



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ABSCESOS PERIAPICALES Y
PARODONTALES.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
IRENE ZEPEDA GIRON



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	página
Introducción	viii
CAPITULO I	1
Abscesos	
CAPITULO II	13
Abscesos Periapicales	
CAPITULO III	21
Abscesos Parodontales	
CAPITULO IV	31
Microbiología	
CAPITULO V	38
Farmacología	
CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFIA	63

I N T R O D U C C I O N

Con el presente trabajo no pretendo aportar nuevos conocimientos en el diagnóstico y tratamiento de los Abscesos Parodontales y Periapicales, sino que es sólo una recopilación de datos de autores conocidos.

En este estudio explico las diferencias y semejanzas entre los abscesos mencionados, por lo que los clasifico y explico en capítulos separados cada uno de ellos, así como también la gran ayuda que nos brindan los exámenes de laboratorio para poder prescribir con mayor certeza los antibióticos necesarios.

C A P I T U L O I

ABSCESOS

- a) Definición
- b) Clasificación
- c) Diagnóstico diferencial entre absceso periapical y parodontal
- d) Estado microbiológico
- e) Movilidad dentaria patológica
- f) Inflamación
- g) Historia clínica

A B S C E S O S

a) DEFINICION

Los abscesos bucales son colección de material purulento situados en una cavidad excavada por el mismo pus, que se forma como término de una inflamación circunscrita, por obra de los microorganismos llamados piógenos.

b) CLASIFICACION

Los abscesos bucales básicamente son de dos tipos:

Absceso periapical o dentoalveolar

Absceso parodontal

que a su vez se dividen en:

Agudo

Absceso dentoalveolar y

Crónico

Agudo

Absceso parodontal y

Crónico

c) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ABSCESO PERIAPICAL Y PARODONTAL

Para el diagnóstico de un absceso debemos observar el estado del diente involucrado, ya sea que esté intacto, o bien puede ser una restauración extensa y profunda. Si encontramos que está afectada procedemos a percusión (horizontal y verticalmente), lo cual haremos con el mango del espejo golpeando la corona en su parte oclusal y lingual. Si hay molestia o dolor a la percusión vertical y también hay dolor intenso al morder y se presenta por las noches, sin poderlo calmar con analgésicos pensaremos en un absceso apical. Lo cual

corroboraremos con una placa radiográfica en la cual se verá destrucción ósea apical.

La enfermedad periapical puede ser reconocida por una gingivitis clínica apreciable, aunque también en algunos casos puede ser prácticamente normal. Un diente puede estar flojo a consecuencia del traumatismo periodontal pero, a menos que haya una bolsa parodontal, no existe destrucción ósea.

La encía puede ser empujada en sentido apical y el periodonto sufrir una destrucción marginal por depósitos masivos de cálculos sin que aumente por ello la profundidad del surco.

La sonda puede descartar la presencia de depósitos subgingivales o cálculos, o la raíz puede ser lisa. La bolsa puede estar llena de restos de alimentos blandos y en la cara interproximal, de tejidos fibrosos acuñados apretadamente. Al retirar la sonda de la bolsa a veces se observa cierta cantidad de exudado en la misma. El tipo de exudado depende de las bacterias que infectan la bolsa.

Estos abscesos pueden ir acompañados de dolor que es la principal queja del paciente, dolor que puede ser referido a los dientes adyacentes.

d) ESTADO MICROBIOLÓGICO

Flora bucal normal

La flora bucal es estéril en el momento del nacimiento, pero entre las seis y las diez horas se establece una flora principalmente anaerobia. Los anaerobios aparecen en algunas bocas en los primeros diez días y se encuentran presentes en casi todas a los cinco meses de edad antes de la erupción de los

dientes, y en un 100 de las bocas cuando aparecen los incisivos. Con la edad aumentan los anaerobios. Así mismo en la boca hay hongos, incluso *Candida Cryptococcus* y *Saccharomyces*, protozoos como *Entamoeba Gingivales* y *Trichomonas Tenax* y en algunos casos virus.

La mayoría de las bacterias salivales provienen del dorso de la lengua, del cual son desprendidas por acción mecánica, cantidades menores vienen del resto de las membranas bucales. La población microbiana bucal es relativamente constante pero varía de paciente a paciente y en diferentes momentos en una misma zona. La cantidad de microorganismos aumenta temporalmente durante el sueño y decrece después de las comidas o el cepillado. La flora bucal también es afectada por la edad, la dieta, la velocidad y composición del flujo de la saliva y factores generales.

Microorganismos en abscesos periapicales

La muerte de la pulpa como consecuencia de la acción toxicobacteriana en una caries penetrante, anula la barrera defensiva que impide a los gérmenes alcanzar las paredes del conducto y el tejido conectivo periapical.

Cuando en un diente con pulpa necrótica la cámara pulpar está comunicada con la cavidad de la caries directamente o a través de dentina desorganizada, las mismas bacterias del medio bucal y de la profundidad de la dentina actúan descomponiendo las proteínas y favoreciendo la putrefacción. En este caso la flora microbiana en contacto con la masa gangrenada en la parte accesible del conducto es compleja y variable.

La infección ocasionada por una pulpitis, es causada generalmente por el *Estreptococo Viridians*.

Aproximadamente existen los mismos microorganismos en la pulpa y en el tejido periapical. Las bacterias saprófitas no invaden el área periapical como la pulpa de un diente abierto.

La variedad de gérmenes es mucho menor en la zona periapical y predominan en la mayoría de los casos, como ya se mencionó, el *Streptococo Viridians* (alfahemolíticos). Pueden encontrarse también aunque en una proporción muy inferior, otras variedades de estreptococos (betahemolíticos, gamma no hemolíticos y enterococos) *Estafilococos Albus* y *Aurus*, predominando los primeros, lactobacilos y hongos (*Cándida Albicans*).

La presencia de lactobacilos y hongos en la profundidad del conducto indica generalmente contaminación del medio bucal.

Conjuntamente con los gérmenes grampositivos es posible encontrar en los cultivos del tejido grangrenado, microorganismos gramnegativos, principalmente: *Neisseria Catarrhalis*, *Proteus Vulgaris*, *Aerobacter Aerogenes* y *Escherichia Coli*.

En los casos de conductos infectados que no han estado en contacto aparente con el medio bucal, los microorganismos que se localizan casi con exclusividad son los estreptococos y en algunas ocasiones estafilococos y aún neumococos.

Sin embargo la flora microbiana de los dientes cerrados es apreciablemente menor que la de los dientes cuyos conductos están comunicados con el medio bucal.

Los estreptococos *Viridians* son los que comúnmente se encuentran en las

lesiones periapicales. Los granulomas y los quistes frecuentemente están libres de gérmenes. La agudización de estos procesos defensivos inflamatorios traen como consecuencia su reinfección por aumento de la virulencia de gérmenes del conducto y disminución de la resistencia hística.

Bacterias en las bolsas parodontales

La cantidad de microorganismos en las bolsas parodontales es mayor que la que encontramos en los surcos gingivales. Hay un aumento relativo de espiroquetas y posiblemente cocos gramnegativos. En enfes con inflamación crónica y aguda, Bacteroides Melanino Genians (bacterias anaerobias gramnegativas).

El investigador Noguchi aisló en un cultivo puro, una espiroqueta a la que llamó Treponema Mucusum, del exudado de las bolsas parodontales. También reconoció la presencia de estreptococos, estafilococos y neumococos de la enfermedad parodontal crónica.

e) MOVILIDAD DENTARIA PATOLOGICA

La movilidad de los dientes es consecuencia de una combinación de factores, y su magnitud no corresponde necesariamente con la pérdida ósea.

Las alteraciones se producen en la enfermedad parodontal que ha sobrepasado las etapas incipientes, la extensión de la inflamación desde la encía hacia el ligamento parodontal junto con la pérdida de hueso alveolar, aunado al trauma de la oclusión inflamatoria, reducen el soporte dentario al producir la degeneración y destrucción de las fibras principales.

El absceso periapical produce un aumento temporal de la movilidad dentaria por la propagación de la inflamación. La movilidad es patológica cuando

excede los límites normales. El grado de ésta depende de la intensidad y la distribución de la pérdida del tejido de las raíces individuales, así como también de la longitud, forma y tamaño de las raíces comparado con la corona. Un diente con raíces cónicas cortas es más propenso a aflojarse que uno con raíces voluminosas de tamaño normal con igual cantidad de pérdida ósea.

f) INFLAMACION

La inflamación es la reacción local de un tejido a un estímulo (de orden físico, químico, mecánico, térmico, microbiano o parasitario) superior a su índice de tolerancia y por lo tanto, nocivo; comprende el conjunto de procesos biológicos locales con los que el organismo se defiende de la acción del estímulo en su primer tiempo, y vence la lucha contra el agresor y procede a la reparación de los daños producidos en un segundo tiempo.

