

Legislativa
(179)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERAPEUTICA ODONTOLÓGICA EN EL EMBARAZO

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

MARIO CASTILLA CASTILLA

1 9 7 9

14562



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.

I.- FISILOGIA DEL EMBARAZO.

II.- GINGIVITIS DEL EMBARAZO Y CLASIFICACION.

A).- AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

B).- AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL.

III.- TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO.

A).- TECNICA DE LEGRADO Y CURETAJE EN EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

B).- REMOCION DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL.

IV.- STRES EMOCIONAL.

V.- ANESTESIA.

A).- TIPOS DE ANESTESICO LOCAL.

B).- ABSORCION.

C).- METABOLISMO.

D).- EFECTOS SECUNDARIOS Y TOXICIDAD.

E).- POSICION DEL PACIENTE PARA RECIBIR EL ANESTESICO.

VI.- LA CARIES Y SU RELACION CON EL EMBARAZO.

VII.- TRATAMIENTO ENDODONTICO.

A).- TRATAMIENTO PREVENTIVO.

B).- RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

C).- RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO.

D).- PULPOTOMIA.

E).- PULPECTOMIA.

VIII.- EXODONCIA.

A).- INDICACIONES.

B).- CONTRAINDICACIONES.

C).- TECNICAS.

IX.- ANTIBIOTERAPIA.

A).- PENICILINAS.

a).- PENICILINAS NATURALES.

b).- PENICILINAS BIOSINTETICAS.

B).- AMPICILINA.

C).- HETACILINA.

D).- METAMPICILINA.

E).- PIVAMPICILINA.

F).- CARBENICILINA.

G).- ERITROMICINA.

H).- LEUCOMICINA.

I).- TETRACICLINA.

J).- CEPALOSPORINA.

K).- NITROFURAZONA.

X.- EFECTOS RADIOLOGICOS.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION .

LA INADECUADA ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA EN EL CONSULTORIO DENTAL, AUN EN ESTA EPOCA, ES CONSIDERABLE. ESTO ES LO QUE ME INDUCE AL DESARROLLO DEL PRESENTE TRABAJO, ESPERANDO QUE LA RECOPIACION BIBLIOGRAFICA REALIZADA AYUDE A LA PLANEACION DEL TRATAMIENTO ADECUADO QUE SE DEBERA LLEVAR A CABO.

LA MUJER EN GESTACION NO REPRESENTA GRAN O NINGUN PROBLEMA EN SU TRATO CLINICO SI EL C.D. ESTA CAPACITADO PARA INICIARLO, SI SU MEDICACION ES NECESARIA SE LLEVARA A CABO INMEDIATAMENTE BASANDONOS EN CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS, LOGRANDO ASI SELECCIONAR LA DROGA MAS CONVENIENTE PARA LA TERAPEUTICA ADECUADA, TENIENDO EN CUENTA EL DESARROLLO DEL EMBARAZO Y DE LAS ESTRUCTURAS DEL PRODUCTO.

SE SABE QUE EN EL CURSO DEL EMBARAZO SE INFIEREN LESIONES EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA A DIENTES Y PARODONTO, EN LA CIMA DE ESTAS AFECIONES ENCONTRAMOS LA CARIES Y LAS PARODONTOPATIAS A LAS QUE HAY QUE TRATAR Y/O PREVENIR APLICANDO EL O LOS VALORES DE PREVENCION ADECUADA (LEBEL Y CLARK).

EL TRATO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL DEBERA LLEVARSE A CABO USANDO LA PSICOLOGIA APLICADA PARA EL MANEJO DE ESTE TIPO DE PACIENTES, CONSIGUIENDO CON ESTO LA BAJA DE TEMORES, QUE SON EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LOS QUE NOS DAN COMO RESULTADO EL STRESS, CAUSANTE DIRECTO DE LOS ACCIDENTES MAS FRECUENTES QUE SE LLEGAN A PRESENTAR; ESTO NO ES PRIVATIVO DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS, SINO QUE ABARCA A TODAS LAS PERSONAS QUE SE LES TRATE EN EL CONSULTORIO.

I.- FISILOGIA DEL EMBARAZO.

LA FECUNDACION CONSISTE EN, LA FERTILIZACION DEL OVULO POR EL ESPERMATOZOIDE Y TIENE LUGAR HABITUALMENTE EN LA TROMPA. ESTO PUEDE CONSEGUIRSE NORMALMENTE, CUANDO EL ESPERMA ES INYECTADO EN LA VAGINA POR MEDIO DEL PENE EN ERECCION Y ARTIFICIALMENTE SI SE INYECTA EL ESPERMA EN LA CAVIDAD DEL UTERO POR MEDIO DE UNA JERINGA UNIDA A UNA SONDA O A UNA GANULA.

LA CABEZA DE UN ESPERMATOZOIDE PENETRA EN EL OVULO, PRODUCIENDOSE LA FUSION DE SUS NUCLEOS O SEA LA FERTILIZACION; EN SEGUIDA EL OVULO FERTILIZADO COMIENZA A DIVIDIRSE INICIANDOSE ASI EL DESARROLLO DEL NUEVO SER.

EN LA MUJER EL MOMENTO OPTIMO PARA LA FECUNDACION, ESTA ALREDEDOR DE LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL, QUE ES CUANDO GENERALMENTE SE PRODUCE LA OVULACION.

EL EMBARAZO DURA POCO MAS DE 280 DIAS, PROBABLEMENTE EL PROMEDIO SEA DE 283 DIAS O SEA UNAS 40 SEMANAS O BIEN 9 MESES 10 DIAS, A CONTAR DEL PRIMER DIA DE LA ULTIMA MENSTRUACION; SE LLEGA A CONOCER EMBARAZOS DE 250-330 DIAS; PERO CUANDO DURA MAS DE 300 DIAS SE CONSIDERA PROLONGADO Y PELIGRO PARA LA VIDA DEL FETO.

EN EL EMBARAZO SE PRESENTAN MODIFICACIONES IMPORTANTES EN TODAS LAS FUNCIONES DEL ORGANISMO MATERNO, QUE DEBE FORMAR Y NUTRIR AL FETO QUE SE DESARROLLA DENTRO DEL UTERO. EL UTERO, TROMPAS Y VAGINA SUFREN HIPERTROFIAS. A LO QUE CONTRIBUYEN, LAS HORMONAS ESTROGENICAS Y LA PROGESTERONA, TAMBIEN SE DESARROLLA LA GLANDULA MAMARIA Y EL PEZON. SE OB-

SERVARAN TAMBIEN PIGMENTACIONES CUTANEAS:

- a).- DE LA CARA, CLOASMA GRAVIDICO.
- b).- DE LA LINEA BLANCA ABDOMINAL.
- c).- DEL MAMELON Y SU AREOLA.

HAY DILATACION DE LAS VENAS (VARICES) DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, - HEMORROIDALES Y PELVIANAS. EXISTE TAMBIEN, UN DESPLAZAMIENTO DE LAS VIGERAS ABDOMINALES Y DEL DIAFRAGMA. SE OBSERVA INHIBICION DE LA OVULACION Y MENSTRUACION, PERSISTENCIA DEL CUERPO AMARILLO Y FUNCION INTENSA DE LA PLACENTA.

EL METABOLISMO DE LA EMBARAZADA SE CARACTERIZA POR UN AUMENTO DEL ANABOLISMO, YA QUE MUCHAS SUBSTANCIAS SON RETENIDAS PARA FORMAR EL FETO COMO SER: NITROGENO, CALCIO, FOSFORO, HIERRO, AGUA Y SUBSTANCIAS MINERALES; DE AHI QUE EN LA DIETA ALIMENTICIA DE LA EMBARAZADA Y LACTANTE DEBAN AUMENTARSE LAS CANTIDADES DE ESAS SUBSTANCIAS. EN LAS ZONAS DE BOCIO DEBE ESTAR INCLUIDO EL IODO PARA EVITAR EL CRETINISMO Y EL BOCIO CONGENITO. EN EL ULTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO EL ESFUERZO NUTRICIONAL MATERNO ES MUY GRANDE YA QUE EL FETO ADQUIERE EN ESE PERIODO EL 75% DE SUS PROTEINAS TOTALES, EL 93% DE SU GRASA, 65% DE CALCIO, 68% DEL FOSFORO, EL 80% DEL HIERRO Y AUMENTA EL 75% DE SU PESO FINAL.

EN REALIDAD NO HAY UN CAMBIO ESPECIFICO EN EL METABOLISMO INTERNO DURANTE EL EMBARAZO, PUES EL AUMENTO EN ESTE SE PUEDE DECIR QUE ES LA SUMA DEL METABOLISMO MATERNO CON EL METABOLISMO FETAL. SI SE DESCUENTA EL PESO Y EL METABOLISMO FETAL SE COMPRUEBA QUE EL METABOLISMO MATERNO NO HA AUMENTADO.

HABRA QUE TENER PRESENTE QUE LAS DEFICIENCIAS NUTRITIVAS SUPRIDAS

POR EL FETO EN EL UTERO PUEDEN REPERCUTIR ULTERIORMENTE SOBRE SU SALUD EN FORMA INDELEBLE Y PROFUNDA.

EXISTE UNA DISMINUCION EN LA RESERVA ALCALINA DE LA SANGRE TENIENDO COMO CONSECUENCIA UN DESCENSO DE ANHIDRIDO CARBONICO EN LA SANGRE Y DE SU TENSION EN EL AIRE ALVEOLAR Y EXISTE UNA MARCADA HIPERVENTILACION ALVEOLAR A ESTO SE LE DESCRIBE COMO UNA ACIDOSIS FISIOLÓGICA COMPENSADA DEL EMBARAZO, AUNQUE LA CONCENTRACION DE HIDROGENIONES EN REALIDAD ES NORMAL. NO SE SABE SI LO PRIMERO EN OCURRIR SEA LA HIPERVENTILACION O LA DISMINUCION DE LA RESERVA ALCALINA.

