y la encía que lo recubre; así que por más minuciosos que seamos cuando realizamos el cepillado es imposible que logremos acceder a dichas zonas donde también se desarrollan continuamente microorganismos y donde se quedan los restos de los alimentos que consumimos. Es decir, la higiene bucal realizada solamente con cepillo dental es insuficiente e imperfecta, pues logra acceder solamente a una porción (60 %) de lo que deberíamos higienizar, y si pretendemos lograr una limpieza total y cuidado de nuestra boca, accediendo al 40 % de espacio restante, es imprescindible su empleo.
http://www.odontomarketing.com/hilodental001.html

¿CÓMO SE FABRICAN LOS cepillos dentales?

Cuando vamos a un supermercado, distribuidor o botica y compramos un cepillo dental, probablemente no nos preguntemos cómo es confeccionado o fabricado este aditamento tan importante para el cuidado oral. Sin duda es interesante verificar cómo se elaboran, pues detrás de dicha pieza de uso cotidiano, existe una interesante ingeniería y un original proceso productivo.

Si analizamos el cepillo dental como un elemento productivo debemos señalar que estamos frente a un producto simple y esencial. Como es de uso común se puede decir que se trata de un elemento prácticamente universal, que es fabricado en serie para luego comercializarlo empleando una cadena de intermediarios hasta que llega a nuestras manos.

Las fábricas inician su proceso productivo, básicamente a partir de las siguientes materias primas:

- Nylon, para las cerdas
- Plástico - resinas plásticas (acetato celulosa, polipropileno, resina de estireno butadieno acrilonitrilo y resina de estireno acrilonitrilo), para el mango
- Plástico, cartón y tinta, para el empaque

A pesar de que el proceso de producción de cepillos dentales puede variar entre los diferentes fabricantes, explicaremos los pasos básicos que se realizan comúnmente en una fábrica de cepillos dentales. Se inicia el proceso productivo a partir de bobinas (carretes) de nylon trenzado, que son cortadas a la longitud requerida. Actualmente, como la mayoría de cepillos de dientes combinan varios tipos, colores y tamaños de cerdas en la misma cabeza activa del cepillo, se suelen utilizar diferentes carretes de nylon. En paralelo, una aspiradora lleva las bolitas de plástico hacia una máquina automática que mezcla las resinas plásticas y las calienta, hasta conseguir una masa de plástico. Ésta luego es transformada en los cepillos dentales, para lo que se moldea en una máquina de moldeado por inyección. Para ello, la planta de producción cuenta con diferentes moldes confeccionados de acero inoxidable, según los modelos y tamaños de cepillos dentales a confeccionar. Por lo general, son placas múltiples, por lo que se fabrican varios mangos por vez, decenas de miles por día. Dichos mangos son confeccionados con orificios en la sección de la cabeza, en donde se insertarán posteriormente las cerdas. Además, se suele repetir el proceso sobre el cepillo recién confeccionado, para insertarle las sustancias plásticas que conforman la empuñadura, que facilita la toma del cepillo y permite que éste sea antideslizante cuando lo tomamos con la mano para lavarnos los dientes. A continuación, el resultante del proceso anterior pasa por una máquina de estampado, para agregarles el logotipo del nombre y de la marca del cepillo dental. Posteriormente, las cerdas previamente cortadas, calibradas y seleccionadas son insertadas en los orificios de la cabeza de los cepillos ya moldeados y estampados. Para dicho fin, se requiere de una máquina de insertado automático. Se colocan una veintena de fibras de nylon en cada orificio, lo que totaliza más de mil cerdas por cepillo que son ancladas utilizando presión y un alambre interior que asegura su correcta retención. Luego, se realiza el moldeado y del recorte de las cerdas, para lograr el acabado perfecto. Según el propósito del cepillo, se igualan todas las cerdas a la misma altura, o se deja diferencias de altura entre ellas. El recorte se realiza empleando una máquina recortadora que presenta cuchillas organizadas según el acabado que se desee. Posteriormente, el extremo libre de las cerdas es lijado y pulido, utilizando discos con material abrasivo. Para concluir, se realiza el control de calidad seleccionando aleatoriamente algunos cepillos y sometiéndolos con otra máquina, a fuerzas de tracción que comprueban que las cerdas estén debidamente insertadas. Antes de salir al mercado, los cepillos confeccionados son empacados en estuches de plástico o cartón, utilizando otra máquina robótica. De dicha manera, se confeccionan los cepillos dentales. Tenga presente que una planta mediana de producción de cepillos de dientes puede producir un promedio de 200,000 cepillos dentales por mes. Cabe destacar que estamos frente a un proceso completamente automatizado, en el cual la mano humana raramente toca un cepillo dental. Por ello, no debemos preocuparnos por la higie-

ne de los mismos y podemos utilizarlos con total confianza y tranquilidad.

Debemos recordar que los cepillos dentales deben ser cambiados por lo menos cada 4 meses o cuando las cerdas se encuentren dobladas hacia abajo, puesto que de seguirlos usando se ocasionaría daño quizás irreversible al tejido gingival. Aunque en el mercado existen de diferentes formas y grosores, los más utilizados son aquellos que tienen cerdas planas y suaves y cuya función será, además de limpiar los dientes, proporcionar masaje a las encías para que éstas conserven su salud, coloración y nivel de inserción.

http://www.odontomarketing.com/cepillodental.html

¿QUIÉN INVENTÓ
el cepillo de dientes?

Los historiadores concuerdan que fue patentado un 26 de junio de 1498 por el emperador de China conocido como Emperador Hongzhi, quien nació el 30 de julio de 1470 y murió el 8 de junio de 1505, siendo el noveno emperador de la dinastía Ming, esto a pesar de que la invención del cepillo se supone es mucho más antigua. Ejerció su reinado entre 1487 y 1505, época conocida como "La edad de Plata Hongzhi". Su nombre al nacer era Zhu Youcheng, fue hijo del emperador Chenghua. Reconocido por su sabiduría, por la defensa de la paz, fue el único emperador monógamo de China debido al significado de su nombre: "Gran gobernante". Además, fue el inventor del cepillo de dientes moderno y su gran aporte al mundo de la salud bucal. El cepillo de dientes patentado por Hongzhi es sumamente parecido al que utilizamos en la actualidad y fue confeccionado con pelos de jabalí insertados en mangos de hueso o bambú. Dicho aditamento fue llevado a Inglaterra en 1780 por William Addis y de ahí se expandió por toda Europa.

http://www.odontomarketing.com/cepillodental-nacimiento.html

CEPILLADO TRAS
ingerir vino

Un reciente estudio alemán demuestra el daño que provoca el vino en el esmalte, y propone esperar unas horas para limpiar los dientes.

Esperar un tiempo antes del cepillado dental le da al esmalte un margen razonable para que se recupere de la erosión y el ataque ácido que ocasiona la ingesta de vino. Y el blanco, es más agresivo que el tinto porque su acción es más prolongada en el tiempo. Investigadores de la Universidad Johannes Gutenberg de Mainz, en Alemania, han llegado a esta tajante conclusión en un reciente estudio publicado en la revista científica *Nutrition Research.*

El estudio se llevó a cabo entre 25 voluntarios con edades comprendidas entre los 40 y 65 años, a quienes se les tomó muestra del esmalte dental licuándolo en vino por 24 horas. Al día siguiente, los expertos evaluaron las concentraciones de calcio en distintos estratos del esmalte y constataron una significativa pérdida de calcio.