Las fases del fenómeno inflamatorio son cinco: irritación, modificaciones circulatorias, exudación, fenómenos regresivos y fenómenos de regeneración y reparación.

Irritación

Comprende el conjunto de las alteraciones, sobre todo funcionales, provocadas por el estímulo nocivo, que coloca al organismo en estado de alarma.

Modificaciones circulatorias

Estas consisten en la dilatación de los vasos sanguíneos locales, con el consiguiente aumento de flujo en el lugar de la inflamación.

Exudación

Es la salida a través de las paredes de los vasos sanguíneos dilatados

v llenos de sangre, de la parte líquida de ésta (plasma) y de algunos determinados elementos celulares (como los leucocitos polimorfonucleares) que tienen funciones defensivas contra los microbios agresores de la integridad orgánica. Cuando el exudado es purulento y se acumula en una cavidad del interior del tejido inflamado se habla de absceso. Le llamamos pus a un líquido grisáceo, amarillo o verdoso, rico en glóbulos blancos y en microbios.

Fenómenos regresivos

Estos fenómenos son debidos a la acción lesiva del estímulo y también a la reacción defensiva del propio organismo, el cual para defenderse eficazmente del agresor debe crear una serie de alteraciones anatomofuncionales locales.

Fenómenos de regeneración y reparación

Todo tejido lesionado tiende a repararse mediante la reproducción de un tejido idéntico al destruido o por formación de otro tejido diferente, es decir de tejido conectivo de "relleno" (de cicatrización).

Fase anatomopatológica

Son cuatro síntomas locales: "rubor, tumor, calor y dolor". El rubor o enrojecimiento está ligado al aumento local de aflujo sanguíneo; la hinchazón (tumor) está provocada por dicho aflujo y por la exudación posterior; el calor está ligado al aumento de la sangre en los tejidos; el dolor es provocado por la irritación de los nervios sensitivos locales por estímulo nocivo o por la compresión producida por los vasos sanguíneos dilatados y por el exudado que impregna al tejido inflamado.

La alteración funcional es la consecuencia lógica de los cuatro síntomas

precedentes de orden anatómico.

A veces puede aparecer fiebre y otros síntomas de afectación general (cefalea, malestar, lengua seca, anorexia, etc.).

g) HISTORIA CLINICA

La historia clínica en la práctica dental se considera como un elemento indispensable en la práctica corriente. Hay cuatro razones importantes por las cuales el Cirujano Dentista debe tomar dicha historia: para tener la seguridad de que el tratamiento no perjudicará el estado general del paciente ni su bien estar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; porque además nos sirve como "guía y memoria" en el tratamiento que se esté realizando.

HISTORIA CLINICA

Expediente No. _____

Nombre _____ Estado civil _____

Edad _____ Sexo _____ Teléfono _____ Recomendado por _____

_____ Ocupación _____ Lugar de nacimiento _____

_____ Dirección _____

INTERROGATORIO

Motivo de consulta _____

Padecimiento actual _____

Antecedentes no patológicos _____

Antecedentes hereditarios _____

¿Está en tratamiento actualmente? _____

Tipo _____ ¿Toma medicamentos habitualmente? _____

Dosis _____ ¿Tiene intolerancia a algunos medicamentos? _____

¿Cuáles? _____ ¿A otras sustancias? _____

¿Intolerancia a los anestésicos? _____

Antecedentes patológicos _____

Alteración en aparato digestivo _____

Dificultad respiratoria _____

Cardiopatías _____

Hipertensiones _____

Hipotensiones _____

Hemorragia _____

Fiebre reumática _____

Hepatitis _____

Diabetes _____

Padecimientos renales _____
 Embarazo y aborto _____
 Alteraciones neuropsicológicas _____
 Convulsiones _____
 Observaciones _____

EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL Y ANEXOS

Tejidos blandos _____
 Articulación temporomandibular _____
 Dolor _____ Crepitación _____ Subluxación _____
 Anquilosis _____ Espasmo mandibular _____
 Higiene bucal que practica _____

ODONTOGRAMA

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

Caries _____
 Alteraciones pulpares _____
 Alteraciones dentarias _____
 Restauraciones _____
 Dientes primarios _____
 Raíces dentarias _____
 Dientes ausentes _____

Movilidad _____

Prótesis fija y removible _____

Examen radiográfico; interpretación _____

Diagnóstico _____

Pronóstico _____

Plan de tratamiento _____

Aplicación tópica de flúor _____

Control personal de placa bacteriana _____

Indicaciones de odontología especializada _____

C A P I T U L O I I

ABSCESOS PERIAPICALES

- 1) Absceso Periapical Agudo
 - a) Etiología
 - b) Histopatología
 - c) Referencias clínicas
 - d) Aspecto radiográfico
 - e) Pronóstico y tratamiento
- 2) Absceso Periapical crónico
 - a) Etiología
 - b) Referencias clínicas
 - c) Aspecto radiográfico
 - d) Pronóstico y tratamiento

C A P I T U L O I I

ABSCESOS PERIAPICALES

- 1) Absceso Periapical Agudo
 - a) Etiología
 - b) Histopatología
 - c) Referencias clínicas
 - d) Aspecto radiográfico
 - e) Pronóstico y tratamiento
- 2) Absceso Periapical crónico
 - a) Etiología
 - b) Referencias clínicas
 - c) Aspecto radiográfico
 - d) Pronóstico y tratamiento

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO

a) ETIOLOGIA

El absceso periapical agudo puede deberse principalmente a estos tres factores: traumático, infeccioso y medicamentoso.

La periodontitis es una inflamación del tejido que rodea a la raíz, con las características típicas de todo estado agudo, si la causa es rápidamente neutralizada, el periodonto se recupera sin dejar rastros de traumatismo, pero si persiste, la periodontitis evoluciona hacia el estado subagudo o crónico.

Traumático

En la periodontitis traumática, las causas son los golpes leves o intensos, o por la acción de instrumentos en el periodonto apical durante la preparación quirúrgica de conductos radiculares.

Infeccioso

Cuando por la intensidad y duración del traumatismo se lesiona la pulpa a nivel del foramen apical, se produce generalmente la necrosis y la infección se agrega agravando la secuela del traumatismo.

Es difícil establecer en qué momento y por qué camino los microorganismos patógenos alcanzan la zona periapical.

Hay casos en que la corona del diente aparece intacta después de mucho tiempo de producida la mortificación pulpar. Si la dentina está al descubierto por la fractura de la corona, resulta fácil explicar la penetración microbiana ante la falta de defensa pulpar.

El absceso alveolar no sólo se origina por la agravación de la periodontitis aguda, sino también por la agudización de una lesión crónica periapical generalmente infecciosa causada por la acción duradera e intensa del agente traumatizante o la patogenicidad y virulencia de los gérmenes que impiden una resolución rápida del proceso inflamatorio agudo, y se llega a destruir tejido con acumulación de pus en el área del ápice.

Medicamentoso

Finalmente, la periodontitis aguda medicamentosa, se produce con mucha frecuencia durante los tratamientos endodónticos, y su gravedad está relacionada con la potencia y concentración de la droga, su tiempo de permanencia en el conducto radicular y con la amplitud del foramen apical. Sus síntomas no son muy diferentes a los del tipo infeccioso. En muchos casos la etiología es mixta; el tejido inflamado por sustancias químicas puede infectarse. En este caso las bacterias se introducen por el conducto radicular por los instrumentos.

b) HISTOPATOLOGIA

En la periodontitis supurada se agrandan los vasos sanguíneos y hay marcada diapedesis con acumulación de leucocitos polimorfonucleares y se forman pequeños abscesos. La infección se extiende hacia la zona de menor resistencia, o sea al hueso esponjoso, atacando las trabéculas óseas hasta que se forma una cavidad grande del absceso, llena con pus, y entonces la lesión es conocida como absceso alveolar agudo. Los espacios contiguos de la médula se infiltran con leucocitos y forman una pared piógena en torno a la cavidad del hueso.

Cuando el ápice del diente se encuentra cerca de la corteza del hueso

ésta puede perforarse sin que se forme la cavidad, entonces se acumula el pus bajo el periostio, formando un absceso subperióstico, donde gradualmente se acumula pus y causa un abultamiento que puede llegar a perforar el periostio formando un abultamiento en la encía que se llama pírulis.

Cuando el absceso se encuentra en el lado bucal o labial del maxilar se llama absceso gingival. Si la infección empieza en la raíz palatina de un diente superior, el proceso inflamatorio puede limitarse a la mucosa palatina, en estos casos el abultamiento puede cubrir todo el paladar o la mitad de él, y con frecuencia causar edema colateral del paladar blando y la úvula.