EL GLUCOSONO SE AGOTA CON RAPIDEZ EN EL AYUNO. LA LIMPIEZA ES UN POCO ALTA, EL COLESTEROL TOTAL EN SANGRE AUMENTA DURANTE EL EMBARAZO ESPECIAL EL GLUCOGENO LIBRE DEL PLASMA, PUDIENDO DISMINUIR EL DE LOS ERITROCITOS. LA CREATINURIA ES FRECUENTE.

EL GASTO CARDIACO POR MINUTO AUMENTA RAPIDAMENTE DESDE LA DECIMA SEMANA Y LLEGA AL MAXIMO EN LA 26-29 ava. SEMANA QUE INDICA UN AUMENTO DEL 30% Y LUEGO DESCIEDE.

LA MASA DEL LIQUIDO EXTRACELULAR ES MAYOR- LIQUIDO INTERSTICIAL Y PLASMA- AUMENTADO POR ESA RAZON EL VOLUMEN DE SANGRE, MIENTRAS QUE LA CONCENTRACION DE ERITROCITOS DISMINUYE EN LOS ULTIMOS MESES. ES FRECUENTE UNALIGERA LEUCOCITOSIS NEUTROFILIA, LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACION DE LOS ERITROCITOS AUMENTA CONSIDERABLEMENTE, ASI COMO LAS GLOBULINAS DEL PLASMA Y SU VISCOSIDAD.

AL FINAL DEL EMBARAZO ES FRECUENTE OBSERVAR UNA GLUCOSURIA LIGERA EN UN 35-60% DE LOS CASOS Y A VECES UNA PEQUEÑA LACTOSURIA LAS CUALES SUELEN DESAPARECER RAPIDAMENTE DESPUES DEL PARTO.

EXISTE ALGUNA RETENCION DE AGUA Y EN LOS ULTIMOS MESES DEBE VIGILARSE LA ALBUMINURIA, AUMENTO RAPIDO DE PESO, LOS EDEMAS Y LA ELEVA — CION DE LA PRESION ARTERIAL, SINTOMAS TODOS ELLOS QUE PUEDEN INDICAR UNA EVOLUCION HACIA LA ECLAMPSIA, AFECCION CONVULSIVA DE SUMA GRAVEDAD QUE SE PUEDE PREVENIR CON UNA DIETA ADECUADA Y RESTRICCION DE SAL Y AGUA. LAS PRUEBAS DE DEPURACION PLASMATICA NOS MUESTRA QUE LA FUNCION RENAL SE AFECTA ALGO EN LOS ULTIMOS MESES.

HAY UN RAPIDO AUMENTO CONSIDERABLE DE HISTAMINASA DE LA SANGRE ORIGINADA AL PARECER EN LA DECIDUA, TAMBIEN SE VE UN AUMENTO DE OCITOCINASA.

LA HIPOFISIS AUMENTA DE VOLUMEN DEBIDO A UNA HIPERTROFIA EN SU LOBULO ANTERIOR, EN EL QUE APARECEN LAS LLAMADAS CELULAS DE GRAVIDES Y DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE SU CONTENIDO EN GONADOTROPINAS. LA TIROIDES Y LA SUPRARRENAL AUMENTAN DE VOLUMEN Y EL TIMO AUMENTA SUS INVOLUCIONES.

EN LA ORINA DE LA MUJER EMBARAZADA ENCONTRAMOS ABUNDANCIA DE ESTROGENOS, GONADOTROPINA CORIONICA Y PREGNADIOL. LOS ESTROGENOS, GONADOTROPINA CORIONICA Y PREGNADIOL. LOS ESTROGENOS SON: PRINCIPALMENTE EL ESTRIOLO Y CANTIDADES MENORES DE ESTRONA Y ESTRADIOL PRINCIPALMENTE COMBINADOS CON EL ACIDO GLUCORONICO, SU PAPEL PARECE SER:

- 1.- AYUDAR AL CRECIMIENTO DEL UTERO Y ORGANOS GENITALES.
- 2.- SENSIBILIZAR AL UTERO A LA ACCION DE LOS AGENTES OCITOCICOS.
- 3.- MANTENER AL CUERPO AMARILLO Y ESTIMULAR SU SECRECION.
- 4.- EJERCER ACCIONES SINERGICAS CON LA PROGESTERONA SOBRE EL ENDOMETRIO Y LA GLANDULA MAMARIA.

5.- DESARROLLAR A LA MAMA PARA LA LACTANCIA Y PREPARAR LA SECRE-
CION LACTOGENICA DE LA HIPOFISIS PARA QUE PRODUSCA SU ACCION DES-
PUES DEL PARTO.

LA GONADOTROPINA CORIONICA PROVIENE DE LA PACENTA, AUMENTA MUCHO
ENTRE LOS 40 Y 80 DIAS Y LUEGO SE MANTIENE A UN NIVEN MAS BAJO, Y AUN
NO SE CONOCE CON EXACTITUD SU PAPEL EN EL EMBARAZO.

EL PREGNADIOL URINARIO PROVIENE DE LA PROGESTERONA, QUE SE PRODU-
CIDA POR EL CUERPO AMARILLO PERSISTENTE DEL EMBARAZO Y EL CUERPO AMA-
RILLO PERSISTE HASTA EL CUARTO O QUINTO MES DEL EMBARAZO Y SU PAPEL
ES MUY IMPORTANTE DEBIDO A LA PROGESTERONA QUE PRODUCE, Y ESTE PAPEL
CONSISTE EN:

- 1.- PREPARACION PROGESTACIONAL DEL ENDOMETRIO QUE SE HIPERTRO-
FIA Y DESARROLLA SUS GLANDULAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL CICLO MES-
TRUAL.
- 2.- MANTENER LA PREÑEZ POR SU ACCION SOBRE LA PLACENTA.
- 3.- INHIBIR LA OVULACION Y LOS CICLOS MESTRUALES DURANTE EL EMBARAZO.
- 4.- DISMINUIR LAS CONTRACCIONES DEL MUSCULO UTERO.
- 5.- COMPLETA EL DESARROLLO ALVEOLAR DE LA MAMA YA INICIADO POR
LOS ESTROGENOS.
- 6.- CONTRIBUYE A RELAJAR LOS LIGAMENTOS DEL PUBIS O DE LA PELVIS .

II.- GINGIVITIS DEL EMBARAZO Y CLASIFICACION.

EL EMBARAZO POR SI MISMO NO PRODUCE GINGIVITIS, ESTA AL IGUAL QUE EN PERSONAS NO EMBARAZADAS TIENE SU ORIGEN EN IRRITANTES LOCALES Y DEBI A ESTO LA ENFERMEDAD PARODONTAL EN EL EMBARAZO PUEDE SER PREVENIDA MEDIANTE LA ELIMINACION DE DICHS IRRITANTES, Y EL ESTABLECIMIENTO DE UNA HIGIENE BUCAL MINUCIOSA DESDE LOS INICIOS DEL EMBARAZO.

EN AUSCENCIA DE IRRITANTES LOCALES NO HAY CAMBIOS NOTABLES EN LA ENCIA, QUEDANDO POR ESTO EL EMBARAZO COMO UN FACTOR MODIFICADOR SECUNDARIO. LA INTENSIDAD DE LA GINGIVITIS AUMENTA DURANTE LA GESTACION A PARTIR DEL SEGUNDO Y TERCER MES; SUCEDIENDO ASI QUE PACIENTES CON GINGIVITIS CRONICAS LEVES QUE ANTES NO LES LLAMABA LA ATENCION NOTAN CAMBIOS, COMO LA ENCIA DE COLOR MAS LLAMATIVO, LAS ZONAS INFLAMADAS MAS GRANDES Y EDEMATOSAS, MAS PROFUSA LA HEMORRACIA GINGIVAL; LA PARTE MAS INTENSA DE LA GINGIVITIS SE OBSERVA EN EL OCTAVO MES, DISMINUYENDO EN EL NOVENO COMO LA PLACA BACTERIANA PERO NUNCA LLEGA A SANAR POR COMPLETO, ESTO NOS SUGIERE QUE EL EMBARAZO INTRODUCE CIERTOS FACTORES QUE AGRAVAN LA RESPUESTA GINGIVAL A LOS IRRITANTES LOCALES, POR LO TANTO EN EL EMBARAZO AUMENTA LA MOVILIDAD DENTARIA, LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA GINGIVAL Y EL LIQUIDO CREVICULAR.

EN EL EMBARAZO VAMOS A ENCONTRAR DOS TIPOS DE MANIFESTACIONES EN LA GINGIVA Y ESTOS SERAN:

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

EN EL EMBARAZO EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL, PUEDE SER MARGINAL O GENERALIZADO O BIEN PUEDE PRESENTARSE COMO MASAS MULTIPLES DE ASPECTO --

TUMORAL.

EN EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL MARGINAL SE ENCONTRO QUE SU APARICION VARIA DE 10-70%, DICHO AGRANDAMIENTO ES EL RESULTADO DIRECTO DEL AGRANDAMIENTO NO SE PRODUCIRA SI NO HAY MANIFESTACIONES CLINICAS ANTERIORES, DE IRRITACION LOCAL EL EMBARAZO NO PRODUCE LA LESION; EL METABOLISMO ALTERADO DE LOS TEJIDOS INTENSIFICA LA RESPUESTA A LOS IRRITANTES LOCALES.

EL CUADRO CLINICO ES VARIABLE, EL AGRANDAMIENTO ES POR LO COMUN GENERALIZADO Y TIENDE A SER MAYOR EN LAS SUPERFICIES INTERPROXIMABLES QUE EN VESTIBULAR Y LIGUAL, EL COLOR DE LA ENCIA CAMBIA A UN ROJO BRILLANTE O MAGENTA; SU CONSISTENCIA ES BLANDA Y FRIABLE; SU SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE Y HAY SANGRADO ESPONTANEO A UNA PROVOCACION LEVE.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL O TUMOR DEL EMBARAZO.