Así pues, la directora de la investigación, Brita Willershausen, ha hecho pública la conclusión de que el cepillado dental con uso de hilo incluido, tan necesario en la mayoría de los casos para una correcta higiene bucal tras las comidas, en el caso de la ingesta de vino no está aconsejado. Al menos, no de manera inmediata, sino varias horas después. "La acidez del vino daña el esmalte, el cual necesita un tiempo para recuperarse y no deteriorarse aún más al ser arrastrado con el cepillado. Además, hemos podido demostrar que el vino blanco tiene una elevación de acidez más pronunciada que el tinto".

Aparte de esperar un tiempo prudencial para cepillarse los dientes, existe un "truco" que ha demostrado su eficacia científicamente: acompañar la ingesta de vino con la de queso, puesto que el calcio que éste contiene, combinado con la saliva, neutraliza en gran medida los efectos devastadores del vino.

http://www.infomed.es/portal/noticias/cepillado-tras-ingerir-vino

GEL REGENERADOR DE TEJIDO DENTAL
podría reemplazar las obturaciones en los dientes

¿Podría este nuevo gel ser el más grande hito de la odontología desde la introducción del flúor?

Un nuevo gel pronto podría eliminar las dolorosas obturaciones dentales en sitios donde previamente había caries.

Esta tecnología no previene las caries; sana el diente mediante su regeneración.

Aunque estas son buenas noticias para el diente, la investigación puede ser aplicada también para sanar hueso y otros tejidos del cuerpo.

Este gel contiene un péptido conocido como MSH, u hormona estimulante de melanocito (*melanocyte-stimulating hormone*). Experimentos realizados con anterioridad, reportados en "Proceedings of the National Academy of Sciences" mostró que la MSH promueve la formación de hueso.

En las pruebas realizadas en el Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale de Francia, se aplicó ya sea un *film* o un gel que contenía la MSH a dientes repletos de cavidades en ratones. Cerca de un mes más tarde las cavidades habían desaparecido.

Los científicos que condujeron el experimento dicen que este método de tratamiento es efectivo para un número relativamente bajo de casos. La mayoría de las cavidades van a requerir los procedimientos convencionales de obturación.

Obviamente se trata de un estudio experimental que podría resolver numerosos problemas a los dentistas, en el tratamiento de la caries dental.

Sin embargo, falta investigar respecto a cómo deben realizarse las cavidades para alojarlo y si ocasiona o no un daño al tejido pulpar.

http://www.seeker.com/tooth-regeneration-gel-could-replace-painful-fillings-1765071229.html#news.discovery.com

Ulectomía con electrobisturí en un paciente pediátrico

POR EL C.D. C.M.F. JOEL OMAR REYES VELÁZQUEZ

Se trata de un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción quirúrgica de la mucosa gingival que cubre dientes que no pueden erupcionar. Su objetivo es liberar o abrir un camino para que el órgano dentario pueda ocupar su posición en el arco dental correspondiente y así cumplir con su función, fonética y estética dentro del sistema estomatognático. Se trata de realizar quirúrgicamente un ojal o ventana quirúrgica sobre los tejidos que cubre el borde incisal de la cara oclusal de aquellos dientes que han sufrido retraso en su erupción. Es muy sencillo realizarlo y puede hacerse de varias formas.

Desarrollo y erupción dentaria

Generalmente los seres humanos tienen sus ciclos de erupción dental perfectamente definidos, aunque en algunos casos puede existir un retraso en ella. Conforme se van formando las estructuras dentarias, se van acercando al reborde alveolar para romper la encía y hacer erupción.

El término retraso en la erupción dental se utiliza en los casos en que dicha erupción o emergencia del órgano dentario no se produce o no se ha iniciado y normalmente se deben a barreras en el mismo hueso o a otras causas, como algunas enfermedades sistémicas.

Trastornos asociados con el retraso dental

- ***Hematomas de erupción:*** se trata de un tejido púrpura azulado que en ocasiones se desarrolla unas semanas antes de la erupción decidua o permanente.
- ***Secuestros de la erupción:*** se observa en niños al momento de hacer erupción el primer molar permanente.
- ***Erupción ectópica:*** la longitud de arco insuficiente, la pérdida excesiva de los órganos dentarios o una variedad de factores locales pueden influir en un diente para que erupcione o trate de erupcionar en una posición anómala.

Factores sistémicos

- ***Síndromes y enfermedades:*** disostosis cleidocraneal y craneofacial, osteogénesis imperfecta, sífilis congénita, etc.
- ***Genéticas:*** síndrome de Down o mongolismo.
- ***Carenciales:*** falta de vitamina A, raquitismo.
- ***Endocrinológicos:*** hipohipofisismo, hipotiroidismo, suprarrenales, etc.

La fibrosis gingival

Se desarrolla debido a la formación de nuevos paquetes fibrosos que refuerzan la densa estructura del tejido conectivo adyacente al epitelio gingival que cubre la corona del diente.

Al erupcionar el órgano dentario pierde fuerza eruptiva, al ser obstaculizado por una barrera de tejido mucoso que se encuentra sobre la superficie oclusal o incisal y que aparentemente, dicho órgano no es capaz de romperlo o perforarlo. Esta patología es ocasionada por la fricción superficial de los alimentos con la mucosa desdentada. Esto también sucede cuando el diente temporal se ha perdido de forma prematura.

Indicaciones

- Retraso en la erupción dental sin causa aparente
- Fibrosis gingival
- Dientes parcialmente erupcionados o con erupción lenta
- Después de la cirugía de un diente supernumerario
- En casos de quistes de erupción, cuando el procedimiento de ulotomía o incisión del capuchón mucoso no fuera suficiente

Para realizarla se utiliza un bisturí o un electrobisturí.

Electrocirugía

Consiste en la aplicación de la energía térmica generada eléctricamente a un tejido vivo para alterarlo o destruirlo con fines terapéuticos. Hace que se incremente la temperatura celular, coagula y extirpa tejidos con un menor sangrado. No existirá una necrosis por coagulación ya que se da la deshidratación de las células individuales, por lo tanto la reparación de los tejidos está libre de contracción cicatrizal. La desventaja de la electrocirugía es que causa un incremento en la necrosis del tejido. Además cuando termina la electrocoagulación del nervio se cree que se da una lesión postoperatoria dolorosa.

Técnica

- Efectuar antisepsia de la cavidad bucal con gluconato de clorhexidina.
- Se anestesia bloqueando la zona correspondiente.
- Realizar con mucho cuidado una fenestración para facilitar el proceso de apertura por oclusal retirando la encía engrosada.
- Remover cuidadosamente la mucosa gingival que cubre el diente retenido, evitando dañar los dientes adyacentes. Se sigue el margen gingival de las coronas de dichos dientes adyacentes. Dejar por completo descubierta la corona y permitir que en unos días dicho diente llegue a oclusión.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

ODONTÓLOGO moderno®

Pone a disposición de los médicos el
SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA
Donde usted puede pedir información completa acerca de los productos anunciados en esta revista

Llame sin costo: del D. F. y Área metropolitana **55 75 56 62**
del interior de la república **01 800 71 54 728** o por internet **sisaut@percano.com.mx**

153300201B2982

Aumenta tu concentración y rendimiento diariamente.