La trayectoria que siga el absceso dentoalveolar desde su origen depende de las condiciones anatómicas. El absceso en el tejido blando se forma en el interior de la boca o subcutáneamente. En la superficie exterior del maxilar, la inserción del músculo buccinador suele ser factor determinante, lo mismo que la mandíbula. En la superficie palatina del maxilar superior, la mucosa densa produce gran elevación general del tejido en lugar de un abultamiento localizado. En el lado longitudinal de la mandíbula rara vez se desarrolla encima del músculo milohioideo en la región del molar. Si se forma en la región premolar resulta un absceso sublingual. Los abscesos que penetran el hueso por debajo del músculo buccinador forman abscesos subcutáneos, mientras que los que conducen a la superficie lingual se convierten en abscesos submaxilares.

En raros casos la infección gravita hacia el borde inferior (donde no se encuentra la inserción del músculo milohioideo) y produce un absceso subcutáneo en la región inferior del mentón.

El edema colateral de la cara se debe a la mayor permeabilidad de los capilares, pues el líquido inunda rápidamente los espacios intercelulares. Se forma una red de fibrina, lo cual evita que el líquido se mueva por el tejido, aumentando así la acumulación de exudado inflamatorio. La linfa desempeña un papel muy importante para combatir la infección, diluye las toxinas bacterianas porque contiene las sustancias antibacterianas del plasma sanguíneo y arrastra los productos irritantes en descomposición.

c) REFERENCIAS CLINICAS

El paciente refiere un fuerte dolor pulsátil causado por la presión del exudado purulento y de los gases. El ataque bacteriano en los tejidos puede ir acompañado de celulitis.

Si se efectúa la percusión, se debe realizar con mucha suavidad, porque con frecuencia basta la presión del dedo para despertar un intenso dolor. En casos necesarios las pruebas de presión y percusión proporcionan una información diagnóstica segura. Raras veces es necesario investigar reacción al calor o al frío, pero si se efectúa, se ha de esperar una reacción al calor pero no al frío.

En ocasiones pueden estar invadidas grandes áreas, así como los dientes contiguos que se hacen sensibles a la percusión. Los ganglios linfáticos casi siempre están infartados, blandos y dolorosos a la palpación.

En los dientes temporales el hueso alveolar puede ser completamente destruido, y también pueden afectarse los gérmenes dentarios.

d) ASPECTO RADIOGRAFICO

Las observaciones en la radiografía dependen en grado considerable de la cantidad del hueso que se haya destruido.

El pus que se acumula no afectará grandemente la radiabilidad, sólo cuando se han destruido las trabéculas óseas vemos una cavidad típica. En caso de que el hueso haya sido extensamente atacado vemos una gran área osteolítica de contorno indefinido que es la imagen verdadera del absceso dentoalveolar.

e) PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Si no se observa mucha destrucción ósea el pronóstico será bueno y se realizará el tratamiento de endodoncia, en caso contrario se hará la extracción del diente afectado.

Tratamiento de urgencia

Se canaliza el diente afectado, la abertura de la cámara pulpar se ha de hacer en el punto acostumbrado de la corona, y se ha de dejar abierta hasta que cedan los síntomas agudos. Si el paciente presenta síntomas generales (temperatura elevada, malestar general, palidez) o si existe celulitis se han de administrar antibióticos generales. Si con la abertura del diente no se logra el drenaje adecuado, habrá de proceder a la incisión del absceso tan pronto como se haya localizado en los tejidos blandos. Cuando la tumefacción y la sensibilidad dolorosa cedan a la percusión, se podrá empezar el tratamiento del conducto o conductos radiculares.

En el tratamiento de antibióticos, los más indicados en los casos agudos son:

Penicilina G Procaína Cristalina en ampolletas de 800,000 U aplicada intramuscularmente cada doce horas.

Si el paciente es alérgico a la penicilina existen diferentes antibióticos como por ejemplo: Tetraciclina, Eritromicina, Sulfametoxazol, etc., para más información sobre antibióticos ver el anexo correspondiente.

ABSCESO PERIAPICAL CRONICO

a) ETIOLOGIA

Estos abscesos generalmente son producidos por una lesión profunda de caries, es la terminación de la supuración aguda por lo que el paciente ya presenta antecedentes de dolor e inflamación. Puede también ocurrir que al quedar encerrado el pus y los gases por largo tiempo en la cavidad del absceso busquen salida a través de la tabla ósea y la mucosa formando una fístula que persiste o cicatriza periódicamente. Cuando en el absceso agudo hay drenaje por la fístula es cuando pasa a ser absceso crónico. También puede ser que el paciente en el estado agudo haya tomado antibióticos y al sentir mejoría no regrese al Cirujano Dentista, por consiguiente no habrá molestias por un tiempo y así lo volverá crónico.

b) REFERENCIAS CLINICAS

El paciente relatará los síntomas referidos en la infección aguda en meses anteriores. En los casos en que no haya existido supuración, es porque la infección se produce tan lentamente que los síntomas subjetivos, con raras excepciones, faltan completamente. A pesar de ello pueden existir signos como: el diente sensible a la percusión a causa de un punto doloroso en el alveolo, en la región apical del diente. Este síntoma se intensifica cuando se exagera

la infección. Entonces el paciente siente un dolor sordo y se puede acompañar de ganglios linfáticos infartados.

El dolor al tacto en la encía se debe a la destrucción del hueso cortical subyacente. Cuando se aplica la presión, el absceso es comprimido bajo el periostio en el sitio de la perforación. La fístula puede descargarse durante un tiempo y cerrarse después, ciclo que dura indefinidamente o hasta que esté cerrado por restos alimenticios. El dolor consiste en una odontalgia in tensa.

c) ASPECTO RADIOGRAFICO

El absceso crónico aparece en forma de áreas radiolúcidas de bordes difusos (signo común a todos los procesos intraóseos supurados). Como signos se cundarios frecuentes se observa el registro de la rarefacción rodeado de un halo de osteítis condensante que contrasta con el hueso normal.

d) PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

El pronóstico generalmente es malo. Es un proceso en el que por su duración hay gran destrucción tanto de la corona (puede no existir ya) como gran afección apical, (o puede estar necrosado).

El tratamiento urgente será como en el absceso agudo y posteriormente se extraerá.

C A P I T U L O I I I

ABSCESOS PARODONTALES

- a) Definición y clasificación
- b) Etiología
- c) Características radiográficas
- d) Absceso parodontal agudo
- e) Pronóstico y tratamiento
- f) Tratamiento y pronóstico del absceso parodontal crónico.

ABSCESOS PARODONTALES

a) DEFINICION Y CLASIFICACION

Es una inflamación purulenta localizada en tejidos periodontales, conocido también como absceso lateral o parietal.

Los abscesos se clasifican en dos formas: por su localización y clínicamente.

Por su localización pueden ser:

1. Abscesos en los tejidos periodontales de soporte junto al sector lateral de la raíz. En este caso, suele haber una cavidad en el hueso que se extiende en sentido lateral desde el hueso hacia la superficie externa.

2. Absceso en la pared blanda de una bolsa periodontal profunda.

Clínicamente existen dos tipos de abscesos: crónicos y agudos.

b) ETIOLOGIA

El absceso periodontal se puede formar por las siguientes causas:

1. Penetración profunda de la infección proveniente de una bolsa periodontal, y localización del problema inflamatorio supurativo junto al sector lateral de la raíz.

2. Por una extensión lateral de la inflamación proveniente de la superficie interna de una bolsa periodontal en el tejido conectivo de la pared de la bolsa. El absceso se localiza cuando está obstruido el drenaje hacia la luz de la bolsa.

3. En una bolsa que describe un trayecto tortuoso alrededor de la raíz (bolsa compleja), se puede establecer un absceso periodontal en el fondo, cuya comunicación con la superficie se cierra.

4. Eliminación incompleta de cálculos durante el tratamiento de la bolsa periodontal. En este caso, la pared gingival se retrae y ocluye el orificio de la bolsa; el absceso periodontal se origina en la porción cerrada de la bolsa.

5. Puede haber absceso periodontal en ausencia de enfermedad periodontal, después de un traumatismo del diente o perforación de la pared lateral de la raíz durante el tratamiento endodóntico.

c) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La característica radiográfica del absceso parodontal es el de una zona circunscrita radiolúcida, en el sector lateral de la raíz. Aunque no siempre es el mismo cuadro a causa de variables existentes como:

1. La etapa de la lesión. En etapas incipientes, el absceso periodontal agudo es en extremo doloroso, pero no presenta manifestaciones radiográficas.

2. La extensión de la destrucción, la morfología del hueso y su localización. Las lesiones que están en la pared blanda de la bolsa periodontal producen menos cambios radiográficos que las localizadas en la profundidad de los tejidos de soporte.

Los abscesos en la superficie vestibular o lingual están enmascarados por la radiopacidad de la raíz; las lesiones interproximales se observan mejor desde el punto de vista radiográfico.