ESTO NO ES REALMENTE UNA NEOPLASIA, SE TRATA DE UNA RESPUESTA INFLAMATORIA A LA IRRITACION LOCAL, Y ES MODIFICADA POR EL ESTADO DE LA PACIENTE GENERALMENTE SE PRESENTA DESPUES DEL TERCER MES EL EMBARAZO O ANTES EN UNA RELACION DEL 8-5% EL ASPECTO CLINICO ES EL SIGUIENTE; ES UNA MASA ESFERICA CIRCUNSCRITA, APLANADA POR LA ACCION DE LA LENGUA Y LOS CARRILLOS QUE HACE PROTUCION DESDE EL MARGEN GINGIVAL O LAS MAS DE LAS VECES DESDE EL ESPACIO INTERDENTARIO QUEDANDO UNIDO POR UNA BASE SESIL O PEDICULADA; CRECIENDO EN SENTIDO LATERAL DEBIDO A LA PRESION DE LA LENGUA Y DEL CARRILLO, SU COLOR ES EL ROJO OSCURO O MAGENTA, SU SUPERFICIE ES LISA Y BRILLANTE PRESENTANDO MUCHAS VECES MANCHAS PUNTIFORMES DE COLOR ROJO SUBIDO; SU CONSISTENCIA VARIA, PERO, EN GENERAL ES SEMIFIRME PUDIENDO PRESENTAR DIVERSOS GRADOS DE BLANDURA Y FRIA

BILIDAD CONSTITUYENDO UNA LESION SUPERFICIAL QUE NO ATACA AL HUESO SUBYACENTE Y ES INDOLORA, SALVO EN LAS OCASIONES EN QUE POR SU TAMAÑO Y FORMA PERMITE LA INFILTRACION DE RESIDUOS BAJO SU MARGEN, O BIEN QUE SE INTERPONCA EN LA OCLUSION Y SE FORMEN ULCERAS DOLOROSAS.

HISTOPATOLOGIA.

EN ESTAS LESIONES OBSERVAMOS AL MICROSCOPIO QUE, SE COMPONEN DE UNA MASA CENTRAL DE TEJIDO CONECTIVO CUYA PERIPERIA SE ENCUENTRA CUBIERTA POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO. EL TEJIDO CONECTIVO CUENTA CON NUMEROSOS CAPILARES INGURGITADOS NEOFORMADOS, CUBIERTOS POR CELULAS ENDOTELIALES CUBOIDEAS. ENTRE LOS CAPILARES HAY UN ESTROMA, MODERADAMENTE FIBROSO QUE PRESENTA DIVERSOS GRADOS DE EDEMA O INFILTRADO LEUCOCITARIO EL EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO SE HALLA ENGROSADO Y TIENE BROTES EPITELIALES PRONUNCIADOS, EL EPITELIO BASAL PRESENTA UN CIERTO GRADO DE EDEMA EXTRACELULAR E INTRACELULAR; HAY PUENTES INTERCELULARES PROMINENTES E INFILTRACION LEUCOCITARIA, LA SUPERFICIE DEL EPITELIO GENERALMENTE ES QUERATINIZADA, HAY INFLAMACION CRONICA GENERAL CON UNA ZONA SUPERFICIAL DE INFLAMACION AGUDA.

AL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN EL EMBARAZO SE LE PODRA LLAMAR; "ANGIOGRANULOMA", LO CUAL EVITARIA EL SIGNIFICADO DE NEOPLASIA, IMPLICITO EN NOMBRES TALES COMO FIBROHEMANGIOMA O TUMOR DEL EMBARAZO. LA FORMACION ENDOTELIAL DESTACADA, CON FORMACION DE CAPILARES E INFLAMACION AGREGADA, SON SUS CARACTERISTICAS PARTICULARES. LA NEOFORMACION CAPILAR EXCEDE LA RESPUESTA GINGIVAL NORMAL A LA IRRITACION CRONICA, ESTO EXPLICA EL AGRANDAMIENTO.

AUNQUE LOS HALLAZGOS MICROSCOPICOS SEAN CARACTERISTICOS DE EL A—

AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN EL EMBARAZO, NO SON PATOGNOMONICOS EN EL SENTIDO DE QUE PUEDAN SER USADOS PARA DIFERENCIAR A MUJERES EMBARAZADAS DE NO EMBARAZADAS.

ESTUDIOS HISTOQUIMICOS REVELAN CANTIDADES ANORMALES DE RESIDUOS GLUCOPROTEINICOS INSOLUBLES EN AGUA Y ALCOHOL EN LA ENCIA INFLAMADA, COMPARABLES CON LA GINGIVITIS DE LA PUBERTAD, DE LA MENSTRUACION Y GINGIVITIS DESCANATIVAS SEVERAS.

TURESKY Y COL. HALLARON QUE LA ENCIA MARGINAL NO INFLAMADA DISMINUYE LA QUERATINIZACION SUPERFICIAL, AUMENTA LA LONGITUD DE BROTES EPITELIALES Y EL GLUCOGENO EN EL EPITELIO, EN EL TEJIDO CONECTIVO LA CAPA BASAL ESTA ADELGAZADA Y LA DENSIDAD DE LOS COMPLEJOS CARBOHIDRATOS- PROTEINAS Y DEL GLUCOGENO DE LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL ESTA REDUCIDA. OTROS ESTUDIOS DE TIPO ELECTROMETRICOS INDICAN UNA DISMINUCION DE LA DENSIDAD DE LAS GLUCOPROTEINAS EN LA ENCIA EN LOS PRIMEROS MESES DEL EMBARAZO Y QUE HAY UNA VUELTA A LA NORMALIDAD VARIOS MESES DESPUES DEL PARTO.

EXPLICAREMOS EL EFECTO DEL EMBARAZO SOBRE LA RESPUESTA GINGIVAL A LOS IRRITANTES LOCALES SOBRE UNA BASE HORMONAL:

EXISTE UN AUMENTO SENSIBLE DEL ESTROGENO Y LA PROGESTERONA EN EL EMBARAZO DISMINUYENDO DESPUES DEL PARTO, HABIENDO UNA RELACION DIRECTA ENTRE LA INTENSIDAD DE LA GINGIVITIS Y LOS NIVELES HORMONALES EN EL EMBARAZO. EL AGRANDAMIENTO DE LA GINGIVITIS FUE ATRIBUIDA PRINCIPALMENTE AL AUMENTO DE PROGESTERONA, QUE PRODUCE LA DILATACION Y TORTUOSIDAD DE LOS MICROVASOS GINGIVALES, EXTASIS CIRCULATORIO Y UN AUMENTO DE LA SUSCEPTIBILIDAD A LA IRRITACION MECANICA TODO LO CUAL FAVORECE LA FILTRACION DE LIQUIDOS EN LOS ESPACIOS PERIVASCULARES QUEDANDO ASI QUE EL A-

GRAVAMIENTO DE LA GINGIVA SE PRODUCE EN 2 ETAPAS :

1.- DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, CUANDO HAY UNA PRODUCCION ELEVADA DE GONADOTROPINAS Y

2.- DURANTE EL TERCER TRIMESTRE, CUANDO LOS NIVELES DE ESTROGENO Y PROGESTERONA SON MAS ALTOS.

III.- TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO.

1.- LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ANTES DE QUE SE PRODUZCA.

2.- TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EXISTENTE ANTES DE QUE SE AGRAVE.

EN SI EL TRATAMIENTO REQUIERE LA ELIMINACIÓN DE IRRITANTES LOCALES QUE PRECIPITAN CAMBIOS GINGIVALES EN EL EMBARAZO. DICHA ELIMINACIÓN DE ESTOS IRRITANTES ES UNA MEDIDA PREVENTIVA PREFERIBLE AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD UNA VEZ QUE ESTA SE PRODUJO.

EN SI EL TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO DE LA ENCIA MARGINAL E INTERDENTARIA SE TRATAN POR MEDIO DEL LEGRADO Y CURETAJE.

EL TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL CONSISTE EN LA EXCISIÓN QUIRURGICA MAS EL LEGRADO Y AISLADO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS. DICHO AGRANDAMIENTO SERA RESIDIVANTE A MENOS QUE SE ELIMINEN TODOS LOS IRRITANTES LOCALES Y SE IMPLANTE UN CONTROL DE PLACA BACTERIANA CONSTANTE. ESTAS LESIONES SE DEBEN DE TRATAR TAN PRONTO SE DESCUBRAN, NO CAYENDO EN EL ERROR DE DEJARLAS AVANZAR CREYENDO QUE DESAPARECERAN DESPUES DEL PARTO, YA QUE QUEDA UNA ZONA RESIDUAL DE INFLAMACIÓN E IRRITACIÓN LOCAL QUE DE NO TRATARSE, PRODUCE LA DESTRUCCIÓN PROGRESIVA DE LOS TEJIDOS PARODONTALES.

TECNICA DE LEGRADO Y CURETAJE EN EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

1.- ANESTESIA DE LA ZONA.

2.- SE SONDEA O SE MIDE LA ENCIA AGRANDADA CON LA MUCOSA ADYACENTE.

3.- SE LIMITA CON MARCAS PUNIFORMES.

4.- SE PROCEDE A LA INCISION EN DIRECCION HACIA APICAL, LO SUFI-
CIENTEMENTE CERCA DE HUESO PARA ASI ASEGURARNOS LA ELIMINACION COMPLETA
DE TEJIDO AGRANDADO CON BISTURI No. 10 o 12.

5.- LA NUCOSA ADJUNTA SE AFINARA MEDIANTE EL BICEL DE LA INCISION.

6.- CON EL CK6 SE LEGRARA DE 15-20 VECES CARA CARA DEL DIENTE Y SE
ALISARAN LAS MISMAS.

7.- SE COLOCA UN APOSITO QUIRURGICO(CEMENTO), QUE SE DEJARA DURAN-
TE UNA SEMANA.

REMOCION DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL.

1.- ANESTESIA DE LA REGION.

2.- CURETAJE DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS POR DEBAJO DEL TEJIDO A-
FECTADO PARA ELIMINAR LOS CALCULOS Y OTROS RESIDUOS.

3.- SEPARACION DE LA LESION; POR SU BASE, CON UNA HOJA No. 12, SI
LA LESION SE EXTIENDE INTERPROXIMALMENTE, SE INCLUYE ESA ZONA EN LA IN-
CISION PARA ASEGURAR LA EXPOSICION DE TODO DEPOSITO RADICULAR IRRITANTE.