Hipersalivación: causas, síntomas y tratamiento

POR EL C.D. C.M.F. JOEL OMAR REYES VELÁZQUEZ

Enfermedad caracterizada por la emisión involuntaria y pasiva de saliva por la boca, ya sea por producción excesiva o debido a la incapacidad de retención o deglución, generando en el individuo afectado babeo constante y no controlado. También recibe los nombres de sialorrea o ptialismo. Se le considera un fenómeno normal hasta los 18 meses o dos años de edad, y cuando persiste más allá de estos límites, tiene como norma subyacente una trastorno neuromuscular con afección de la musculatura orofacial y palatolingual, condicionando el déficit de retención y deglución, respectivamente.

De acuerdo con sus características clínicas, se divide en dos tipos:

a) Anterior: es aquella que se correlaciona con la definición inicial e implica un impacto negativo en el aspecto e higiene de la persona, con repercusión en su vida de relación, condicionando además frecuentemente una dermatitis perioral crónica.

b) Posterior: corresponde a la filtración de secreciones salivares hacia el árbol respiratorio (por las mencionadas dificultades en la deglución inherentes a la patología de base), asociándose con complicaciones de mayor gravedad, principalmente pulmonía de aspiración, con posible evolución hacia la cronicidad por fenómenos de neumonitis recurrente. Existen autores que sugieren definir a esta enfermedad como una exacerbación del reflejo esófago-salivar.

Cabe mencionar que la saliva es producida de manera continua por tres glándulas salivales conocidas como mayores (parótida, submandibular y sublingual), distribuidas de manera bilateral; así como por una gran cantidad de glándulas salivales menores, localizadas en toda la mucosa de la cavidad bucal, excepto en el tercio anterior del paladar duro.

¿Porqué se produce?

Resulta a partir de una estimulación parasimpática excesiva. Suele considerarse como un signo que orienta hacia una enfermedad del tracto gastrointestinal superior. Es frecuente en niños, al erupcionar los primeros dientes así como en las embarazadas.

¿Qué problemas digestivos se asocian?

- ***En la boca:*** pulpitis, amigdalitis, estomatitis
- ***En el esófago:*** presencia de cuerpos extraños, cáncer, espasmos
- ***En el estómago:*** úlcera duodenal, hernia hiatal
- ***En el intestino:*** helmintiasis
- ***En el hígado:*** litiasis, hepatitis vírica

Etiología

Sus causas pueden ser muy variadas, generalmente puede deberse a:

- Medicamentos (especialmente aquellos que contienen histamina o yoduros y a fármacos anticolinesterásicos)
- Alteraciones en los dientes o cambios de los mismos (prótesis dentales, falta de piezas, etcétera)
- Tabaquismo
- Enfermedades orofaríngeas (aftas bucales, estomatitis, entre otras)
- Estrés
- Padecimientos degenerativos neurológicos (Parkinson, parálisis bulbar)
- Intoxicaciones por mercurio, plomo o yodo, así como la uremia
- Ciertos síndromes, tales como el de Down
- Alimentación rica en lácteos, verduras y bebidas frías
- En los niños es común al comenzar a erupcionar los dientes deciduos. El reflejo salival es acompañado y estimulado por la aparición de la dentadura, teniendo como resultado una hipersecreción salival. Igualmente, ésta se produce con las náuseas, presumiblemente debido a los reflejos originados en estómago e intestinos. Los núcleos salivales son excitados tanto por estímulos gustativos como por impulsos táctiles de la lengua y otras partes de la boca.
- Ingestión de ciertos alimentos, particularmente los ácidos o picantes, esto debido a impulsos que llegan a los núcleos salivales de los centros superiores del cerebro, principalmente cuando se huelen o comen alimentos favoritos.
- Causas neurológicas (neuralgias faciales, auras epilépticas, enfermedad de Parkinson, parálisis del V, X, XI, y XII pares craneales)
- Tumores cerebrales
- Causas endocrinas como el hipertiroidismo y el pseudohiperparatiroidismo
- Causas psíquicas (ansiedad)
- Otros motivos como la enfermedad de Riley-Day, que se caracteriza por transpiración excesiva, sialorrea, erupciones cutáneas y labilidad emocional.

Manifestaciones asociadas

Éstas dependen de la intensidad y duración de la hipersecreción salival, entre las que se pueden mencionar se encuentran:

- Descamación de los labios, queilitis angular y dermatitis a nivel del mentón
- Ocasionalmente fatiga muscular al esforzarse para deglutir el exceso de saliva
- Dificultad en la fonación
- Alteraciones en el sentido del gusto
- Repercusiones patológicas atribuidas a la pérdida de líquidos, electrolitos y proteínas
- Rechazo social

Diagnóstico

Ante una persona con hipersalivación, un criterio muy importante para diagnosticarlo es comprobar si esto es debido a una sobreproducción

de saliva o si se trata de una dificultad para deglutirla por un desorden neurológico.

Una prueba obligada a realizar es una sialometría, aunque es difícil determinar la cantidad del babeo no deberá ser un obstáculo para efectuarla.

Dentro de las pruebas sialométricas existentes se encuentra el test del terrón de azúcar, la cual consiste en medir el tiempo que permanece íntegro el terrón de azúcar colocado en el dorso de la lengua (éste se encuentra por debajo de los tres minutos). La media de la secreción de la glándula parótida estimulada puede estar muy elevada por encima de 3 ml/min. El estudio se complementará con una electrogustometría que permite conocer los cambios en el sentido del gusto. El pH salival generalmente se vuelve alcalino. Se deberá averiguar y descartar que existan problemas psicógenos que ocasionen o estén asociados con la salivación.

Tratamiento

El objetivo primordial es reducir la salivación excesiva, identificando a los agentes causales. Algunas sialorreas son transitorias y no requieren tratamiento. Varias veces está relacionada con el uso de ciertos fármacos y desparece cuando éstos dejan de ingerirse.

En otras ocasiones el objetivo será minimizar la sintomatología, por lo que se recomienda administrar fármacos atropínicos, antiespasmódicos o neuropsicotrópicos con fuerte acción anticolinérgica. En adultos se recomienda prescribir atropina a dosis de 0,4 mg cada 4 a 6 horas y en los niños 0,01 mg/kg no excediendo de 0,4 mg/día. Este medicamento está contraindicado en pacientes con glaucoma, cardiopatías, alergia al fármaco, hipertrofia prostática o enfermedad obstructiva gastrointestinal. Puede utilizarse también la metantelina, así como la propantelina. Igualmente los parches de escopolamina, así como la toxina botulínica.

La rehabilitación oral y algunas técnicas quirúrgicas son otras opciones terapéuticas.

Cabe resaltar que es importante descartar cualquier otra patología sistémica o de tipo genético ya que existen padecimientos que por sí mismos causan la hipersalivación o babeo.

Se debe revisar la dieta y limitar al máximo la ingesta de alimentos que promuevan el exceso de salivación. Esto debe consultarse preferentemente con una persona experta en nutrición.

Si se trata de un niño en sus primeros años de vida, que babea o presenta exceso de salivación a causa de la erupción de los dientes, es necesario visitar al dentista y entender que este fonómeno es de tipo fisiológico, que una vez que los dientes hayan hecho erupción el fenómeno se revierte.