No es posible basarse únicamente en la radiografía para establecer el diagnóstico de un absceso periodontal, sino que la radiografía confirma el diagnóstico.

d) ABSCESO PARODONTAL AGUDO

En el absceso parodontal agudo las características clínicas son el dolor irradiado pulsátil, sensibilidad de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dentaria, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre y malestar.

En la encía se observa una elevación ocoide con una superficie roja y brillante. La forma y consistencia de la forma elevada varía, puede tener forma de cúpula y ser relativamente firme o puntiaguda y blanda. En la mayoría de los casos, es posible expulsar pus del margen gingival mediante presión digital suave. En algunas ocasiones, el paciente presenta síntomas de absceso periodontal agudo sin lesión clínica notable o cambios radiográficos.

e) PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Si una o más áreas de la raíz están descubiertas más allá del tercio apical del diente, está indicada la extracción. En caso contrario el pronóstico es bueno.

Tratamiento del absceso parodontal agudo

Primer día:

Cuando se ha llegado al diagnóstico, se toma la temperatura del paciente y se evalúa su reacción sistémica. Se aísla el absceso con gasa, se seca y se pinta con una solución antiséptica, seguido de anestesia tópica. Después de

esperar dos o tres minutos para que actúe la anestesia, se palpa suavemente el absceso para localizar la zona más fluctuante. Con una hoja Bard-Parker se hace una incisión vertical a través de la parte más fluctuante de la lesión, que se extiende desde el pliegue mucogingival hasta el margen gingival. Si la hinchazón está en la superficie lingual, la incisión se comienza apicalmente y se extiende hacia el margen gingival. Es preciso que la hoja penetre en el tejido firme para asegurarse de que alcanzaron las zonas purulentas profundas. Después de la primera salida de sangre y pus; irríguese con agua tibia y ampliése suavemente la incisión para facilitar el drenaje.

Si el diente está extruido, hay que desgastarlo levemente para evitar el contacto con sus antagonistas. Estabilícese el diente con el dedo índice para disminuir la vibración y la molestia. Con frecuencia, es preferible aliviar el diente del maxilar opuesto para evitar molestias.

Una vez que cese el drenaje, se seca la zona y se pinta con antiséptico. El paciente sin complicaciones orgánicas, deberá enjuagarse con una solución de una cucharadita de sal en un vaso de agua tibia y volver al día siguiente. Si el paciente tiene temperatura se le recetan antibióticos como, penicilina, además de los enjuagatorios. Se indica al paciente que evite ejercicios y que siga una dieta abundante en líquidos. Si fuera necesario se recomienda reposo y analgésicos para el dolor.

Segundo día:

Por lo general la hinchazón ya ha disminuido notablemente o está ausente y los síntomas han cedido. Si persisten los síntomas agudos el paciente seguirá con las indicaciones del primer día y volverá al día siguiente. Para entonces los síntomas desaparecen invariablemente y en ese momento la lesión está

lista para el tratamiento corriente del absceso periodontal crónico.

f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DEL ABSCESO PARODONTAL CRONICO

Primero se determina la localización vestibular o lingual relativa del foco purulento del absceso. Los abscesos linguales pueden producir inflamación sobre la superficie vestibular y viceversa. Se aísla la zona con gasa, se seca y se pinta con antiséptico, vestibular y lingual, y se inyecta para asegurar la anestesia.

Para asegurar la zona del absceso, se sondea el margen gingival siguiendo la bolsa tortuosa hasta donde termine. Si hay una fístula, se puede sondear el absceso a través de ella.

Una vez elegida la vía de acceso, se eliminan los cálculos superficiales y se hacen dos incisiones verticales desde el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular, determinando el campo de operación. Si se utiliza la vía de acceso lingual, las incisiones se hacen desde el margen gingival hasta el nivel de los ápices dentarios. El campo operatorio debe ser suficientemente grande para permitir una buena visión y accesibilidad. Un colgajo demasiado angosto o demasiado corto pone en peligro el resultado del tratamiento.

Cuando se han hecho las incisiones verticales, se realiza una incisión mesiodistal siguiendo el cuello de los dientes con el bisturí periodontal, para facilitar el desprendimiento del colgajo. Con un elevador de periostio se separa el colgajo y se sostiene con un separador de tejidos. Generalmente basta con un colgajo vestibular o uno lingual. En el caso de un absceso que en un principio fue agudo, los bordes de la incisión hecha el día anterior están unidos y es posible hacer el colgajo de una pieza. Es fundamental disponer

de un aspirador para mantener limpio el campo y proporcionar la visibilidad necesaria.

El colgajo revela algunas de las siguientes lesiones:

Tejido de granulación en el margen gingival.

Cálculos en la superficie radicular.

Superficies óseas con zonas puntiformes sangrantes múltiples.

Una fístula que se abre en la parte externa del hueso, que puede ser sondeada hacia adentro, en dirección del diente.

Tejido esponjoso en el orificio de la fístula.

Eliminación de tejido de granulación, cálculos y alisado de la raíz.

Lo primero es eliminar el tejido de granulación con curetas para proporcionar una visión más clara de la raíz. Se quitan todos los depósitos de la raíz y se alisan las superficies radiculares con azadas y curetas. La fístula se explora y curetea. Se eliminan los puentes marginales de hueso, porque por lo general están afectados patológicamente y actúan como cuerpos extraños que entorpecen la cicatrización.

Se limpia la zona con agua tibia antes de volver el colgajo a su sitio. Por lo general el margen del colgajo contiene una bolsa periodontal tapizada por epitelio que impide que el colgajo se reinserte al diente. Para eliminar

el epitelio de la bolsa, se vuelve el colgajo al revés y se hace un bisel interno a lo largo del margen con una tijera. Se cubren la superficie lingual y vestibular con un trozo de gasa en forma de II, el cual se mantiene allí hasta que cese la hemorragia. Se quita la gasa, se sutura el colgajo y se cubre con apósito periodontal.

Se indica al paciente que no se enjuague por espacio de 24 horas, después de las cuales podrá usar un enjuagatorio de sabor agradable, diluido al tercio en agua tibia, cada cuatro horas. La zona se debe limpiar con suavidad con un cepillo blando e irrigación de agua a presión mediana. El paciente debe volver a la semana siguiente, momento en que se retirará el apósito, las suturas y se enseñará el control de la placa. No siempre es necesario volver a colocar el apósito.

La encía adquiere su aspecto normal a las ocho semanas; la reparación del hueso durará alrededor de nueve meses. Las perspectivas de reparación y relleno óseos son mejores en los defectos producidos por enfermedad periodontal destructiva de evolución rápida.

Operación de gingivectomía para abscesos situados en la pared de una bolsa periodontal.

Primer día:

Si el absceso es agudo, se instituyen las medidas preliminares descritas anteriormente (en el tratamiento del absceso periodontal agudo).

Segundo día:

Cuando ya no existen los síntomas del absceso periodontal agudo el tratamiento es el mismo que se emplea con el paciente desde el principio con un

absceso crónico.

Se aísla la zona, se seca y se pinta con una solución antiséptica y se inyecta para asegurar la anestesia adecuada. Se sondea el absceso para determinar la extensión de la lesión, se marca la zona con una pinza marcadora de bolsas.

Incisión

Se eliminan los cálculos supragingivales y se hace una incisión semilunar alrededor de 2 mm. por fuera de las marcas puntiformes, con bisturíes periodontales números 20G y 21G. La encía incidida se elimina con una azada quirúrgica número 19G exponiendo lo siguiente: tejido de granulación, cálculos y una zona de destrucción ósea a lo largo de la raíz. Se elimina el tejido de granulación, los cálculos y se alisan las raíces. No se toca el hueso. Se limpia la zona con agua tibia y se cubre con un apósito de gasa hasta que cese la hemorragia, después de lo cual, se coloca un apósito periodontal, se despide al paciente con las indicaciones que se dan después de una gingivectomía, se le indica que regrese una semana después cuando se retirará el apósito. No es preciso volver a llevar el apósito otra semana, sólo en caso de que la zona esté particularmente sensible. La salud gingival se restaurará entre las seis y ocho semanas, se observará reparación ósea radiográficamente después de nueve meses.

Indicaciones después de una gingivectomía

Si se desprenden partículas de apósito durante la semana, no hay que preocuparse mientras no exista dolor, si se rompe un poco de apósito y siente dolor, o los bordes ásperos irritan la lengua o el carrillo, llamar al consultorio. El problema se remedia fácilmente.

Se receta dieta blanda; evitar las frutas cítricas o jugos de fruta, alimentos muy condimentados o bebidas alcohólicas, causarán dolor. No fumar, el humo y el calor irritarán las encías y demorarán la cicatrización.

Los enjuagatorios no son parte del tratamiento, pero ayudarán a que su boca se sienta fresca. Puede enjuagarse con suavidad las veces que quiera con uno de los enjuagatorios populares. No lo use en forma concentrada, diluya 1/3 de enjuagatorio en 2/3 de agua tibia.