4.- CURETAJE Y ALISAMIENTO DE LOS CUERPOS RADICULARES CON UN CK6 O
LA CURETA APROPIADA.

5.- SE LAVA LA ZONA CON AGUA TIBIA.

6.- SE COLOCA UN APOSITO QUIRURGICO Y SE RETIRA UNA SEMANA DESPUES.
DESPUES DEL RETIRO DEL APOSITO QUIRURGICO SE LE DEBERA INSTRUIR A LA PA
CIENTE EN LA TECNICA PARA CONTROL DE PLACA BACTERIANA.

CADA PACIENTE EMBARAZADA DEBE HACER UNAS VISITAS REGULARES DE CON-
TROL Y ES PRECISO DESTACAR SU IMPORTANCIA PARA ASI EVITAR TRASTORNOS NO
DESEABLES.

IV.- EL STRESS EMOCIONAL.

EL MIEDO Y LA ANSIEDAD SON REACCIONES ELABORADAS POR LA PERSONALIDAD Y BASADAS EN EL SENTIDO Y EL SIGNIFICADO, UNA SITUACION PUEDE PROVOCAR MIEDO O ANSIEDAD POR SU SIGNIFICADO DE PELIGRO O AMENAZA PARA LA PERSONA, AUNQUE EN REALIDAD NO EXISTE TAL PELIGRO, POR LO TANTO, EN SI NO ES IMPORTANTE LA SITUACION, SINO COMO LA PERSIVE EL HOMBRE Y LA SIGNIFICACION QUE TIENE PARA EL.

HAY SITUACIONES, COMO LA VISITA AL DENTISTA QUE TIENDEN A PROVOCAR ANSIEDAD Y EN ESTE CASO, NUESTRA OBLIGACION ES DISMINUIR DICHA ANSIEDAD, SOBRE TODO EN EL TIPO DE PACIENTES QUE VAMOS A TRATAR . ESTO LO CONSEGUIREMOS CON UN POCO DE PSICOTERAPIA DE SOSTEN, POR PARTE NUESTRA DANDO NUESTRAS DE AMISTAD, CALOR Y TRANQUILIDAD EN EL TRATA CON NUESTRA PACIENTE, ASI COMO CONTAR CON PERSONAL AMABLE, UNA SALA CON TONOS CLAROS Y UNA DISCRETA MUSICA DE FONDO, NO ESCATIMAREMOS TIEMPO EXPLICANDOLE AL PACIENTE EL TRATAMIENTO QUE REALIZAREMOS Y EL OBJETIVO QUE ESPERAMOS ALCANZAR, EVITANDO CUALQUIER COMENTARIO QUE PUDIERA SER MAL INTERPRETADO O QUE ALARME A NUESTRA PACIENTE, CONQUISTANDO FINALMENTE TODA SU CONFIANZA AL TRATARLO CON CONSIDERACION Y UNA SEGURIDAD HABIL.

SI AUN DESPUES DE ESTO PERSISTE LA ANSIEDAD TENDREMOS QUE VALERNOS DE LA PREMEDICACION USANDO UN CALMANTE SUAVE QUE ACTUE SOBRE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL LOGRANDO ASI LAS SIGUIENTES VENTAJAS:

- 1.- MITIGAR LA APRESION, ANSIEDAD O MIEDO.
- 2.- ELEVAR EL UMBRAL DEL DOLOR.
- 3.- CONTROLAR LA SECRESION DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y MUCOSAS.
- 4.- CONTRARESTAR LOS EFECTOS TOXICOS DE LOS ANESTESICOS LOCALES.

IV.- ANESTESIA.

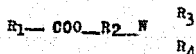
EL ANESTESICO LOCAL ES UNO DE LOS MEDICAMENTOS QUE MAS SE EMPLEAN EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA, Y ESTARA INDICADO EN ALGUNAS OCASIONES PARA LA PRACTICA DEL TRATAMIENTO EN MUJERES EMBARAZADAS, POR LO TANTO DEBEMOS ESTAR PREPARADOS PARA SU USO; CONOCIENDO SUS CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS, TOXICIDAD, METABOLISMO, ABSORCION, TIPOS DE ANESTESICOS DE USO ODONTOLOGICO Y POSICION DEL PACIENTE PARA ADMINISTRACION DEL FARMACO.

TIPOS DE ANESTESICO LOCAL.

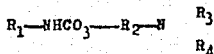
SEGUN SU ESTRUCTURA QUIMICA:

CON EXEPCION DE LA COCAINA, EL ANESTESICO CLASICO USADO LOCALMENTE QUE ES ELABORADO A PARTIR DE HOJAS DE UNA PLANTA DE SUDAMERICA, TODOS LOS ANESTESICOS LOCALES EMPLEADOS EN ODONTOLOGIA SON PRODUCTOS SIHTETICOS. ASI TENEMOS QUE LOS ANESTESICOS LOCALES SEGUN SU ESTRUCTURA QUIMICA SE DIVIDEN EN DOS GRANDES GRUPOS:

1.- ANESTESICOS QUE CONTIENEN UN ENLACE ESTER:



2.- ANESTESICOS QUE CONTIENEN UN ENLACE AMIDA:



ESTOS DISTINTOS TIPOS DE ENLACE NOS DARAN COMO RESULTADO CIERTAS DIFERENCIAS FARMACOLOGICAS EN LO QUE SE REFIRRE A SU METABOLISMO, TIEMPO DE ACCION Y EFECTOS SECUNDARIOS.

EL GRUPO ESTER PUEDE SUFRIR UNA SUBDIVISION ULTERIOR DE ORDEN QUI-

MICO, O SEA, DEL ACIDO AROMATICO FORMADO POR R_1 Y EL GRUPO CARBOXILO UNIDO A EL. EL ACIDO DE MAYOR USO PUEDE SER EL ACIDO BENZOICO, EL ACIDO P- AMINO- BENZOICO, O BIEN EL ACIDO M- AMINO- BENZOICO, LO QUE NOS DA COMO RESULTADO DIFERENCIAS FARMACOLOGICAS SOBRE TODO EN ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS.

TAMBIEN SE PODRA MODIFICAR LA PORCION ALCOHOLICA DE LA MOLECULA INTRODUCIENDO UN GRUPO AMINO TERCIARIO; ORIGINANDO CAMBIOS EN LA DURACION Y LA POTENCIA DE LOS ANESTESICOS LOCALES DE TIPO ESTER.

ASI POR EJEMPLO EN LA TETRACAINA, LA SUBSTITUCION DEL ACIDO PARA- AMINO- BENZOICO DEL GRUPO P- AMINO- BENZOICO POR UN RADICAL BUTILO ALARGA LA DURACION DE ACCION Y POTENCIALIZA DICHO ANESTESICO.

EL GRUPO AMIDA ES ALGO MENOS HETEROGENEO, QUIMICAMENTE, QUE EL GRUPO ESTER. EN ESTE GRUPO, R_1 , CORRESPONDE GENERALMENTE AL HIDROCARBURO AROMATICO XILENO, O PUEDE ESTAR UNIDO AL GRUPO AMINO- XILIDINA, POR LO QUE EN ESTOS CASOS SE LE CONOCE COMO XILIDINAS.

ESTOS COMPUESTOS SON AMINAS DEBILMENTE BASICAS POCO SOLUBLES EN AGUA, CORRIGIENDO ESTE DEFECTO CON LA FORMACION DEL CLORHIDRATO, CONSIDERANDO QUE LA SOLUCION OBTENIDA PRESENTE UNA REACCION LIGERAMENTE ACIDA, PERMITIENDO ASI LA INYECCION DE SOLUCIONES MAS CONCENTRADAS DE ANESTESICO. EN LAS POMADAS ANESTESICAS SE UTILIZA LA BASE LIBRE YA QUE SUS PROPIEDADES LIPOFILAS PERMITEN HACER PREPARADOS CONCENTRADOS.

ABSORCION:

LOS ANESTESICOS LOCALES EN SOLUCION, COMO EL CLORHIDRATO, NO PENETRAN EN LA PIEL INTACTA, POR EL CONTRARIO LA FORMA BASICA LIBRE, DE LAS POMADAS, SE ABSORBE MAS FACILMENTE Y EL ANESTESICO TOPICO APLICADO LO---

CALMENTE EN LA MUCOSA DE LA OROFARINGE SE ABSORBE RAPIDAMENTE, APARECIENDO CONCENTRACIONES EN SANGRE PARECIDAS A LAS QUE SE LOGRAN -- CON UNA INYECCION INTRAVENOSA DEL COMPUESTO, POR LO QUE ES RECOMENDABLE LIMITAR LA APLICACION TOPICA DEL ANESTESICO A CANTIDADES MINIMAS Y SOLO EN LA ZONA MAS CORTA POSIBLE.

LA PENETRACION QUE TIENE EL ANESTESICO EN LOS TEJIDOS EN GENERAL Y EN LA FIBRA NERVIOSA SE DEBE GENERALMENTE A LA FORMA DE BASE LIBRE DEL COMPUESTO, CUANDO SE INYECTA LA FORMA CLORHIDRATO, ESTA LIBERA LA BASE LIBRE AL SER NEUTRALIZADA POR LOS AMORTIGUADORES TISULARES ENTONCES LA MOLECULA ENLAZADA DE LA FORMA DE BASE LIBRE ATRAVIESA LAS MEMBRANAS CON MAYOR FACILIDAD QUE LA FORMA CLORHIDRATO IONISADA DEL ANESTESICO LOCAL.

EN LOS TEJIDOS INFECTADOS, POR SU PH MAS ALTO ACIDAMENTE, LA CONVERSION DE CLORHIDRATO A BASE LIBRE SE VE IMPEDIDA. ESTO NOS EXPLICA EN PARTE QUE LA ACCION DEL ANESTESICO SOBRE ESTOS TEJIDOS SE VEA COMPLETAMENTE REDUCIDA.