A nivel social puede ser conveniente y necesario tratar de convencer al paciente que lo que presenta tiene un origen y que puede tener tratamiento. Si por el contrario la hipersalivación le ha ocasionado severos problemas psicológicos, rechazo en su grupo social, así como burlas de amigos y familiares entonces se tomará la determinación de remitir al paciente con un psicólogo para que a través de la aplicación de diversas pruebas de la personalidad y conductuales puedan resolver el problema.

Si ninguna de las estrategias anteriormente señaladas funciona, entonces podrán utilizarse medicamentos para disminuir en una gran medida la secreción de la saliva.

Nunca debemos olvidar que la saliva misma tiene una función múltiple: de defensa, intervenir en el metabolismo de los alimentos a través de sus enzimas, matar algunas bacterias de la cavidad bucal, humedecer los tejidos blandos de la misma, humectar los alimentos y ayudar a formar el bolo alimenticio.

En ningún momento se pensará extirpar quirúrgicamente las glándulas salivales, ni las mayores ni las menores, ya que su rol es la producción de saliva y si se encuentra desajustada será necesario realizar abundantes estudios diagnósticos, mediciones del flujo salival y su pH, etcétera.

Este problema requiere tratamiento multidisciplinario: cirujano maxilofacial, pediatra, endocrinólogo e internista.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA

ODONTÓLOGO moderno®
Suplemento de Prescripción Médica

Pone a disposición de los médicos el

SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA

Donde usted puede pedir información completa acerca de los productos anunciados en esta revista

Llame sin costo:

del D.F. y Área Metropolitana
55 75 56 62

del interior de la república
01 800 71 54 728

o por internet
sisaut@percano.mx

Por favor tenga a mano los siguientes datos:
Número de su cédula profesional y el número de código de los productos de su interés que aparece en cada anuncio.

¿Qué es la sepsis bucal?

POR EL C.D. C.M.F. JOEL OMAR REYES VELÁZQUEZ

La sepsis o septicemia es una palabra que proviene del griego *septos*: podredumbre, y se refiere a la respuesta sistémica de un organismo huésped ante el embate de una infección con una finalidad puramente defensiva. Se conoce así al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y es provocado por una infección por lo general grave.

Infecciones odontógenas

Son aquellas que tienen como origen las estructuras que forman el diente y su periodonto, mismas que afectarán al hueso maxilar que se encuentra en las inmediaciones del área apical. En su evolución natural perfora el hueso cortical y el periostio de los maxilares buscando drenaje espontáneo a la cavidad bucal en una zona proxima al diente responsable; esta infección puede también propagarse a zonas vecinas de dichos huesos llegando a alcanzar espacios cervicales y mediastínicos.

Etiología

Los granulomas, quistes periapicales y residuales, la enfermedad periodontal, así como los estados de pericoronitis son lesiones que pueden originar un foco primario en la cavidad bucal y producir manifestaciones metafocales, debido a que constituyen infecciones que se diseminan a través del torrente sanguíneo, y por reacciones de carácter reflejo procedentes de la gran riqueza de conexiones vegetativas que presenta en nervio trigémino. Por lo general, las enfermedades periodontales y los procesos periapicales son los más frecuentes. Existen diversos tipos:

1. Infección metastásica o bacteriemia: los microorganismos ingresan al torrente circulatorio, no son eliminados y se diseminan.

2. Daño metastásico: por las endotoxinas, así como por lipopolisacáridos liberados y letales para las células.

3. Inflamación metastásica: por las reacciones antígeno-anticuerpo y la liberación de mediadores químicos.

El padecimiento periodontal supone un depósito de microorganismos anaerobios gram negativos que liberan enzimas, endotoxinas y estimulan la producción de citoquinas derivadas del hospedero, por lo tanto, favorecen la producción de prostaglandinas E2 (PGE2) y del factor de necrosis tumoral alfa.

Otro posible mecanismo consistiría en que se inhibe la aclaración normal de microorganismos entéricos por neutrófilos, debido a una disminución en la expresión del receptor endotelial E-selectina por parte de las células endoteliales.

Por otra parte, los procedimientos clínicos tales como: extracciones dentales, tratamientos periodontales y endodónticos pueden causar una bacteriemia transitoria, la cual en pocos minutos es eliminada por el sistema retículoendotelial del hospedero; en pacientes que padecen de afecciones valvulares cardiacas o vasculares, ésta puede resultar muy problemática por su potencial para desarrollar endocarditis infecciosa, infarto del miocardio o infarto cerebral.

La bacteriemia ocurre con mayor frecuencia de 1 a 5 minutos después de haber realizado una extracción dental y permanece aproximadamente otros 15 minutos después de culminado el acto quirúrgico. Entre otros procedimientos odontológicos que pueden generarla figuran: cirugía periodontal (gingivectomía, osteoplastía, alisado radicular, levantamiento de colgajo) de 36 a 88 %; procedimientos de higiene bucal por parte del odontólogo (tartrectomía mediante ultrasonido y profilaxis bucal) hasta 4 %; procedimientos de higiene bucal por parte del paciente (cepillado dental, uso del hilo dental y estimulación de las encías) hasta 51 % y formas rutinarias como masticar goma o morder alimentos de cierta consistencia.

En los casos de necrosis pulpar y lesiones periapicales se demostró la existencia de gérmenes y otros antígenos potenciales.

La relación entre infección odontógena y uveítis también existe. Igualmente se han reportado referencias a otras enfermedades oculares como la conjuntivitis bacteriana, que es muy frecuente y además autolimitante. Los microorganismos que con mayor periodicidad han sido aislados de estos procesos infecciosos incluyen: *Staphylococcus epidermidis, Haemophilus spp y Streptococcus spp*. En 1992, Dahien y colaboradores notificaron un caso de conjuntivitis bacteriana crónica, el la que el microorganismo aislado fue *prevotella intermedia*, patógeno periodontal por excelencia y aislado en los diferentes tipos de periodontitis, así como en algunos casos de procesos periapicales.

Mecanismos de diseminación de la infección bucal

Existen mecanismos muy importantes que han sido propuestos y aceptados a lo largo de los años (Rams y Slots, 1992), revisaremos los más importantes:

• ***Abscesos cerebrales.*** Éstos, pueden desarrollarse debido a una bacteriemia posterior a la realización de algunos procedimientos dentales, o por la propagación de infecciones odontogénicas. La frecuencia de abscesos cerebrales causados por infecciones bucales es bajo, pero cuando se presentan tienen serias complicaciones (Feldges y cols, 1980).

• ***Endocarditis infecciosa.*** Es la colonización, por lo general, bacteriana del endocardio (particularmente de las válvulas cardiacas). Se desarrolla como resultado de la diseminación por vía hematógena de bacterias de la flora bucal, a causa de procedimientos traumáticos durante algunas terapias dentales; aproximadamente 50 % de los casos de endocarditis son causados por *Streptococcus sanguis y S. mutans*. *Actinobacillus, actinomyce-*

"La muerte nos lleva a la calma y al profundo sueño de que gozábamos antes de venir al mundo"
Cicerón

Las mil y una caras de la obesidad.

septiembre 2016

GRUPO PERCANO
DE EDITORAS ASOCIADAS

médico moderno®

tems comitans recientemente se han relacionado con la etiología de la endocarditis infecciosa, sobre todo en varones con afecciones valvulares cardiacas y cuadros clínicos de periodontitis, caries dental, o historia de terapia odontológica reciente (Rams y Slots, 1992).