Limpie la superficie del apósito con un cepillo de dientes blando, humedecido con agua sin dentífrico. También es útil el uso de un aparato de irrigación de agua a presión baja y a la temperatura ambiente. Hay que permanecer en reposo el día de la operación.

La hinchazón no es rara, en particular en zonas que demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. La hinchazón por lo general pasa a los tres o cuatro días. Si sintiera dolor, tome dos tabletas de aspirina de 30 mg., cada tres horas.

C A P I T U L O I V

MICROBIOLOGIA

- a) Pus de abscesos
- b) Procedimiento microbiológico
- c) Técnicas comunes de coloración
- d) Antibiograma

a) PUS DE ABSCESOS

Si el absceso es cerrado, se desinfecta la piel con alcohol, merthiolate, y se hace una incisión con bisturí; se ejerce una ligera presión con los dedos para que la pus salga, impregnando con él uno o dos hisopos. Si la lesión es abierta se descarta la parte exterior para obtener la muestra de la parte más profunda.

b) PROCEDIMIENTOS MICROBIOLÓGICOS

Los resultados proporcionados por el laboratorio se basan estrictamente en lo observado al examen microscópico y lo encontrado en los cultivos y pruebas experimentales. Por lo tanto dependerá de cómo y cuándo se tomen las muestras, de que sean las adecuadas, el cuidado de conservarlas, etc.

Las cantidades a tomar deberán ser suficientes, depositadas en recipientes estériles y en condiciones asépticas; no deben constituir un peligro para las persona que lo transportan o manipulan, su remesa garantizará su preservación y pronta entrega. Las muestras deberán ir acompañadas de información clínica suficiente, especialmente como guía en la selección de las distintas pruebas a emplear por el laboratorio.

A continuación presento siete reglas que rigen la toma de muestras.

1. El material a utilizar en la toma de la muestra (pinzas, bisturíes, hisopos, envases, etc.).

2. La muestra ha de tomarse en condiciones que no representen peligro de contagio personal para quienes lo transporten al laboratorio.

3. Obtenerla lo más libre de contaminación que se pueda, entregando la muestra que se desea examinar directamente del área infectada y en condiciones asépticas, especialmente cuando es enviada para cultivo.

4. Si la muestra se manda para observación microscópica, el frotis debe prepararse en una lámina limpia y fijada de inmediato por calor.

5. Si es para cultivo, no agregar ningún antiséptico que pueda lesionar el germen y enviarla a la brevedad posible al laboratorio.

6. Enviar la cantidad conveniente en cada caso y tratándose de frotis, dos por lo menos.

7. Rotularla debidamente, indicando el nombre del paciente, fecha, procedencia de la muestra, objetivo del examen y si el paciente ha recibido antibióticos o compuestos sulfamídicos y de qué tipo.

Esquema de hoja para remisión de muestras destinadas a examen microbiológico.

Nombre del paciente _____

Edad _____ Sexo _____ Domicilio _____

Fecha de la toma _____ Fecha del envío _____

Conservado en _____ Refrigeración _____

Congelación _____ Temperatura ambiente _____

Medio de enriquecimiento _____ Solución tamponada _____

otro _____

Enviada por _____ expreso _____ correo _____

entrega personal _____

Breve descripción clínica del uso _____

Tratamiento con los siguientes antibióticos y quimioterápicos _____

Indicar qué tiempo _____

Vacunaciones anteriores y fecha _____

Examen solicitado _____

Servicio o médico remitente _____

Firma _____

c) TECNICAS COMUNES DE COLOPACION

Coloración por el método de Gram (para la tinción de bacterias en general):

Colorantes y reactivos

Solución de cristal violeta:

Solución A

Cristal violeta..... 2 g.
Alcohol etílico.....30 ml.

Solución B

Oxalato de amonio..... 0.8 g.
Agua destilada.....20 ml.

Se diluye la solución A al 10% en agua destilada y se mezcla con igual volumen de la solución B.

Solución de Lugol

Yodo..... 1 g.
Yoduro de potasio..... 2 g.
Agua destilada.....200 ml.

Decolorante

Alcohol de 95°

Contraste (solución de fuscina)

Fuscina básica..... 0.10 g.
Agua destilada.....100 ml.

TECNICA

1. Preparar el frotis y fijarlo al calor.
2. Colocar la preparación fijada con la solución de cristal violeta durante un minuto.
3. Lavar con la solución yodada (Iugol).
4. Cubrir el frotis con Iugol durante un minuto.
5. Escurrir y decolorar por alcohol hasta que no arrastre más cristal violeta.
6. Lavar con agua.
7. Contrastar con la solución de fuscina durante un minuto.
8. Lavar con agua, secar al aire y examinar con objetivo de inmersión.

Este método divide a las bacterias en dos grupos; grampositivas y gramnegativas. Al colorear los gérmenes con cristal o violeta de genciana y añadirles una solución débil de yodo (Iugol) se combina con algunos componentes de la célula bacteriana que son retenidos por la membrana citoplasmática cuando se tratan con alcohol, otros en cambio liberan rápidamente el colorante por lo que no aparecerán en la visión microscópica a no ser que se contratiñeran con algún otro tinte biológico como la safranina o la fuscina. Por lo tanto los microorganismos que conservan el cristal o la violeta de genciana se observan de azul (grampositivos) y los que no lo hacen (gramnegativos), muestran un color que corresponde al utilizado con el contraste, que en este caso sería rosa para la safranina y rojo para la fuscina.

d) ANTIBIOGRAMA

Generalmente, la sensibilidad de los gérmenes hacia los antibióticos y quimioterápicos es probada por una técnica sencilla que consiste en sembrarlos de manera uniforme en medio sólido y colocar de inmediato sobre el cultivo los discos de papel de filtro que contiene las sustancias a probar. Es conveniente que el caldo a sembrar en la placa de prueba, sea el crecimiento de cinco o más

colonias idénticas previamente aisladas. Después de un periodo de incubación variable de horas, se procede a leer con vernier o compás, el diámetro del halo inhibitorio alrededor de los discos, el tamaño de estos se interpreta según la guía proporcionada para cada antibiótico. Para el disco de Kanamicina un halo de 13 mm. indica resistencia; entre 14 y 17 mm. susceptibilidad moderada y 18 o más de susceptibilidad.

Existen técnicas variadas, como la turbidométrica y de doble capa, que la concentración de los discos es estandarizada según niveles sanguíneos fáciles de obtener en el organismo; que como toda prueba in vitro no está en juego un factor ponderable como el paciente mismo y que es indispensable el empleo de medios de cultivo apropiados para la prueba y de discos con potencia de acción comprobada.

C A P I T U L O V

FARMACOBIOLOGIA

- a) Precaución en el uso de antibióticos
- b) Vías de administración
- c) Prescripción de antibióticos

FARMACOBIOLOGIA

a) PRECAUCION EN EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS

Los antibióticos son capaces de causar efectos tóxicos, alérgicos u otros cuadros indeseables. Las reacciones adversas a las drogas suelen clasificarse bajo títulos de intolerancia, idiosincrasia y alergia. En la intolerancia los efectos característicos del fármaco aparecen con una dosis muy pequeña. En la idiosincrasia el individuo reacciona al fármaco de una manera característica que no podría preverse en la investigación en animales. En la alergia, el paciente se sensibiliza al fármaco y responde al mismo con una reacción de tipo alérgico o anafiláctico. El efecto perjudicial de muchos medicamentos, especialmente los efectos tóxicos, están relacionados con factores tales como la dosificación, duración de la administración, de la edad del paciente, el estado de las funciones renales y hepáticas del paciente.

Una droga que sería peligrosa a largo plazo es posible utilizarla durante un breve período. La dosificación a largo plazo rara vez, o nunca, es necesaria en periodoncia.

b) VIAS DE ADMINISTRACION

1. Bucal

Es indolora, conveniente y económica, por lo tanto es frecuentemente usada. El comienzo de la acción es retardada después de la administración bucal, en comparación con el efecto que se produce después de la administración parenteral. En una situación de urgencia cuando es importante que el efecto se produzca rápidamente, o si el paciente es incapaz de deglutir, se debe elegir otra vía.

2. Rectal

Algunos medicamentos se pueden dar en supositorios o, menos comúnmente, en enema. Los medicamentos que pueden ser irritantes por vía bucal son mejor tolerados cuando se administran por ésta vía.

3. Subcutánea

Las soluciones o suspensiones de los medicamentos se pueden inyectar en el tejido subcutáneo areolar.

4. Intramuscular

El músculo está más vascularizado y es menos sensible que el tejido subcutáneo, y las suspensiones o soluciones irritantes son mejor toleradas cuando se administran intramuscularmente. La absorción en el sitio intramuscular es algo más rápida que en sitios de inyección subcutánea.