CUANDO LA SOLUCION ANESTESICA LOCAL SE DEPOSITA SOBRE UNA FIBRA NERVIOSA O EN LA PROXIMIDAD DE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS SOBRE LOS QUE SE DESEA QUE ACTUE EL FARMACO SE DIFUNDE EN ESAS AREAS Y SE PROPAGA TAMBIEN EN OTRAS, LA CORRIENTE SANGUINEA DE LOS CAPILARES, ARTERIOLAS Y VENAS ADYACENTES ACELERAN LA ELIMINACION DE LA SO

LUCION, SI EL ANESTESICO ES DE TIPO ESTER, LAS ESTERASAS PRESENTES EN SANGRE AYUDAN TAMBIEN A LA DESCOMPOSICION DEL ANESTESICO, DE AHI QUE SE LE AÑADAN SUBSTANCIAS VASOCONSTRICORAS QUE A SU VEZ COMBATEN LA VASODILAFACION QUE PROVOCAN ALGUNOS ANESTESICOS LOCALES, - DANDO COMO RESULTADO UNA DISMINUCION EN LA ELIMINACION DEL ANESTESICO EN LA PROXIMIDAD DE LA FIBRA NERVIOSA Y UN AUMENTO EN LA DURACION DEL EFECTO ANESTESICO.

METABOLISMO.

EL METABOLISMO ES DISTINTO EN CADA UNO DE LOS DIFERENTES GRUPOS DEBIDO A SU DIFERENTE ESTRUCTURA QUIMICA.

LAS ESTERASAS ATACAN A LOS FARMACOS DE TIPO ESTER EN LA SANGRE Y AL LLEGAR AL HIGADO, HIDROLISANDOLOS EN SUS COMPONENTES ACIDO AROMATICO Y ALCOHOL, LA VELOCIDAD DE HIDROLISIS DEPENDE DE LOS COMPONENTES, SIENDO MAS RAPIDO CON LA MEPRILCAINA Y MAS LENTA CON LA TETRACAINA QUEDANDO LOS DEMAS COMPUESTOS DEL GRUPO ENTRE ESTOS 2.

LA HIDROLISIS INACTIVA AL ANESTESICO LOCAL, Y SUCEDIENDO ESTO EN LA SANGRE DE LOS VASOS ADYACENTES A LA FIBRA NERVIOSA, LA ELIMINACION DEL ANESTESICO AUMENTA EN LA PROXIMIDAD DE LA TERMINACION NERVIOSA.

EN DOSIS PEQUEÑAS LA HIDROLISIS SE EFECTUA TOTALMENTE EN SANGRE, Y EN DOSIS MAYORES ENTRAN EN ACCION LAS ESTERASAS HEPATICAS. LAS ENFERMEDADES HEPATICAS NO ALTERAN DE MANERA NOTABLE EL METABOLISMO DE LOS ANESTESICOS DE TIPO ESTER.

LOS PRODUCTOS DE LA HIDROLISIS FORMADOS EN LA SANGRE Y EN EL HIGADO, SON EXCRETADOS POR LA ORINA, YA SEA INALTERADOS O DESPUES DE HABER SIDO SOMETIDOS, EN EL HIGADO A PROCESOS DE OXIDACION Y CONJUGACION.

EN LOS COMPUESTOS AMIDA EL METABOLISMO ES MAS VARIABLE Y COMPLEJO, LA HIDROLISIS SE VERIFICA EN SANGRE AUNQUE EN ALGUNOS CASOS ESTA PUEDE SER CATALIZADA POR UNA ENZIMA EN EL HIGADO Y QUIZA TAMBIEN EN OTROS TEJIDOS, ESTA REACCION SE REALIZA FACILMENTE CON LA PRILOCAINA, PERO CON LA LIDOCAINA Y CON LA MEPIBACAINA ES MAS DIFICIL.

EN LA LIDOCAINA LA TRANSFORMACION INICIAL CONSISTE EN UNA N-DESMETILIZACION OXIDANTE EN LA CUAL EL PRODUCTO ES FACILMETE HIDROLIZADO Y OXIDADO DESPUES, LA INACTIVACION DE LA MEPIBACAINA SE LOGRA ESSENCIALMENTE POR MEDIO DEL METABOLISMO OXIDANTE. EN ESTE CASO LA OXIDACION E HIDROLISIS SE LLEVA A CABO UN POCO MAS LENTAMENTE QUE EN LOS COMPUESTOS DE TIPO ESTER. ESTO EXPLICA EN PARTE LA ACCION MAS PROLONGADA EN LOS COMPUESTOS DE TIPO AMIDA. EN LA PRILOCAINA LA HIDROLISIS INICIAL SE REALIZA CON MAYOR FACILIDAD, RESULTANDO UN META

BOLISMO MAS RAPIDO DE ESTE COMPUESTO SI SE COMPARA CON LOS DEMAS DEL GRUPO AMIDA.

UN DATO INTERESANTE ACERCA DE EL METABOLISMO DE LOS COMPUESTOS DE TIPO AMIDA ES EL DESCUBRIMIENTO DE QUE LAS ENZIMAS SE HALLAN EN EL RETICULO ENDOPLASMATICO DE LAS CELULAS HEPATICAS, DONDE SE ENCUENTRA TAMBIEN GRAN VARIEDAD DE ENZIMAS METABOLIZADORAS DE MEDICAMENTOS.

LA CONJUGACION DE LOS PRODUCTOS DE OXIDACION E HIDROLISIS CON EL ACIDO GLUCORONICO OCURRE TAMBIEN EN EL HIGADO MEDIANTE REACCIONES CATALIZADAS POR ENZIMAS QUE SE HALLAN EN EL RETICULO ENDOPLASMATICO. POR ULTIMO TANTO LOS PRODUCTOS CONJUGADOS COMO LOS NO CONJUGADOS SE ELIMINAN POR LA ORINA.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y TOXICIDAD.

LA ADMINISTRACION DE ANESTESICOS LOCALES PUEDE DESENCADENAR REACCIONES CUTANEAS DE TIPO EXEMATOSO O URTICARIO HASTA DE SHOCK ANAFILACTICO, QUE PUEDE LLEGAR HASTA LA MUERTE.

ESTAS REACCIONES ALERGICAS SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA DESPUES DEL EMPLEO DE LOS DERIVADOS DEL ACIDO PARA- AMINO- BENZOICO , PERO ESENCIALMENTE PUEDE OCURRIR CON CUALQUIERA DE LOS COMPUESTOS. AUNQUE NO SE DISPONE DE DATOS COMPLEMENTARIOS, SE CONSIDERA QUE LA

ALERGIA CRUZADA ENTRE LOS DIFERENTES TIPOS DE QUIMICOS BASICOS, ES MUY RARA SI ES QUE LLEGA A PRODUCIRSE ALGUNA VEZ, YA QUE NORMALMENTE UN PACIENTE CON ANTECEDENTES ALERGICOS AL ACIDO PARA- AMINO- BENZOICO NO PRESENTA REACCION ALERGICA CON COMPUESTOS DEL GRUPO AMIDA, LAS REACCIONES ALERGICAS LEVES, SUELEN CEDER FACILMENTE CON LA ADMINISTRACION DE UN ANTIHISTAMINICO.

LAS REACCIONES MAS GRAVES PLANTEAN PROBLEMAS MAS SERIOS, AUNQUE GENERALMENTE LOS BRONCODILATADORES COMO LA AMINOFILINA O LA EPI NEFRINA DETIENEN RAPIDAMENTE EL PARO RESPIRATORIO.

CUANDO SE APLICAN DOSIS EXCESIVAS DEL ANESTESICO LA CONCENTRACION SANGUINEA SE ELEVA A NIVELES MUY ALTOS Y EL ANESTESICO LOCAL LLEGA ENTONCES A PONERSE EN CONTACTO CON CELULAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SIN EMBARGO TENIENDO EN CUENTA LA INDIVIDUALIDAD DE CADA PACIENTE, SE PRESENTAN CASOS EN LA QUE, UNA DOSIS CONSIDERADA COMO SEGURA COMUNMENTE, EN OTROS SE TORNA TOXICA PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL LA SINTOMATOLOGIA ES VARIABLE, ASI COMO SU APARICION QUE PUEDE SER LENTA O BRUSCA. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SE PRESENTA UNA ESTIMULACION AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ESENCIALMENTE CUANDO SE EMPLEAN COMPUESTOS DE TIPO ESTER.

ESTOS SINTOMAS SE MANIFIESTAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

INQUIETUD, APREHENSION, ARRITMIAS Y SI AUMENTA SU GRAVEDAD, CONVULSIONES, GENERALMENTE SE PARAN CON ANTIHISTAMINICOS Y LAS CON-

VULSIONES CON UN BARBITURICO DE ACCION ULTRARAPIDA Y EFECTO ULTRA---
CORTO, ADEMAS DE LA ADMINISTRACION DE OXIGENO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DE ESTE TRABAJO ES PREPONDERANTE DAR---
NOS CUENTA DEL ESTADO DE NUESTRA PACIENTE Y NO PERMITIR LA LLEGADA
DE LAS CONVULSIONES Y SI SE LLEGARAN A PRESENTAR CONTRARESTARLAS DE
INMEDIATO SOBRE TODO EN EL PRIMERO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO,
PUES PUEDE CORRERSE EL RIESGO O PELIGRO DE ABORTO; PARA ESTO COMO -
YA SE DIJO, SE ADMINISTRA EL BARBITURICO Y OXIGENO " A CHOREO" LOS
COMPUESTOS DE TIPO AMIDA ESPECIALMENTE , LA LIDOCAINA Y ALGUNOS CON
PUESTOS DE TIPO ESTER, OCASIONALMENTE , PRODUCEN UNA DEPRESION DEL
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE SE MANIFIESTA CON:

TORPEZA DE MOVIMIENTOS, SONNOLENCIA E INCOHERENCIA QUE DE AGRA
VARSE LLEGA AL COMA.