La Academia Americana del Corazón publicó un estudio en el cual los pacientes que fueron sometidos a procedimientos odontológicos desarrollaron endocarditis infecciosa, a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico profiláctico (Hupp, 1993).

Estudios recientes realizados por Herberg y colaboradores en 1992, basados en importantes hallazgos, han cambiado el rumbo de los acontecimientos con respecto a la etiología de la endocarditis infecciosa, descubriendo que cepas de *S. sanguis* pueden presentar un comportamiento distinto, induciendo o no la agregación plaquetaria. Esta agregación puede generar la embolización de órganos a distancia empeorando el cuadro clínico del paciente y aumentando la tasa de mortalidad. La teoría de dichos autores se basa en que las bacterias capaces de estimular la agregación plaquetaria, son las responsables de la etiología de la endocarditis infecciosa.

• ***Abscesos pulmonares.*** Pueden ser causados por la aspiración de saliva, placa dental o émbolos sépticos en pacientes con infecciones odontogénicas; aproximadamente un tercio han sido atribuidos a focos infecciosos bucales.

• ***Septicemia y Leucemia aguda en pacientes inmunocomprometidos.*** El cuadro clínico de esta patología suele agravarse debido a la presencia en el torrente sanguíneo de bacterias de los géneros *Staphylococcus spp, Enterobacter spp,, Pseudomonas spp.,* y algunos microorganismos que habitan en la cavidad bucal.

• ***Conjuntivitis bacteriana.*** Se trata de una patología infecciosa de la conjuntiva, la cual se presenta con mucha frecuencia y es autolimitante. Un caso de conjuntivitis bacteriana crónica fue reportado por Dahlen y colaboradores en 1992, en el cual el microorganismo aislado fue *Prevotella intermedia*.

• ***Mordeduras humanas.*** Las infecciones cutáneas pueden ocurrir después de la inoculación de microorganismos provenientes de la flora residente de la cavidad bucal, como resultado de mordeduras humanas. En muestras tomadas a partir de estos procesos infecciosos se han aislado los siguientes microorganismos: *A. actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Prevotella oralis, Fusobacterium nucleatum, Peptoestreptococcus micros, Veillonella parvula, Eikenella corrodens* y *S. Aureus* (Dahlen y colaboradores, 1992).

• ***Úlceras tropicales.*** Las úlceras tropicales en piel afectan comúnmente los miembros inferiores de adultos jóvenes y adolescentes que residen en regiones tropicales; la etiología de algunos de estos casos se ha asociado con bacterias de la flora residente bucal, ya que, se ha reportado la presencia de *F. nucleatum y Treponema Vincenti.* Fakler, en 1989 piensa que la fuente de contacto en esta patología podría ser el contacto con saliva, heridas o abrasión cutánea.

• ***Osteomielitis maxilar.*** Es una reacción inflamatoria del hueso y médula, la cual puede originarse debido a la diseminación por vía hematógena de una infección estafilocóccica, a partir de focos infecciosos bucales (Sphepherd, 1978). Davies y Carr, en 1990, reportaron tres casos de osteomielitis maxilar posterior a extracciones dentarias en pacientes con antecedentes de alcoholismo, sugiriendo que la disminución de la resistencia del hospedero debido a esta causa, modifica la respuesta del individuo favoreciendo la diseminación de la infección. En esos pacientes es recomendable previo a la extracción dental, administrar terapia antibiótica profiláctica a fin de evitar complicaciones posteriores. Con el descubrimiento de los antibióticos, la frecuencia y severidad de esta enfermedad fue reducida, aunque en países del tercer mundo, donde existen condiciones precarias de salud y malnutrición suele ser muy común.

• ***Infecciones cutáneas por inyecciones con agujas contaminadas.*** Fenichel y colaboradores, en 1985, reportaron el caso de un paciente que desarrolló un cuadro de infección cutánea en el lugar de la punción a causa de la inyección de drogas con agujas contaminadas. Es importante destacar que el paciente informó que antes de

Dolo Bedoyecta®

DOLO BEDOYECTA®. Hidroxocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno. Solución inyectable. DOLO BEDOYECTA®. Cianocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno. Tabletas. FORMAS FARMACÉUTICAS Y FORMULACIÓN: Dolo Bedoyecta® Inyectable: Cada ampolleta contiene: Acetato de hidroxocobalamina equivalente a 5.000 mg de hidroxocobalamina. Ketoprofeno 100 mg. Vehículo c.b.p. 2 ml. Cada jeringa contiene: Hidroxocobalamina (Vitamina B12) 5000 mcg. Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B1) 50 mg. Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B6) 25 mg. Vehículo c.b.p. 1 ml. Dolo Bedoyecta® Tabletas: Cada tableta contiene: Ketoprofeno 100 mg. Mononitrato de Tiamina (Vitamina B1) 100 mg. Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B6) 50 mg. Cianocobalamina al 10% 50 mg equivalente a 5 mg de vitamina B12. Excipiente c.b.p. 1 tableta.INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Antiinflamatorio, analgésico y antineurítico para el tratamiento de neuropatías periféricas (lumbalgias, ciática, cervicalgias, radiculitis, neuralgia postherpética, espondilitis, síndrome del túnel del carpo y fibromialgias) de origen nutricional, inflamatorio, diabético y alcohólico. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, úlcera gástrica o duodenal activas, insuficiencia hepática o renal severas, policitemia vera, hipertensión arterial severa, embarazo, lactancia, menores de 12 años. PRECAUCIONES GENERALES: Debe administrarse con cuidado en pacientes con antecedentes de úlcera gastroduodenal y deshidratados. Se debe vigilar el funcionamiento renal de pacientes con insuficiencia cardiaca, cirróticos y nefróticos crónicos, pacientes que tomen diuréticos y con hipovolemia. Es recomendable disminuir la dosis en pacientes geriátricos de 2 a 1 sola inyección al día. La formulación inyectable contiene alcohol bencílico como un aditivo, del cual se han reportado eventos de toxicidad en recién nacidos, sin que se haya establecido claramente una relación causal, además la concentración como aditivo es de 0.030mL y la dosis tóxica en neonatos es de 0.064 – 0.26 mL/Kg. RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se use en el embarazo, en el tercer trimestre del embarazo, todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, pueden exponer al feto al cierre prematuro del conducto arterioso y aumentan el tiempo de sangrado, por lo que su empleo durante eel embarazo, está contraindicado. A la fecha, sólo se conocen los efectos tóxicos por alcohol bencílico en neonatos, cuya relación no ha sido establecida, pero no existen reportes de toxicidad fetal durante el embarazo, por lo que el empleo de la presentación inyectable durante el primer y segundo trimestres del embarazo queda bajo responsabilidad del médico. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: En personas susceptibles, puede provocar cefalea, confusión, rash cutáneo, náuseas, vómito e irritación gástrica. Ocasionalmente puede causar síndrome de Stevens-Johnson, reacciones de fotosensibilidad y choque anafiláctico. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: La piridoxina puede actuar como antagonista de la levodopa. La cicloserina, isoniacida y penicilamina, inhiben la acción de la vitamina B6. Altas dosis de vitamina B6 (más de 200 mg) disminuyen las concentraciones séricas de fenitoína y fenobarbital. Por su contenido de ketoprofeno al coadministrarse con otros antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes orales y salicilatos, aumenta el tiempo de sangrado y el riesgo de provocar úlcera y hemorragia gástrica. De igual modo, si se administra junto con metotrexato, aumenta la toxicidad hematológica, ya que el ketoprofeno compite por sitios de unión en proteínas plasmáticas y disminuye la excreción renal de metotrexato, por lo tanto, debe suspenderse la administración de Dolo Bedoyecta® 12 horas antes de la administración de metotrexato. Existe riesgo de disminución del efecto antihipertensivo de betabloqueadores, inhibidores selectivos de la enzima convertidora de angiotensina, y diuréticos por inhibición de prostaglandinas vasodilatadoras por parte del ketoprofeno. PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: No hay datos que indiquen potencial carcinogénico, mutagénico, teratogénico o efectos sobre la fertilidad por el empleo de vitaminas B1, B6 ó B12. Por otro lado, no existen estudios suficientes para descartar embriotoxicidad por el empleo de ketoprofeno. DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Dolo Bedoyecta® Inyectable: La dosis media es una a dos jeringas diariamente o de acuerdo a las indicaciones médicas, dependiendo de la severidad del caso. Para administrar se debe cargar la jeringa prellenada con el contenido de la ampolleta, agite suavemente y aplique inmediatamente por vía intramuscular profunda. Dolo Bedoyecta® Tabletas: Se administra por vía oral y se recomienda una tableta cada 12 horas. MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Dadas las características hidrosolubles de las vitaminas del complejo B, estas carecen de almacenamiento, por lo que las sobredosis son eliminadas por vía renal y secreciones corporales. En caso de presentar reacciones de hipersensibilidad, debe suspenderse su uso de inmediato. PRESENTACIONES: Dolo Bedoyecta® Inyectable: Caja con 1 jeringa de cristal prellenada con 1 ml de vitaminas y una ampolleta con 2 ml de ketoprofeno. Dolo Bedoyecta® Tabletas: Caja con frasco con 30 tabletas. LEYENDAS DE PROTECCIÓN: No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. No se use en el embarazo, lactancia, menores de 12 años. Reg. No. 106M2004 SSA (inyectable) y 420M2004 SSA (tabletas). Laboratorios Grossman, S.A. Calz. de Tlalpan 2021. 04040, México, D.F. ® Marca Registrada. Bibliografía: 1.- American Society of Hospital Pharmacists. AHFS Drug Information: Ketoprofen 2006: 2050. 2.- Rodríguez J., Aguilar JC., Reyes G., et al. Antinociceptive and antiinflammatory effects of ketoprofen are potentiated by a vitamin B mixture in the rat. Drug Dev Res 2005;64(1):66-70. 3.- Chiu CK., Low TH., Tey YS., et al. The e fficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomised controlled trial. Sing Med J 2011;52(12):868-872. 4.- Litter M. Farmacología del sistema hematopoiético. Farmacología Experimental y Clínica. 7a ed. Capítulo X. 1249-1255. AVISO: 133300202C0780.