5. Intravenosa

La vía intravenosa hace posible la dilución rápida del material cáustico y el comienzo de la acción, aún más rápido que después de la administración intramuscular o subcutánea.

Aun cuando el volumen y la velocidad de la inyección sean cuidadosamente controlados, la vía intravenosa tiene muchos más riesgos que otras vías de administración, debido a la elevada concentración local que puede resultar de los medicamentos.

6. Intraarterial

Los medicamentos se pueden inyectar en la arteria que irriga un área específica del cuerpo para lograr una concentración alta en dicha área, antes

de que ocurra la dilución en todo el volumen del plasma.

Se puede utilizar para inyectar medios de contraste para rayos X en la arteriografía y es el ejemplo más común del empleo de esta vía.

7. Intradérmica

Para pequeñas cantidades (menores que 0.5 ml) de un líquido isotónico se puede inyectar en la piel. Si la inyección es propiamente superficial. Los antígenos para las pruebas cutáneas se inyectan de esta manera.

8. Mucosa bucal

Las tabletas que contienen medicamentos se pueden colocar debajo de la lengua (sublingualmente) o entre la mucosa gingival y bucal. La barrera de la mucosa está presente, pero la absorción es mucho más rápida que si fuera deglutido.

9. Inhalación

Además de los anestésicos volátiles, los microcristales o los aerosoles pueden ser rápidamente absorbidos por inhalación. El efecto puede ser más intenso sobre los tejidos del pulmón, pero el efecto es general, o sea que, la absorción es rápida.

10. Intratecal

Esta aplicación de contraste para rayos X y los anestésicos espinales se administran con frecuencia intratecalmente.

11. Tópica

Esta aplicación puede ser a la piel y a la superficie mucosa. Los me-

dicamentos son bien absorbidos a través de la superficie mucosa y el efecto terapéutico se obtiene fácilmente. Sucede todo lo contrario con la aplicación directa a la piel que es una barrera para la absorción de la mayoría de los medicamentos.

Drogas de administración sistémica

Las drogas de administración sistémica se administran por vía parenteral (intramuscular, subcutánea, intramuscular y bucal).

Parenteral

El uso parenteral proporciona absorción y efectos rápidos de la droga, la asepsia quirúrgica es fundamental para prevenir la infección. Las inyecciones intravenosas producen una acción casi inmediata y se les suele emplear con drogas relativamente inocuas y vitaminas.

Bucal

En la administración bucal la absorción de la droga es en el tubo gastrointestinal, sus ventajas sobre las inyecciones parenterales es que son de administración fácil, relativa seguridad debido a la asimilación gradual y la ausencia de complicaciones en la zona de inyección. Sin embargo, el hecho de que muchas drogas son destruidas en el tubo gastrointestinal y el lapso entre la administración y el efecto relativamente largo de acción impiden la administración por vía bucal en determinadas circunstancias.

c) PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS

Se deben administrar antibióticos como auxiliares en la terapéutica paradontal y periapical, ya que alteran la flora microbiana y reducen la inflamación durante la reparación después de la cirugía.

Entre los antibióticos más eficaces en periodoncia están:

Penicilina G Procaína

Penicilina G Potásica

Penicilina G Sódica

Eritromicina

Clorhidrato de lincomicina (Lincocin)

Cefalosporinas (Cefalotina)

Tetraciclinas

La Penicilina G Procaína es la droga de elección para los procesos agudos y se puede administrar en tabletas o en cápsulas de 250 mg. o 400,000 U cada seis horas.

Por vía intramuscular se administrará cada 12 horas un frasco Amp. de 800,000 U.

En pacientes que sean sensibles a la penicilina deberá administrarse Eritromicina (Lincocin), Tetraciclina en dosis de 250 mg. cuatro veces al día.

Analgésicos y narcóticos

Los analgésicos y narcóticos son drogas que se emplean para aliviar el dolor.

Bufferin tabletas, analgésico.

Acido acetilsalicílico buffer 0.03 g.

Carbonato de magnesio 0.1 g.

Clícerato de aluminio	45 mg.
Excipiente c.b.p.	0.12 g.

La dosis para adultos es de dos tabletas cada tres horas. Es eficaz y no produce trastornos gástricos que a veces genera el ácido acetilsalicílico.

Codispril tabletas, analgésico soluble

Acido acetilsalicílico	0.500 g.
Fosfato de codeína	0.008 g.
Carbonato de calcio	0.150 g.
Acido cítrico	0.050 g.
Excipiente	0.741 g.

Las tabletas se disuelven rápidamente en el agua, se absorbe rápidamente y no provoca irritación en la mucosa gástrica.

Está indicado en preoperatorio, cirugía bucomaxilar, postoperatorio y neuralgia de origen dental.

Dosis: adultos 1 a 2 tabletas 3 ó 4 veces al día. Niños mayores de 7 años de 1/2 a 1 tableta 3 a 4 veces al día.

Reacciones secundarias: puede producir constipación y en niños menores de 7 años oclusión intestinal, gastritis, úlcera gastroduodenal activa.

Dipirona tabletas, jarabe, gotas, ampollitas y supositorio. Analgésico - anti
píretico - antiinflamatorio.

La Dipirona es monohidrato de 1-fenil-2, 3 dimetil-4 metilamonometano sulfonato-5 pirazona de sodio.

Los derivados de la pirazolona participan de las propiedades generales de los salicilatos; pero los efectos analgésico y antipirético se muestran con rapidez y no hay peligros gástricos como con los salicilatos. La dipirona es rápida y casi completamente absorbida. Se le encuentra en la orina 30 minutos después de su administración oral.

Como antipirético incrementa la pérdida de calor y reduce la temperatura de los procesos febriles.

El efecto analgésico de la dipirona es resultado de una influencia directa sobre los centros nerviosos. Actúa por acción sobre el sistema nervioso central. Parte de su eficacia analgésica puede atribuirse a su acción antiinflamatoria.

Indicaciones: puede emplearse en tratamiento sintomático de cualquier afección caracterizada por dolor agudo y fiebre como: gripe, neumonía y en enfermedades infecciosas.

Odontología: la dipirona se recomienda para después de las extracciones dentales, en odontalgias, en el dolor postoperatorio y en todos los procesos dentales que requieran analgesia.

Advertencia: se ha observado granulocitopenia en pacientes sensibles, después del tratamiento con derivados de la pirazolona.

Precauciones: no debe excederse la dosis recomendada. No debe usarse más de diez días sin consentimiento médico.

Contraindicaciones: antecedentes de intolerancia o reacción a la antipirina, aminopirina o dipirona, enfermedad hepática.

Reacciones secundarias: vómito, náuseas, gastritis, urticaria, diarrea. No debe administrarse en pacientes con úlcera péptica, disfunción hepática o renal avanzada, alergia al medicamento, insuficiencia cardíaca, oliguria, insomnio y nefritis.

Dosis

Tabletas.- Adultos 1 ó 2 tabletas 3 ó 4 veces al día según la intensidad del dolor y sus causas. Niños media a una tableta 2 ó 3 veces al día según la edad.

Ampolletas.- De 2 ml y 5 ml media a una ampolleta por vía intramuscular o endovenosa muy lenta, repitiendo la inyección si es necesario hasta 3 veces al día.

Jarabe.- Con sabor a plátano. Niños menores de dos años a juicio del médico. De 2 a 4 años 1/2 a 1 cucharadita (75 a 150 mg). De 2 a 6 años 1 a 1 1/2 cucharaditas (150 a 225 mg). De 6 a 14 años 1 1/2 cucharaditas (225 a 300 mg). Estas dosis pueden repetirse 3 a 4 veces al día.

Gotas.- Niños menores de 5 años: 2 gotas (50 mg) por año de edad, tres veces al día, mayores de 5 años 10 gotas (250 mg) 3 veces al día. Puede mezclarse con leche, refresco, miel o cualquier otro edulcorante.

Supositorios.- Adulto e infantil 1 a 3 supositorios al día.

Demerol ampolletas, analgésico - espasmolítico - sedante.

Cada ampilleta de 2 ml contiene 100 mg de meperina.

Está indicado en el alivio del dolor de mediana a gran intensidad (en dolores intensos que producen insomnio).

No está indicado en personas con alergia a la meperidina.

Sus reacciones secundarias pueden ser: raramente depresión respiratoria, y en grado menor: depresión circulatoria, paro respiratorio, shock y paro cardiaco. Las más frecuentes son ofuscación mental, mareo, sedación, náusea, vómito y transpiración.

Nota: sólo se vende con receta.

Cada caja contiene una ampilleta de 100 mg en 2 ml.

Antibióticos

Penprosodina inyectable.