COMO YA DIJIMOS ANTES YA SEA POR EXITACION EXCESIVA PRODUCIENDO
UN AGOTAMIENTO O POR UNA DEPRESION INTENSA, NO SE SABE EXACTAMENTE
EL MOTIVO, PERO SE LLEGA AL PARO RESPIRATORIO QUE ES LA CAUSA DE --
MUERTE POR LA ADMINISTRACION DE UN ANESTESICO LOCAL A ESTO PUEDE AU
NARSELE HASTA UN PARO CARDIACO YA QUE EL EFECTO DEL ANESTESICO TAM-
BIEN LLEGA AL CORAZON O BIEN , PUEDE PRODUCIRSE EL PARO CARDIACO SIN
HABER PARO RESPIRATORIO ANTERIOR SOBREVINIENDO ESTE DESPUES EN CUYO
CASO LAS POSIBILIDADES DE VIDA SON CASI NULAS.

LOS PROBLEMAS CARDIOVASCULARES SE DEBEN A UNA DOSIS EXCESIVA - DEL FARMACO O A UNA INTOLERANCIA AL MISMO EN DOSIS TERAPEUTICAS. ES TO SE TRADUCE EN UNA BAJA DE PRESION ARTERIAL A LO QUE CONTRIBUYE - QUE ALGUNOS ANESTESICOS LOCALES SON VASODILATADORES, PUDIENDO PROVO CAR DESDE UN SIMPLE DESMAYO, UN CHOQUE Y HASTA LA MUERTE POR COLAP- SO CARDIOVASCULAR O FIBRILACIONES VENTRICULARES, LA ADMINISTRACION DE OXIGENO A PRESION Y VASOCONSTRICTORES ASI COMO TAL VEZ ALGUN TI- PO DE ESTIMULACION CARDIACA, NOS AYUDARAN A QUE EL PACIENTE SE RE- PONGA RAPIDAMENTE.

EN ESTOS CASOS LA ELABORACION DE UNA BUENA HISTORIA CLINICA -- NOS AYUDARA A DETERMINAR EL TIPO DE ANESTESICO A USAR; ASI COMO SI ADMINISTRAREMOS ALGUNA PREMEDICACION O NO.

POSICION DEL PACIENTE PARA RECIBIR EL ANESTESICO LOCAL.

LA POSICION ES VERDADERAMENTE IMPORTANTE EN EL USO DE CUALQUIER TECNICA Y DICHA POSICION SERA LA SIGUIENTE :

POSICION SUPINA SEMIRECOSTADA CON LA CABEZA MAS ALTA QUE LOS - PIES. CON ESTA POSICION SE EVITAN ASI LA BAJA DE PRESION Y LOS DES- MAYOS PSICOSOMATICOS, POR LA MAYOR AFLUENCIA SANGUINEA QUE LLEGA A LA CABEZA, ESTA POSICION DEBE SER GENERALIZADA PERO, NOS DA O CONSTA TAMOS MEJOR SUS RESULTADOS EN PACIENTES HIPERTENSOS Y EN PACIENTES

EN LA FASE FINAL DE GRAVIDEZ YA QUE SE REDUCEN MUY FAVORABLEMENTE -
LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS ANESTESICOS LOCALES.

VI- LA CARIES Y SU RELACION CON EL EMBARAZO.

SEGUN LA CREENCIA POPULAR LA MADRE "PIERDE UN DIENTE POR CADA NIÑO" Y LA FRECUENCIA DE LA CARIES Y LAS LESIONES YA EXISTENTES AUMENTAN DURANTE EL EMBARAZO, LA CREENCIA ESTA MUY DIFUNDIDA Y TAN SOLO POR ESO MERECE SER CUIDADOSAMENTE EXAMINADA.

SE HAN EFECTUADO NUMEROSAS INVESTIGACIONES COMPARANDO A MUJERES CON VARIOS HIJOS Y MUJERES SIN HIJOS, PERO LA GRAN MAYORIA DE ESTOS ESTUDIOS NO HAN DEMOSTRADO GRANDES CAMBIOS SIGNIFICATIVOS, AUN QUE ALGUNOS PARECEN HABER MOSTRADO UNA CORRELACION, PERO POR LA FORMA EN QUE FUERON REALIZADOS, SON BASTANTE REPUTABLES. RECIENTEMENTE " EASTON " INFORMO SOBRE UN ESTUDIO EN EL CUAL SE COMPARARON MUJERES EMBARAZADAS Y MUJERES NO EMBARAZADAS (COMPARABLES) EXAMINANDO A LAS EMBARAZADAS DURANTE SU GESTACION, INMEDIATAMENTE DESPUES DEL PARTO Y UN AÑO DESPUES; TAMPOCO ENCONTRARON PRUEBA ESTADISTICA DE UN AUMENTO DE CARIES RELACIONADO CON EL EMBARAZO, POR LO TANTO LA RESPUESTA A ESTA CREENCIA DEBE SER QUE LA INFORMACION DISPONIBLE ES CONTRARIA A UN INCREMENTO DE LA FRECUENCIA DE CARIES DURANTE EL EMBARAZO.

LA CARIES ES UNA ENFERMEDAD INFECCO CONTAGIOSA Y QUIMICO-BIOLÓGICA, QUE SE CARACTERIZA POR LA DESTRUCCION DE LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE. CON LO QUE RESPECTA A LA PARTE BIOLÓGICA, CORRESPONDE A LA PRESENCIA DE MICROORGANISMOS Y LA RESPUESTA DEL INDIVIDUO CON---

TRA LA ACCION PERJUDICIAL DE LOS MISMOS.

EL ASPECTO QUIMICO, INVOLUCHA EL PROCESO DE DESCALCIFICACION -
DE LOS TEJIDOS DEL DIENTE.

EN EL TRANSCURSO DEL EMBARAZO PUEDEN INTERVENIR VARIOS FACTORES
QUE ACTUEN EN CONTRA DE LOS DIENTES, TALES COMO: VOMITOS, EL DESCUI
DO DE LA HIGIENE BUCAL, EL ESTADO DE ACIDOSIS GENERAL, SIENDO AQUI
DONDE LA PLACA BACTERIANA BUCAL LLEVA UN PAPEL MUY IMPORTANTE ASI CO
MO LA FALTA DE UNA REVISION DENTAL ADECUADA, PARA LA PROLIFERACION
DE LA CARIES, PERO NO EXISTE NINGUNA RELACION METABOLICA REAL DE QUE
LA CARIES PUEDA SER CAUSADA POR LA GESTACION.

PODEMOS ENCONTRAR LOS SIGUIENTES TIPOS DE CARIES;

CARIES AGUDA, CARIES RECURRENTE Y CARIES CRONICA QUE SE INTENSI
FICARAN POR LAS CAUSAS YA ANTES MENCIONADAS.

LA CARIES AGUDA SERA TAL VEZ LA QUE MAS COMUNMENTE ENCONTREMOS
EN NUESTRAS PACIENTES, Y ESTA PUEDE PASAR DESAPERCIVIDA PARA ELLAS,
HASTA QUE HAYA AFECTADO A LA DENTINA QUE ES CUANDO SE OBTIENEN RES-
PUESTAS DE DOLOR A LOS ALIMENTOS ISOTONICOS, ASI COMO AL FRIO Y LA
CALOR, ESTA RESPUESTA PUEDE SER MUY AGUDA DEBIDO A LA RAPIDA ACCION
DE LA CARIES EN EL DIENTE.

LA CARIES RECURRENTE SUELE PASAR DESAPERCIBIDA PARA EL PACIENTE —
HASTA QUE SE LE PRESENTAN MOLESTIAS QUE PUEDEN SER MAS SEVERAS, ES-
TA CARIES SE PRESENTA EN DIENTES YA RESTAURADOS, CON OBTURACIONES —
DEFECTUOSAS Y EN DIENTES MAL TRATADOS EN SU AFECCION ORIGINAL.

CARIES CRONICA: ESTA CARIES ES GENERALMENTE DE AVANCE LENTO Y
LAS MOLESTIAS SON POR LO GENERAL MODERADAS Y SE DESCUBREN AL SEN-
TIR CON LA LENGUA UNA CAVIDAD, POR PRESION DE LOS ALIMENTOS A LA MAS-
TICACION, O BIEN POR LA RETENCION DE LOS MISMOS, CUANDO EL PROBLE-
MA SE AGRAVA EL DOLOR ES DE TIPO NEURALGICO E IRRADIADO.

EL TRATAMIENTO SERA LA REMOCION DEL TEJIDO CARIADO; LLEVANDO —
LOS LIMITES DE LA CAVIDAD HASTA ZONAS EN DONDE SE PRODUZGA LA AUTO-
CLISIS O ZONAS AUTOINMUNES, EL SIGUIENTE PASO SERA LA COLOCACION DE
LOS CEMENTOS MEDICADOS ADECUADOS AL CASO, Y POR ULTIMO LA COLOCACION
DE LA OBTURACION QUE SERA LA QUE MAYORES VENTAJAS LE PRESENTE AL —
DIENTE TRATADO.

VII- TRATAMIENTO ENDODONTICO.

A LA ENDODONCIA LA DEFINIMOS COMO LA RAMA DE LA ODONTOLOGIA — QUE SE OCUPA DE: EL CUIDADO DE ESTADO NORMAL, DE LA PROFILAXIS, DE LA TERAPIA DEL ENDODONTO Y DEL PARAENDODONTO.

EL TRATAMIENTO ENDODONTICO ES UN RECURSO QUE NOS REPRESENTARA CIERTAS VENTAJAS EN LAS PACIENTES EMBARAZADAS FACILMENTE DEPRESIBLES YA QUE SE LES ALIVIARA LA MOLESTIA A LA QUE ESTAN SOMETIDAS Y A LA VEZ SE EVITARA EL TEMOR INTRINSECO QUE LLEVA LA TECNICA DE EXODON— CIA Y COMO CONTRAINDICACIONES TENDREMOS: DIENTES EN QUE LA CARIES — HAYA DESTRUIDO TAL CANTIDAD DE TEJIDO QUE NO PERMITA HACER UNA BUE— NA OBTURACION, QUE LA CORONA HAYA SIDO DESTRUIDA EN FORMA TOTAL, PA— RA SOLO HABER DEJADO LOS CUERPOS RADICULARES; EN ORGANOS CUYOS CUER— POS RADICULARES SEAN DEMASIADO CORTOS (RIZALISIS); EN ORGANOS DENTA— RIOS CUYOS CONDUCTOS SEAN TORTUOSOS Y DIENTES CON DILACERACIONES , — EN ESTOS CASOS SE PODRA MEDICAR Y POSTERIORMENTE REALIZAR EL TRA— TAMIENTO ADECUADO YA SEA LA APICECTOMIA, REIMPLANTE O LA EXODONCIA— POR ULTIMO TENDREMOS EL RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIEN— TE.