GROSSMAN®

realizar la punción en piel, sin previa desinfección del campo, la aguja era pasada por la lengua. Los microorganismos aislados en muestras tomadas de estos procesos infecciosos fueron *A. actinomycetemcomitans* y *E. corrodens*.

Circulación de toxinas en la sangre generadas por los microorganismos

• ***Infarto cerebral.*** Se ha relacionado recientemente con las infecciones dentarias. Syrjanen, en 1979, mostró que infecciones bucales como la periodontitis y los abscesos periapicales fueron significativamente más comunes en pacientes masculinos menores de 50 años de edad con infartación cerebral isquémica, en comparación con sujetos controles tomados al azar en una misma comunidad. Se ha demostrado que la fracción lipopolisacárida (antígeno "O") que se encuentra en la pared celular de bacterias gram negativas de la flora residente bucal, puede alcanzar el torrente sanguíneo favoreciendo la instalación de un cuadro clínico de infarto cerebral, debida a las alteraciones causadas por este antígeno a las paredes vasculares, provocando la formación de trombos.

• ***Infarto agudo del miocardio.*** Matilla en 1989, describió la relación entre el infarto agudo al miocardio y la infección dental; procesos infecciosos bucales tales como la periodontitis, abscesos periapicales y caries dental, con mucha frecuencia están presentes en los pacientes con cuadros clínicos de infarto agudo al miocardio. Se ha demostrado que la presencia en el torrente sanguíneo del antígeno "O" procedente de la pared celular de las bacterias gram negativas pertenecientes a la flora bucal, puede alterar la integridad del endotelio vascular, la coagulación sanguínea y la viscosidad del plasma; interfiere con la síntesis de prostaglandinas y la función plaquetaria, incrementando de esta manera los riesgos de formación de trombos que ocluyen las arterias coronarias (Syrjanen, 1979; Mattila y colaboradores, 1993; Paunio y colaboradores, 1993). Mattila, en 1993, estableció que la relación entre la infección dental y el desarrollo de la enfermedad coronaria obstructiva, era posible como resultado de la interacción entre las bacterias y células que toman parte en la patogénesis de la ateroesclerosis y trombosis arterial; también demostró que *Streptococcus sanguis* podía generar agregación plaquetaria humana *in vitro*.

• ***Fiebre persistente de origen desconocido.*** La sepsis bucal es un factor potencial de fiebre persistente, y con mucha frecuencia este problema no es identificado por los clínicos; la erradicación de los focos infecciosos bucales permiten la remisión del cuadro febril. En la literatura de habla inglesa se han reportado más de 20 casos de pacientes con fiebre persistente relacionada con infecciones de origen odontogénico (Dahlen y colaboradores, 1992).

• ***Meningitis.*** Se define como una inflamación de las meninges, la cual puede presentarse como resultado de la diseminación de una infección dentoalveolar. La literatura reporta un caso de meningitis crónica en un paciente con focos infecciosos bucales múltiples; en las muestras tomadas del fluido espinal se aislaron antígenos contra *S. milleri;* con la erradicación de las infecciones bucales se logró la remisión de la sintomatología neurológica (Dahlen y colaboradores, 1992). Cohen y colaboradores en 1988, reportaron el caso de un paciente con meningitis aguda, originada como complicación de un tratamiento endodóntico realizado en un primer molar inferior; en las muestras tomadas del fluido espinal, se reportó la presencia de *Klebsiella pneumoniae*. Este paciente desarrolló secuelas neurológicas con pérdida del habla, permaneciendo cuadripléjico por el resto de su vida.