Penicilina G Sódica

Cristalizada.....100,000 U 200,000 U 500,000 U

Penicilina G

Procaínica.....300,000 U 600,000 U 1.500,000 U

Agua inyectable

Esterilizada..... 2 ml 2 ml 2 ml

Cada frasco contiene 400,000 U 800,000 U 2.000,000 U

Está indicado cuando hay infecciones producidas por gérmenes susceptibles a la penicilina.

Se contraíndica cuando se sabe que existe sensibilidad a la penicilina.

Reacciones secundarias: al igual que con todos los antibióticos pueden presentarse reacciones alérgicas.

Administración: por vía intramuscular.

Dosis: de acuerdo a la intensidad del padecimiento.

Penicilina G Sódica Cristalizada, solución inyetable.

Penicilina G sódica cristalizada..... 1.000,000 U 5.000,000 U y 10.000,000 U.

No se debe administrar a personas con reacciones alérgicas a la penicilina. Pueden presentarse reacciones alérgicas secundarias.

Dosis: variable por la intensidad del padecimiento y su administración

debe dejarse a juicio del médico.

Presentación: la Penicilina G Sódica viene en frascos ampula con 1, 5 y 10 millones de U.I.

Ampicilina

Es una penicilina con amplio espectro antibacteriano.

Su presentación es:

Frasco con 1.5 y en 60 ml, suspensión para lactantes.

Frasco con 3.0 y en 60 ml, suspensión para niños.

Frasco con 12 cápsulas de 250 mg.

Frasco con 8 cápsulas de 500 mg.

Caja con 6 comprimidos de 0.1 g.

Frasco ampula con 250 mg y diluyente.

Frasco ampula con 500 mg y diluyente.

Frasco ampula con 1.0 g y diluyente.

Frasco ampula con 2.0 g y diluyente.

Frasco ampula con 5.0 g y diluyente para venoclisis.

Dosis:

Adultos: hasta niños de edad escolar.- 1 a 2 cápsulas de 500 mg cada seis a ocho horas, también puede ser intramuscular en su equivalente a 1.0 g.

Adultos: 1 comprimido de 1.0 g cada 6-8 horas.

Niños pequeños y lactantes: Es conveniente calcular la dosis a razón de 50 a 200 mg por kg de peso y fraccionadas en varias tomas al día.

Suspensión: niños hasta un año de edad una cucharadita cuatro veces al día (de la suspensión para lactantes). De uno a tres años de edad: dos cucharaditas cuatro veces por día (de la suspensión para niños). De tres a cinco años de edad: tres cucharaditas cuatro veces por día (de la suspensión para niños).

Este medicamento está indicado en las enfermedades urinarias, respiratorias, digestivas y biliares. En diversas infecciones bucales, en abscesos bucales.

Contraindicaciones: no debe administrarse a pacientes alérgicos a la penicilina, ni a personas sensibles a las cefalosporinas por peligro de alergia cruzada.

Reacciones secundarias: en algunos casos puede presentarse diarrea, en pacientes sensibles pueden presentarse síntomas de alergia.

Ampicilina

Es un antibiótico con amplio espectro antibacteriano.

Presentación:

Tabletas con 1 g de ampicilina en caja de 6.

Cápsulas de 250 mg de ampicilina en caja con 12.

Suspensión con 500 mg de ampicilina 5 ml, frasco de 60 ml

- Suspensión con 250 mg de ampicilina 5 ml, frasco de 60 ml.
- Suspensión con 125 mg de ampicilina 5 ml, frasco de 60 ml.
- Suspensión con 100 mg de ampicilina 5 ml, frasco de 60 ml.
- Frasco ampula con 1 g de ampicilina en 3 ml.
- Frasco ampula con 500 mg de ampicilina en 2 ml.
- Frasco ampula con 250 mg de ampicilina en 2 ml.
- Frasco ampula con 125 mg de ampicilina en 2 ml.

Indicaciones: infecciones de las vías respiratorias, genitourinarias, infecciones de la piel, tejidos blandos, abscesos dentarios, alveolitis.

Contraindicaciones: hipersensibilidad a la penicilina.

Al igual que con los demás medicamentos éste puede presentar reacciones alérgicas.

Dosis:

Adultos: 1 g cada seis u ocho horas, en casos graves esta dosificación puede aumentarse.

Niños: de 50 a 300 mg/kg/día en dosis fraccionadas. Una cucharadita (5 ml) con 250 - 500 mg cada 6 horas.

Sulfametoxazol

	cada tableta contiene		cada 100 ml contienen
	Infantil	Adulto	
Trimetoprim	20 mg	80 mg	0.800 g
Sulfametoxazol	100 mg	400 mg	4 0 g

Indicaciones: infecciones de las vías respiratorias, infecciones del sistema digestivo, abscesos y heridas infectadas.

Contraindicaciones: no debe administrarse en pacientes con padecimientos renales, hipersensibilidad a las sulfamidas, en el embarazo; tampoco en niños prematuros, ni recién nacidos durante los tres primeros meses de vida.

Este medicamento es bien tolerado en las dosis recomendadas. A pesar de ello puede haber: cefaleas, náuseas, vómitos, hepatitis y síndrome de Steven-Johnson, fiebre.

El Sulfametoxazol se administra a intervalos de 12 horas, de preferencia por la noche y la mañana, después de las comidas.

En las infecciones agudas es necesario prescribirlo durante 5 días por lo menos o bien hasta que el enfermo quede exento de síntomas durante dos días.

Presentación: adulto.- caja con 20 tabletas. Niños.- frasco con 100 ml.

Sulfametoxazol comprimidos y suspensión.

Antimicrobiano bactericida de amplio espectro

Comprimidos	Trimetoprim	Sulfametoxazol
Para adultos	80 mg	400 mg
Infantiles	20 mg	100 mg
Suspensión		
Cada 5 ml	40 mg	200 mg

El efecto bactericida deriva de un principio: el bloqueo de dos enzimas que catalizan reacciones sucesivas en la biosíntesis del ácido fólico en el microorganismo.

Este medicamento no está indicado en el embarazo, ni en lactantes, y menores de tres meses de edad. Está contraíndicado en las afecciones renales, y en pacientes con hipersensibilidad a las sulfamidas o al trimetoprim.

Sus reacciones secundarias, generalmente son: náuseas, vómito y síndrome de Steven-Johnson. Aunque siguiendo la dosis recomendada es bien tolerado.

Posología.- Se administra a intervalos de 12 horas y durante cinco días por lo menos. Cuando la función renal está perturbada, hay que reducir la dosis o prolongarla a intervalos entre las tomas para evitar los por menores de la acumulación.

Sus presentaciones son: frasco con 100 ml, comprimidos para adultos y para niños: frasco con 20 tabletas.

Clorhidrato de lincomicina.

Antibiótico bactericida.

No se recomienda usarlo en niños menores de un mes, pacientes con enfermedades renales, hepáticas, endocrinas o metabólicas existentes. Como toda nueva droga se debe usar con la precaución necesaria en la mujer embarazada y cuando hay sensibilidad conocida de la droga.

Sus reacciones secundarias suelen ser: diarrea, y en casos graves acompañada de moco y sangre, en ocasiones se asocia a la aparición de colitis aguda. Ocasionalmente vómitos, meteorismo, irritación rectal, vaginitis, urticaria y comezón.

Presentación:

Clorhidrato de Lincomicina inyectable adultos: fco. ampula con 2 ml, monohidratada equivalente a 600 mg de lincomicina base.

Clorhidrato de Lincomicina inyectable pediátrico: fco. ampula de 1 ml que contiene 300 mg. de lincomicina base.

Clorhidrato de Lincomicina cápsulas: cada cápsula contiene 500 mg. En cajas con 16 cápsulas.

Clorhidrato de Lincomicina jarabe: fco. con 80 ml. Cada cucharadita contiene 5 ml y equivale a 250 mg de lincomicina base.

Posología y Administración

Clorhidrato de Lincomicina cápsulas y solución estéril:

Adultos casos leves.- Oral: 1 cápsula de 500 mg tres veces al día intramuscular, ampula de 2 ml, cada 24 horas.

Adultos casos graves.- 1 cápsula de 500 mg cuatro veces al día; intramuscular, ampula de 2 ml, cada 12 horas. 600 mg (2 ml).

Niños casos leves**.- 30 mg/kg día en cuatro dosis iguales; intramuscular, 10 mg/kg cada 24 horas.

Niños casos graves.- 60 mg/kg día en 3 o cuatro dosis iguales; intramuscular, 10 mg/kg cada 12 horas.