TENDREMOS TAMBIEN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO QUE IRA DESDE EL — RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO, RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO O LA — PULPOTOMIA Y EL TRATAMIENTO RADICULAR O PULPECTOMIA.

EN SI LA ENDODONCIA SE OCUPA DEL ESTADO NORMAL, ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ENDODONTO.

BIEN, AHORA NOS OCUPAREMOS DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS.

10.- EL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

ESTARÁ INDICADO EN:

- 1.- CARIES PROFUNDA.
- 2.- DIENTES FRACTURADOS SIN EXPOSICIÓN PULPAR.
- 3.- DIENTES CON HIPEREMIAS ARTERIALES Y ALGUNAS VENOSAS.
- 4.- PULPITIS INCIPIENTE TRANSICIONAL.

Y COMO CONTRAINDICACIONES TENDRÁ, TODA PATOLOGÍA PULPAR.

ESTA TÉCNICA SE PODRÁ REALIZAR SIN ANESTESIA; GENERALMENTE CON LOS SIGUIENTES PASOS A SEGUIR:

- 1.- AISLAMIENTO EN CASO NECESARIO.
- 2.- REMOCIÓN DEL TEJIDO CARIOSO.
- 3.- LAVADO DE LA CAVIDAD CON AGUA BIDESTILADA.
- 4.- SECADO DE LA CAVIDAD CON TORUNDAS DE ALGODÓN ESTERIL, NUNCA CON AIRE O DESHIDRATANTES.
- 5.- COLOCAR LAS BASES; QUE SE EMPLEARÁN DE LA SIGUIENTE FORMA ;
 - a).- HIDRÓXIDO DE CALCIO EN SUSPENSIÓN; RECALCIFICA LA DENTINA Y FORMA NEODENTINA, SE UTILIZA PARA QUE PENETRE EN LOS TUBULOS DEN-

TINARIOS Y SE PONE EN UNA CAPA DE 1.5 A 2 MM.

b).- HIDROXIDO DE CALCIO EN PASTA; SU FUNCION ES LA MISMA, PERO LA PASTA TIENE POR OBJETO DARLE CONSISTENCIA Y FUERZA AL ENDURECER.

c).- OXIDO DE ZN Y EUGENOL; ESTA PASTA TIENE VARIAS CUALIDADES Y USOS (COMO SEDANTE, SELLADOR, DESINFECTANTE, ETC.), SIRVIENDO EN ESTE CASO COMO SEDANTE Y SELLADOR YA QUE AL SECAR CIERRA HERMETICAMENTE LA CAVIDAD.

d).- CEMENTO DE FOSFATO O CARBOXILATO; SE EMPLEA PARA PROTEGER LAS BASES ANTERIORES Y DARLE MAS CONSISTENCIA A LA PIEZA.

e).- OBTURACION FINAL: ESTA SERA SEGUN LAS NECESIDADES DEL CASO Y PUEDE HACERSE INMEDIATAMENTE O PASADO ALGUN TIEMPO.

DESPUES SE VIGILARA DURANTE 6-8 SEMANAS.

2o.- RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO.

ESTA TECNICA ESTA MENOS DIFUNDIDA QUE LA ANTERIOR POR EL HECHO DE QUE AL PROVOCAR UNA COMUNICACION PULPAR MECANICA, EL OPERADOR NO AISLA, LAVA Y DESINFECTA CORRECTAMENTE LA PIEZA, LO QUE PROVOCA LA MAYORIA DE LOS FRACASOS CUANDO YA SE INSTAURO EL TRATAMIENTO, AUNQUE NO SIEMPRE LA ETIOLOGIA ES INTROGENICA.

DICHA TECNICA ESTA INDICADA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A).- FRACTURAS CON EXPOSICION PULPAR, POR TRAUMATISMOS.

B).- EXPOSICION MECANICA LEVE, EN LA QUE NO EXISTA GRAN CONTAMINACION DE LA PULPA POR LA SALIVA.

C).- EXPOSICION PULPAR POR CARIES, SIN QUE ESTE MUY COMPROMETIDA LA PULPA.

LAS CONTRAINDICACIONES QUE LE ENCONTRAMOS SON:

A).- TODA PATOLOGIA PULPAR EN LA QUE YA NO PUEDA HABER REGRESION A LA NORMALIDAD.

B).- EXPOSICION PULPAR MULTIPLE.

C).- CUANDO LA COMUNICACION HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON LA SALIVA DURANTE MUCHO TIEMPO.

ESTA TECNICA TIENE LAS MISMAS VENTAJAS QUE LA ANTERIOR, PERO SE LE ENCUENTRA LA DESVENTAJA DE QUE PUEDEN EXISTIR MOLESTIAS AL FRIO O AL CALOR, DENTRO DE LA PRIMERA SEMANA SIGUIENTE AL RECUBRIMIENTO.

LA TECNICA ES LA SIGUIENTE:

1.- ANESTESIA DE LA REGION (SI SE LE CONSIDERA NECESARIO).

2.- AISLADO. DE PREFERENCIA CON DIQUE DE HULE.

3.- ELIMINACION DE LA MAYOR PARTE DE CARIES POSIBLE YENDO SIEMPRE DE FUERA HACIA DENTRO.

4.- INHIBICION DE LA HEMORRAGIA, DE PREFERENCIA DE FORMA FISICA.

5.- LAVADO Y DESINFECCION DE LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLOGICO O SOLUCION ANESTESICA E HIPOCLORITO DE SODIO.

6.- SECAR PERFECTAMENTE LA CAVIDAD CON TORUNDAS DE ALGODON ESTERIL, NO CON AIRE NI SOLUCIONES DESHIDRATANTES.

7.- COLOCACION DE LOS APOSITOS CONVENIENTES:

a).- HIDROXIDO DE CALCIO EN SUSPENSION.

b).- HIDROXIDO DE CALCIO EN PASTA.

c).- CAPA GRUESA DE OXIDO DE ZN Y EUGENOL.

d).- CEMENTO DE FOSFATO DE ZN O CARBOXILATO COMO OBTURACION TEMPORAL.

8.- SE RETIRA EL DIQUE DE HULE Y SE ALIVIAN LOS PUNTOS DE CONTACTO PREMATUROS Y SE TOMA UNA RADIOGRAFIA DE CONTROL.

9.- AL MES SE TOMA OTRA RADIOGRAFIA, SI YA SE FORMO DENTINA SECUNDARIA Y NO HA PRESENTADO NINGUNA SINTOMATOLOGIA SE OBTURA DEFINITIVAMENTE.

3o.- PULPOTOMIA.

ESTE TRATAMIENTO CONSISTE BASICAMENTE EN LA AMPUTACION DE LA PULPA CAMERAL VITAL Y COLOCACION DE UN MEDICAMENTO SOBRE LA PULPA RADICULAR.

INDICACIONES:

A).- EXPOSICION PULPAR POR CARIES.

B).- TRAUMATISMOS.

C).- EXPOSICION MECANICA MULTIPLE.

CONTRAINDICACIONES:

CAMBIOS DEGENERATIVOS, REGRESIONES RADICULARES Y NODULOS RADICULARES.

TECNICA:

1.- ANESTESIA DELA REGION.

2.- AISLADO CON DIQUE DE HULE.

3.- ACCESO AMPLIO Y REMOCION DE LA DENTINA REMANENTE EN LOS DE
MAS CUERNOS PULPARES.

4.- REMOCION DEL TECHO PULPAR DE PREFERENCIA CON FRESA # 557 O
ESCAVADOR.

5.- AMPUTACION DE LA PULPA CORONARIA; ESTO SE PUEDE HACER CON
FRESA PIRIFORME NUEVA, FRESA DE BOLA # NUEVA Y ESTERILES, COLOCAN
DOSE SOBRE EL CONDUCTO Y ACCIONANDO LA PIEZA DE MANO SIN RECORREELA
O BIEN CON EXCAVADOR BASTANTE FILOSO, PARA HACERLO DE UN SOLO INTEN
TO YA QUE SE CORRE EL PELIGRO DE EXTRAER TAMBIEN LA PORCION RADICU-
LAR.

6.- SE LAVA Y SE COHIBE LA HEMORRAGIA EN FORMA FISICA.

7.- COLOCACION DE APOSITOS.

a).- HIDROXIDO DE CALCIO EN SUSPENSION.

b).- HIDROXIDO DE CALCIO EN PASTA.

c).- ZOE, EN UNA CAPA GRUESA.

d).- CEMENTO DE FOSFATO DE ZN O CARBOXILATO LLENANDO LA CAVIDAD.
DAD.

8.- SE RETIRA EL DIQUE, Y SE TOMA UNA RADIOGRAFIA DE CONTROL.

9.- UN MES DESPUES SI NO HA HABIDO SINTOMATOLOGIA, OBTURAMOS.
PUEDE HABER MOLESTIAS EN LOS PRIMEROS DIAS DESPUES DEL TRATAMIENTO.

4o.- PULPECTOMIA.

EN ESTA TECNICA SE PODRAN CONSERVAR EN BOCA LOS DIENTES AFECTADOS EN SU PORCION PULPAR, YA SEA POR TRAUMATISMOS O POR FRACASOS DE LOS TRATAMIENTOS ANTES MENCIONADOS Y EN DIENTES AFECTADOS EN SU PERIODONTO.

TENEMOS COMO DESVENTAJA MUY RELATIVA LA PIGMENTACION DEL ORGANIZO DENTARIO TRATADO AL TRANSCURSO DEL TIEMPO, PERO SE LE PODRA BLANQUEAR NUEVAMENTE.

COMO CONTRAINDICACIONES TENEMOS:

1.- DIENTES CON CARIES MUY PROFUNDA QUE IMPIDA SU RESTAURACION.

2.- DIENTES CON DILACERACIONES.