Cabe mencionar que todas estas complicaciones originadas por una infección dentoalveolar, llegan a sitios distantes a través de los espacios aponeuróticos o a través de la diseminación sanguínea, principalmente. El dentista al realizar sus tratamientos deberá contar con todas las medidas de antisepsia e instrumental estéril.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

RAPIX RD®
SUBLINGUAL 30 mg

RAPIX RD ®.
KETOROLACO. 30mg. TABLETA. ANALGÉSICO NO NARCÓTICO.
FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:
Cada tableta contiene:
Ketorolaco trometamina 30mg.
Excipiente cbp 1 tableta
INDICACIÓN TERAPÉUTICA:
Es un antiinflamatorio no esteroide con importante actividad analgésica, indicado en el tratamiento del dolor de leve a moderadamente severo, como dolor postraumático: esguinces, torceduras, bursitis, tendinitis, epicondinitis, sinovitis, etc., migraña, dismenorrea, o en aquellas entidades dolorosas en donde se requiera la acción de un analgésico no narcótico.
CONTRAINDICACIONES:
Al igual que otros AINES, **RAPIX RD** está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al Ketorolaco u otros AINES, enfermedad ácido péptica activa, hemorragia digestiva o perforación gastrointestinal, insuficiencia renal moderada o grave (creatinina sérica >442 µmol/l), así como durante el parto y en niños en el postoperatorio de amigdalectomía.
PRECAUCIONES GENERALES:
RAPIX RD debe administrarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva, especialmente en los ancianos tratados con dosis superiores a 60 mg/día, así como en los pacientes con insuficiencia renal o antecedentes de nefropatía y personas con alteraciones en los tiempos de coagulación, ya que **Rapix RD** inhibe la agregación plaquetaria; sin embargo, ésta regresa a sus valores normales en un plazo de 24-48 horas después de suspender el tratamiento. Se han descrito casos de retención hídrica, hipertensión arterial y edema en pacientes tratados con **RAPIX RD,** por lo que debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial u otras enfermedades cardiovasculares.
PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA:
No se administre durante el embarazo o lactancia.
REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:
Se ha reportado malestar abdominal, anorexia, estreñimiento, diarrea, dispepsia, eructos, flatulencia, sensación de plenitud, gastritis, hemorragia digestiva, hematemesis, náuseas, esofagitis, pancreatitis, úlcera gastroduodenal, perforación gástrica o intestinal, estomatitis, vómitos, rectorragia, melena, ansiedad, meningitis aséptica, convulsiones, depresión, mareo, somnolencia, sequedad de boca, euforia, polidipsia, alucinaciones, cefalea, hipercinesia, disminución de la capacidad de concentración, insomnio, mialgia, parestesias, sudoración, vértigo, insuficiencia renal aguda, polaquiuria, retención urinaria, síndrome nefrótico, oliguria, bradicardia, hipertensión arterial, palidez, palpitaciones, hipotensión arterial, dolor torácico, asma bronquial, disnea, edema pulmonar, hepatitis, ictericia colestásica, insuficiencia hepática, dermatitis exfoliativa, síndrome de Lyell, exantema maculopapular, prurito, síndrome de Stevens-Johnson, urticaria, reacciones de hipersensibilidad, reacciones hematológicas, disgeusia, alteraciones de la vista, acúfenos e hipoacusia.
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:
RAPIX RD no debe administrarse en forma simultánea con probenecida ya que disminuye la depuración plasmática del Ketorolaco.
RAPIX RD disminuye el aclaramiento de pentoxifilina, metotrexato y litio. Con warfarina es posible que el riesgo de hemorragia aumente.
RAPIX RD reduce la respuesta diurética de furosemida. La administración junto con inhibidores de la ECA aumenta el riesgo de daño renal.
PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:
Hasta el momento no se han reportado efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad.
DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:
Sublingual. **RAPIX RD** tableta se debe colocar debajo de la lengua, esperar a su disolución completa y tragar.
Adultos y mayores de 16 años, una tableta sublingual de 30 mg al inicio y repetir la dosis c/6 horas. Máximo 120 mg al día durante 2 a 5 días.
SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTÍDOTOS):
Hasta el momento no se ha notificado, sin embargo se recomiendan medidas generales y suspensión del medicamento.
PRESENTACIONES:
Caja con 2 y 4 tabletas de 30 mg.
RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:
Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar seco.
LEYENDAS DE PROTECCIÓN:
Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos.
No se administre en el embarazo, la lactancia, ni en niños menores de 16 años.
BIBLIOGRAFÍA:
1. Trindade PA, et al. Subilingual ketorolac and sublingual piroxicam are equally effective for postoperative pain, trismus and swelling management in lower third molar removal. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2011 Aug 26.
2. Prieto E. Et al. Comparación de ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia. Cir Ciruj 2009; 77: 45-49.
3. IPPA del producto RAPIX RD.

Hecho en México por:
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey 221, Col. Ex Hacienda Sta Rita, C.P. 38137
Celaya, Guanajuato.
® Marca Registrada

Reg. No. 016M2012 SSA IV.
No. de Entrada: 123300202C2262

RAPIX RD SUBLINGUAL 30 mg
Senosiain®

Humanismo y cultura
ODONTÓLOGO moderno
Número 145, Año 12
agosto de 2016

Historia de la Odontopediatría (PRIMERA PARTE)

Por el C.D. C.M.F. Catalina Muñoz Velázquez

La primera referencia escrita de la odontología se encuentra en las historias de Heródoto de Halicarnaso (484-420 a.C.), ahí cuenta que en Egipto se había llegado a una especialización efectiva de la medicina y además habían médicos para los oídos, ojos, vientre y dientes.

Hipócrates, nacido en Cos (460-377 a.C.), y contemporáneo de Heródoto, estudió la enfermedad como un hecho natural, ajeno a la intervención de los dioses y malos espíritus. En sus obras recalcaba que el médico puede curar si tiene ciencia, y debe apoyarse sobre todo en los conocimientos adquiridos, más que en los favores de las divinidades. Nos habla también de la etiopatología de la caries dental la cual era, según su criterio, humoral, por alteración de la homeostasis entre los cuatro humores vitales: bilis negra, amarilla, sangre y flema. También postuló la existencia de cuatro estados elementales: frío, calor, sequedad y humedad, y que la salud consistía en el equilibrio de estos humores o cualidades. El desequilibrio de este balance natural producía como resultado la enfermedad.

Una de las obras de Hipócrates donde habla de los dientes infantiles es conocida como: *Sobre la dentición*, que en forma de sentencias populares muestra abundantes datos sobre creencias populares en cuanto a la erupción, las encías, fiebres, convulsiones y diarreas, que precedían o acompañaban a la erupción dental; así como las anomalías en la posición de los órganos dentales.

Siglo I

Celso (25 a.C. a 50 d.C.), publicó en su libro *De re Médica*, en el tomo VI (capítulo 9) el tratamiento de las odontalgias en niños y adultos, describiendo la extracción dentaria mediante el uso de pinzas adecuadas y algunos recursos para evitar la rotura de la pieza. En el capítulo VII comenta muchos otros temas que atañen a los niños: la persistencia de los dientes natales, la reposición de piezas permanentes que erupcionen en mala posición, y el uso de la lima para suavizar los bordes cortantes de una fractura incisal cuando ocasiona erosiones en el labio.

Cayo Plinio Segundo, naturalista romano nacido en el año 23 y fallecido en el 79, durante la erupción del Vesubio, escribió *Historia Natural*, en cuyo capítulo VII nos informa sobre la existencia de los dientes natales y neonatales.

Otro libro importante escrito por Tito Libio, con el nombre *Historia Romana* describe en el capítulo XLI, el caso de una niña nacida con dientes natales, lo que en la sociedad romana se consideraba un signo de prosperidad.

Siglo II

Claudio Galeno Nicon, considerado como el más grande de los médicos grecorromanos, en el ámbito de la odontopediatría, aconsejaba frotar los dientes de los niños con tallos vegetales aromáticos, pero creía que los dientes eran parte de los huesos que recibían infracción a través del cerebro y utilizaba una lima para reducir los más prominentes. A él se le debe la primera clasificación anatómica de los órganos dentales, denominándolos: incisivos, caninos y molares.