**El Clorhidrato de Lincomicina jarabe sólo se debe dar a niños mayores de un mes. El cálculo de dosificación oral deberá basarse en 30 a 60 mg/kg día. Se sugiere la siguiente tabla posológica:

Edad	Peso	Dosificación
6 meses - 2 años	7 - 11.5 kg	1/2 cucharadita tres veces al día
2 - 7 años	13 - 21.0 kg	1 cucharadita tres veces al día
7 - 12 años	23 - 33.5 kg	1 1/2 cucharadita tres veces al día

Cefalexina, antibiótico - bactericida

Cada 5 ml de suspensión contienen:

Monohidrato de cefalexina..... 125 mg

Monohidrato de cefalexina..... 250 mg

Cada tableta contiene:

Monohidrato de cefalexina..... 125 mg

Monohidrato de cefalexina..... 250 mg

Puede administrarse al mismo tiempo que las comidas o en forma separada.

Antes de iniciar el tratamiento se debe investigar si el paciente ha tenido reacción de hipersensibilidad a las cefalexinas o a las penicilinas.

Sus reacciones secundarias han sido: diarrea, vómito, náuseas, prurito anal, genital, urticaria, fatiga y cefalea

La dosis para adultos varía de 1 a 4 gramos diarios en tomas fraccionadas, de 250 mg cada seis horas, o de 500 mg cada ocho horas.

La dosis recomendada en niños es de 25 a 50 mg por kilo de peso por día, dividida en cuatro tomas. La tabla siguiente puede servir de guía para la posología en los niños.

Cefalexina suspensión	125 mg/5 ml	250 mg/5 ml
Peso del niño	cuatro veces al día	cuatro veces al día
10 kg	1/2 a 1 cucharadita	
20 kg	1 a 2 cucharaditas	1/2 a 1 cucharadita
40 kg	2 a 4 cucharaditas	1 a 2 cucharaditas

Presentación

C - polvo para suspensión: fco de 60 ml 125 mg de monohidrato de cefalexina

C - cápsulas: fco. con 12, cada una contiene 250 mg de monohidrato de cefalexina.

C - tabletas: fco. con seis. Cada una contiene 500 mg de monohidrato de cefalexina.

C - suspensión: fco. de 60 ml cada cucharada (5 ml) de la suspensión contiene 250 mg de monohidrato de cefalexina.

Eritromicina, antibiótico de espectro medio.

Cápsulas: fco. con 12:

Estolato de eritromicina equivalente a 250 mg de eritromicina base

Tabletas: frasco con 8

Estolato de eritromicina equivalente a 500 mg de eritromicina base.

Suspensión: frasco con 60 ml, cada cucharada contiene 5 ml de estolato de eritromicina equivalente a 250 mg de eritromicina base.

Suspensión: frasco con 100 ml, cada cucharada contiene 5 ml de estolato de eritromicina equivalente a 125 mg de eritromicina base.

La eritromicina se debe tomar en ayunas o después de los alimentos. Se puede acompañar de náuseas, vómitos, cólicos abdominales y fiebre. Rara vez se han presentado reacciones alérgicas. Como la eritromicina se excreta por el hígado principalmente, se debe administrar con cuidado en pacientes con insuficiencia hepática. Ocasionalmente se han presentado alergias graves incluyendo anafilaxis.

Este medicamento se puede utilizar en pacientes que tengan sensibilidad comprobada a las penicilinas y cefalosporinas.

Dosis y administración:

Adultos.- La dosis indicada es de 250 mg cada seis horas o 500 mg cada ocho horas.

Niños.- La dosis es de 20 a 50 mg por kilo de peso por día, dividida en 2, 3 ó 4 tomas al día a intervalos regulares. En infecciones más graves se puede doblar la dosis.

Tetraciclina AMSA, antibiótico de amplio espectro, cápsulas.

Cada cápsula contiene clorhidrato de tetraciclina: 250 mg.

Está indicado cuando se sospecha la presencia de un proceso persistente de infección o inflamación.

Este medicamento está contraindicado en los tres primeros meses del embarazo y en los padecimientos hepáticos graves.

Hay reacciones secundarias en el aparato digestivo, náusea, vómito, diarrea, anorexia, colitis, prurito anal, reacción de hipersensibilidad y urticaria.

La dosis es de una cápsula cada seis horas lejos de los alimentos (media hora antes o tres y media horas después). No es recomendable en niños menores de 12 años.

Presentación: frasco con ocho cápsulas.

Dicloxacilina sódica.

Es un bactericida seguro que no produce toxicidad hepática, no produce colitis ni tiene alta incidencia de diarrea. Tampoco afecta los dientes o huesos.

Está indicado en el tratamiento oral en las infecciones que responden a las penicilinas; amigdalitis, sinusitis, otitis, donde existan bacterias

grampositivas, incluyendo las originadas por estafilococo resistente.

Está contraindicado en pacientes con sensibilidad a la penicilina. Al igual que todos los antibióticos puede presentar reacciones alérgicas.

Posología:

Adultos.- 1 a 2 cápsulas -250 a 500 mg- cada seis horas.

Niños hasta dos años.- 1/2 a 1 cucharadita -62.5 a 125 mg- cada seis horas.

Niños de 2 a 10 años.- 1 a 2 cucharaditas -125 a 250 mg- cada seis horas.

En casos severos estas posologías pueden incrementarse sin ningún riesgo.

Presentaciones:

Frasco con 12 cápsulas de 250 mg.

Frasco con 60 ml de jarabe pediátrico.

Frasco-ampula de 250 mg.

Frasco-ampula de 500 mg.

Anestésicos.

Lidocaina. Anestésico loco-regional.

Su periodo de latencia es muy breve. La extensión y profundidad es de 2 a 3 veces mayor que la que producen los anestésicos procaínicos. Variando su concentración de volumen y vasoconstrictor se puede controlar la duración dentro de límites muy amplios. La Lidocaina aplicada sobre las mucosas tam -

bién constituye un excelente anestésico tópico.

Presentación:

Cartuchos dentales al 2%, cajas de plástico con 50 cartuchos de 1.8 ml.

Cartuchos dentales al 2%, con epinefrina 1:100,000. Cajas de plástico con cartuchos de 1.8 ml.

Spray dental al 10%. Frasco aerosol de 80 g.

Unguento al 5%. Tubo de 35 g.

Hasta la fecha no se conocen contraindicaciones para la Xylocaina, debiendo valorar su uso en aquellas personas que se sabe son hipersensibles a los anestésicos locales.

Reacciones secundarias.- Con sobredosificación o en personas hipersensibles pueden presentarse: mareos, náuseas, escalofríos y nerviosidad

Citanest Octapresin. Anestésico loco-regional.

La combinación de propiedades hace del agente anestésico local como del localizador, una solución eminentemente adecuada con un máximo de seguridad en odontología.

Es el primer sustituto adecuado de la adrenalina, que confiere un periodo prolongado de anestesia sin reacciones sistémicas.

En esta preparación, exclusivamente bloqueadora del dolor, no se han observado los efectos secundarios característicos como en otras preparaciones semejantes con diferentes vasoconstrictores.

Es un anestésico local seguro que llena los requisitos clínicos siguientes: alta frecuencia de anestesia satisfactoria, corto periodo de latencia, buen poder de difusión, duración suficiente para la ejecución de todos los procedimientos dentales; un nuevo agente eficaz y adecuado para todos los tipos de pacientes y además con muy buena estabilidad.

Lo encontramos en cartuchos dentales al 3% de Citanest y Octapresin al 0.003 U.I x ml en cajas de plástico con 50 cartuchos.

CONCLUSIONES

De lo recordado anteriormente nos damos cuenta que para diagnosticar acertadamente es necesario elaborar una buena historia clínica; pues es importante darnos cuenta del estado de salud de nuestro paciente, lo cual sólo se logra con ésta.

Independientemente del tratamiento que se realice en el absceso periapical o parodontal, el tratamiento pre-operatorio y post-operatorio es el mismo, teniendo como fin evitar las molestias y el dolor, por lo que incluimos un capítulo de antibióticos y analgésicos, del cual se utilizarán los que el Cirujano Dentista considere sea el más indicado.

Para evitar la reincidencia de la enfermedad, en los casos de abscesos crónicos, es necesario instruir al paciente acerca del peligro que existe en la indolencia y así poder prevenirlo.

B I B L I O G R A F I A

- Periodontología Clínica
Glickman, Irving
Cuarta Edición. Editorial Interamericana.
- Periodontología
Stone, Stephen
Primera Edición. Editorial Interamericana.
- Enfermedad Periodontal Avanzada
Prichard, John F.
Tercera Edición. Editorial Labor, S.A.
- Manual de Farmacología Clínica
Meyers, Jawetz, Goldfien
Cuarta Edición. Editorial El Manual Moderno, S. A.
- Microbiología Médica
Divo, Alejandro
Tercera Edición. Editorial Interamericana.
- Patología Bucal I
Thomas, Kurt
Segunda Edición en Español. Unión Tipográfica Editorial
Hispano Americana.
- Endodoncia
Lasala, Angel
Tercera Edición. Editorial Salvat.
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM
28a. Edición Mexicana.
- Diccionario Médico Teide
Segatore, Poli
Quinta Edición. Editorial Teide.