México Prehispánico

En estas tierras la infancia era considerada demasiado frágil, nacer era un milagro y superar los primeros años de vida era una excepción gracias a las consecuencias de las precarias condiciones higiénicas y sanitarias, muchos niños fallecían al nacer o en sus primeras semanas de vida y otros tantos morían al ser víctimas de algunas epidemias. Si miramos la infancia a través de la historia descubrimos que hasta el siglo XVIII, se consideraban a los niños como adultos miniatura, seres que tenían que crecer para ponerse a trabajar.

Siglo XV

En España, aparece el libro más antiguo consagrado en parte a la Odontopediatría, obra de la que es autor el palestino Francisco Martínez, dentista de Felipe II, publicada en Valladolid en 1557, concretamente el 20 de marzo. Su obra titulada *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*, contiene muchos remedios y avisos necesarios. Este es el primer texto mundial que trata de odontología infantil con peculiaridad.

Siglo XVII

En Francia, la odontología conoció un esplendor particular con Pierre Fauchard (1678-1761), padre de la odontología moderna, en el que ofrece una descripción correcta de las 20 piezas de la dentición temporal demostrando que poseían raíces desarrolladas y que debajo de éstas se encontraban los gérmenes de los dientes permanentes.

Siglo XVIII

Nace el padre de la odontología moderna, Robert Bunon (1702-1748), quien en su libro hace hincapié en la prevención, observación y experimentación. En el aspecto preventivo indica que la mujer ya embarazada debe cuidarse con una buena alimentación para que los dientes de su hijo estén bien formados.

Para consultar las referencias de este artículo remítase a: www.percano.mx

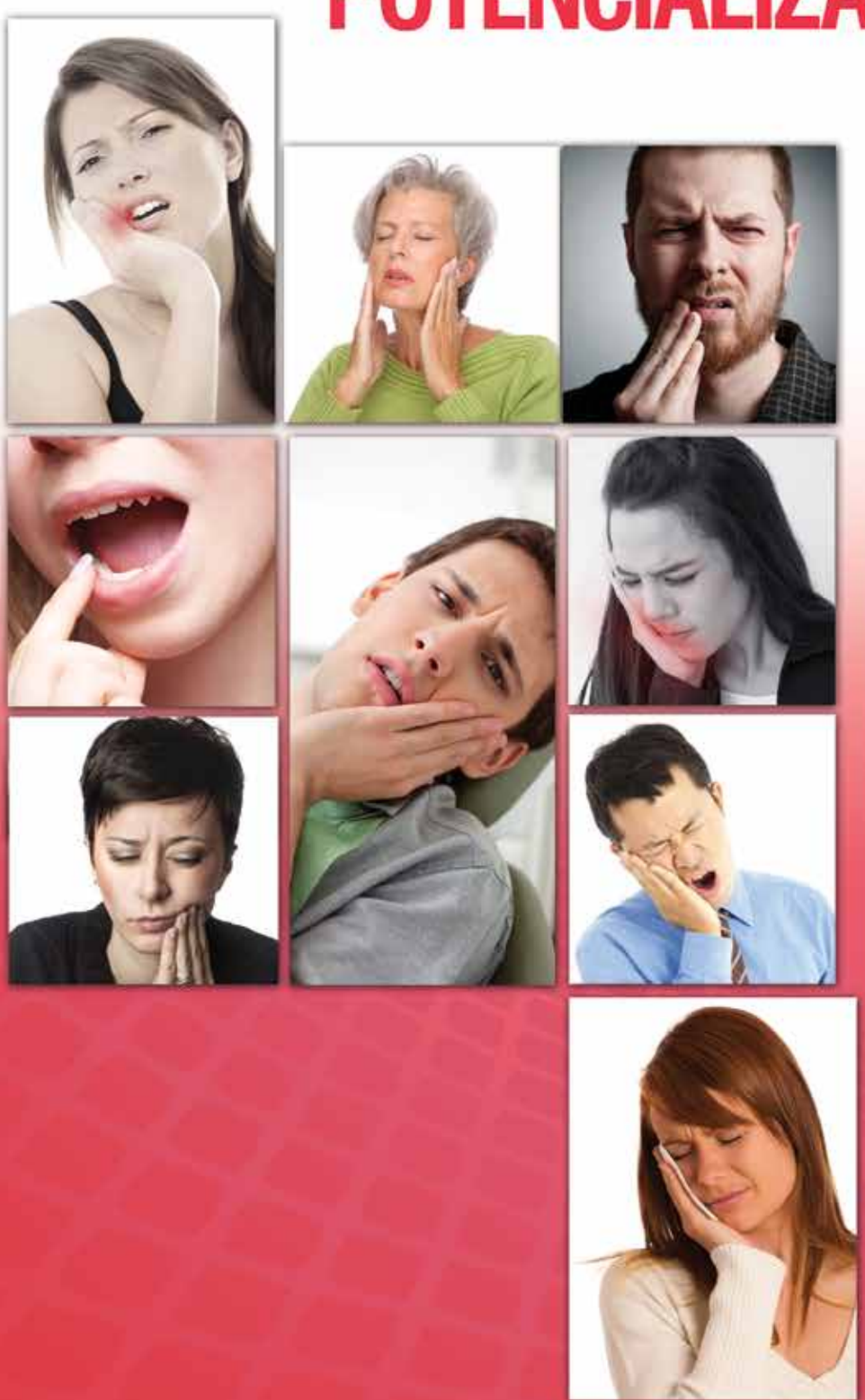
Es obvio que en nuestros días un niño no es un adulto chiquito, pero en los inicios de la historia así se consideraba. A lo largo de estos artículos iremos viendo como poco a poco los médicos y dentistas empíricos comienzan a darle cierta importancia a la boca y tejidos bucales de los niños, sobre todo a los dientes. Es complejo entender la erupción dental, así como comprender porqué en los menores existen 20 dientes y en los adultos 32, con anatomía y forma diferente.

Afortunadamente, como todo en la medicina, existieron autores que se preocuparon por todos estos conocimientos y escribieron sendas obras que actualmente existen en la literatura mundial. Con el tiempo fueron describiendo las diversas enfermedades que afectan a los órganos dentarios infantiles y su tratamiento. La historia demuestra que con el paso del tiempo los individuos dedicados al tratamiento de la dentición se dieron cuenta de que era imprescindible separar a los niños en un área especial de la odontología general.

GRO0014

Dolo Bedoyecta®

Efecto analgésico POTENCIALIZADO



GROSSMAN®

Estimado colega y amigo:

Para brindarte un mejor servicio en esta publicación de Grupo Percano de Editoras Asociadas son de vital importancia tus opiniones, comentarios e ideas. Ponemos a tu disposición nuestra revista mensual **Odontólogo Moderno**.

Envía tu correspondencia a la siguiente dirección:

Rafael Alducin No. 20 Col. Del Valle, México, D.F. 03100.

Teléfono: 5575 5758 **e-mail:** om@percano.mx

ODONTÓLOGO moderno®

SEN0020

RAPIX RD®

SUBLINGUAL 30 mg

MÁS FUERTE, MÁS RÁPIDO

De alta utilidad en dolor severo como:

- Cirugía odontológica[1]
- Dolor postoperatorio[2]
- Dolor post-traumático[3]
- Migraña[3]

IPAL®

Senosiain®

RAPI rd-01A-13