3.- CONDUCTOS MUY ANFRACTUOSOS O TORTUOSOS.

4.- NODULOS PULPARES.

5.- PULPAS SENILES.

LA TECNICA SE LLEVA A CABO DE LA MANERA SIGUIENTE:

LOS MISMOS PASOS QUE LA ANTERIOR HASTA EL NUMERO 6, LAVANDO — CON HIPOCLORITO DE SODIO; COMO SIGUIENTE PASO SE REALIZA EL ABORDAJE DE LOS CONDUCTOS.

SE RETIRA LA PULPA DE LOS CONDUCTOS, SE INTRODUCE LA LIMA TIPO K, CON MOVIMIENTOS DE IMPULSION, TORCION Y TRACCION.

EL RETIRO DE LA PULPA SE REALIZA CON SONDAS O BIEN TIRANERVIOS QUE TENGAN AL IGUAL QUE LAS LIMAS UN TOPE DE GOMA PARA EVITAR LESIONAR HUESO. Y SE EFECTUA EL TRABAJO BIOMECANICO.

YA QUE ESTA LISTO EL CONDUCTO O SEA QUE LA DENTINA ESTE COMPLETAMENTE EN BUENAS CONDICIONES, SE OBTURARA EL CONDUCTO CON LA TECNICA Y EL MATERIAL DE ELECCION. ESTE MATERIAL Y LA TECNICA PUEDEN SER LAS SIGUIENTES:

PUNTAS DE GUTAPERCHA CON ZOE EN CONSISTENCIA LECHOSA, Y LA TECNICA LA DE CONDENSACION VERTICAL Y HORIZONTAL, EFECTUANDOSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

SE INTRODUCE LA PUNTA DEL CALIBRE ADECUADO, C NTENIENDO EL ZOE EN CONSISTENCIA LECHOSA, O BIEN RELLENAREMOS EL CONDUCTO PERO CON UNA ESPIRAL DE LENTULO.

TOMAMOS EL ESPACIADOR LO INTRODUCIMOS EN EL CONDUCTO ENTRE LA PARED DEL CONDUCTO Y LA PUNTA DE GUTAPERCHA, HAREMOS MOVIMIENTOS DISTO-MESIALES o BUGO- LINGUALES SEGUN EL CASO, RETIRAMOS EL ESPACIADOR Y EN EL ORIFICIO QUE DEJO ESTE, INTRODUCIMOS OTRA PUNTA DE GUTAPERCHA # 10. TOMAREMOS EL ESPACIADOR Y SE HARA LA MISMA OPERACION, HASTA QUE A. CRITERIO DEL OPERADOR SEA SUFICIENTE.

EL EXCEDENTE DE PUNTAS DE GUTAPERCHA QUE SALEN DEL CONDUCTO, SE ELIMINAN DE SER POSIBLE CON TIJERAS Y SE RECORTARA CON HUESCOT PREVIAMENTE CALENTADO.

SECAMOS LA CAVIDAD, COLOCAMOS UNA TORUNDA DE ALGODON Y SE COLOCA UNA OBTURACION TEMPORAL.

LAS AFECCIONES QUE SE TRATAN CON LAS TECNICAS ANTERIORES SON LA SIGUIENTES:

PULPITIS AGUDA.

PULPITIS INCIPIENTE TRANCIONAL. (HIPEREMIA).

PULPITIS CRONICA PARCIAL.

PULPITIS CRONICA ULCEROSA.

PULPITIS CRONICA HIPERPLASTICA.

PULPITIS CRONICA TOTAL Y PULFOSIS.

VIII.- EXODONCIA.

EL TRATAMIENTO EXODONTICO, SERA COMO EN TODOS LOS CASOS DE LA PRACTICA CLINICA DIARIA, EL ULTIMO EN EMPLEARSE, ESTA TECNICA SE LLEVARA A CABO SOLA Y ABSOLUTAMENTE SI ES NECESARIO, TRATANDO DE NO PROLONGAR MAS DE TREINTA MINUTOS LA ESTANCIA DE LA PACIENTE DENTRO DEL CONSULTORIO PARA ASI EVITAR EL AGOTAMIENTO FISICO DE LA MISMA.

CONTRAINDICACIONES:

EN GENERAL SE PUEDE DECIR QUE NO EXISTE NINGUNA CONTRAINDICACION ABSOLUTA PARA EFECTUAR LA EXTRACCION DENTARIA, SIN EMBARGO HAY ESTADOS FISIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS DE ORDEN GENERAL QUE NOS OBLIGAN A POSPONER LA TECNICA CON EL FIN DE PREPARAR AL PACIENTE PARA LA INTERVENCION, ASI TENDREMOS COMO CONTRAINDICACIONES A PACIENTES CON PROPENCION AL ABORTO, EN DIENTES CON ABSCESOS MUY GRANDES QUE IMPIDAN EL USO DE ANESTESICOS LOCALES Y EN PACIENTES EN LOS QUE SU ESTADO ANIMICO NOS INDIQUE NO HACER EL TRATAMIENTO.

PODEMOS DECIR QUE LA GRAVIDEZ, AUNQUE NO SE HA OBSERVADO JAMAS UN ACCIDENTE A CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA EXTRACCION EN UNA EMBARAZADA, PERO EN UNA PERSONA FACILMENTE EXITABLE Y QUE LE TENA A LA EXTRACCION, SERA PREFERIBLE COMO YA DIJIMOS ANTES, PREMEDICARLA, SIEMPRE Y CUANDO LAS MOLESTIAS Y EL PELIGRO DE UNA INFECCION NOS A-

CONSEJEN UNA INMEDIATA INTERVENCION, TOMANDO EN ESTE CASO TODAS LAS MEDIDAS PERTINENTES.

ALGUNOS CASOS QUE NOS HAGAN POSPONER LA INTERVENCION SERAN LOS SIGUIENTES:

NEOPLASIAS MALIGNAS, CARDIOPATIAS, ANEMIAS SEVERAS Y HEMOFILIAS.

LA EXODONCIA SE LLEVARA A CABO EN LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

DIENTES EN LOS QUE EL TRATAMIENTO ENDODONTICO HAYA FRACASADO.

DIENTES DONDE LA OBTURACION NO SEA POSIBLE.

DIENTES RETENIDOS O PARCIALMENTE RETENIDOS.

DIENTES CON MOVILIDAD DE TERCER GRADO, ESTO ES DONDE LOS TERCIOS CERVICAL Y MEDIO DEL CUERPO RADICULAR YA NO TENGAN SOPORTE OSEO.

FRACTURAS DE :

LA CORONA LONGITUDINALMENTE.

DEL CUERPO RADICULAR TRANSVERSAL Y LONGITUDINALMENTE, LLEGANDO AL TERCIO CERVICAL EN DIRECCION HACIA A APICAL Y,

RECHAZO DEL PACIENTE A OTRO TRATAMIENTO.

ANTES DE EFECTUAR LA EXTRACCION SE REQUIERE HACER UN EXAMEN -- DEL DIENTE POR EXTRAER, TOMANDO EN CUENTA LA POSICION QUE GUARDA EN EL ARCO DENTARIO, LOS DETALLES ANATOMICOS PARTICULARES DEL MISMO, Y EL GRADO DE DESTRUCCION QUE TENGA LA CORONA Y/O EL O LOS CUERPOS RA DICULARES, YA QUE TODO ESTO NOS DARA COMO RESULTADO LA ELECCION DE

LA TECNICA Y EL INSTRUMENTAL ADECUADO EN ESTOS CASOS, LA TECNICA MAS COMUN ES LA DE LUXACION POR MEDIO DE MOVIMIENTOS EXTERNOS E INTERNOS.

ESTA TECNICA SE LLEVARA A CABO, COMO EN CUALQUIER OTRO PACIENTE :

a).- ANESTESIA DE LA REGION.

b).- SE HARA LA DEBRIDACION, DE PREFERENCIA CON BISTURI, CONTINUANDO CON

c).- LA LUXACION DEL DIENTE - CON EL FORCEP ADECUADO A SU ANATOMIA-, HACIENDO MOVIMIENTOS SUAVES PERO FIRMES, ESTOS MOVIMIENTOS SERAN INTERNOS Y EXTERNOS.

EN LA PARTE SUPERIOR DE LA BOCA, SE HARAN MOVIMIENTOS DE TODO EL BRAZO Y CON LA MANO CONTRARIA PALPAREMOS EL PROCESO.

EN LA PARTE INFERIOR, LOS MOVIMIENTOS SERAN SOLO DE LA MUÑECA DE LA MANO Y CON LA MANO CONTRARIA DETENDREMOS TODO EL CUERPO DE LA MANDIBULA.

EN DIENTES ANTERIORES, TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES, SE RECOMIENDA HACER MOVIMIENTOS GIRATORIOS EN VEZ DE INTERNOS Y EXTERNOS, SIEMPRE Y CUANDO EL APICE NO ESTE MUY CURVO (DILACERACION).

ALGUNAS VECES SE PODRAN HACER MOVIMIENTOS GIRATORIOS CON CIERTOS PREMOLARES.

IX. - ANTIBIOTERAPIA EN EL EMBARAZO.

LA ANTIBIOTERAPIA EN EL EMBARAZO EN OCASIONES ES INDISPENSA --
BLE; POR LO QUE HAY QUE CONOCER: ACCION, ESPECTRO, INDICACIONES, Y --
CONTRAINDICACIONES, CONOCIENDO TODO ESTO PODREMOS LLEVAR A CABO UN
MANEJO ADECUADO DE LOS MISMOS, SIN LESIONAR A LA MADRE O AL PRODUC--
TO.

EL ANTIBIOTICO QUE NOS DARA GRAN UTILIDAD, CUMPLIENDO FINES DE
CURACION SERA LA PENICILINA; CON LA UNICA VENTAJA QUE LA ALFOMEDICA
CION Y SU USO INDISCRIMINADO Y SIN LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS --
HAN HECHO INSENSIBLES A GRAN CANTIDAD DE MICROORGANISMOS PATOGENOS;
ASI COMO TAMBIEN LAS ALERGIAS NOS REPRESENTAN CIERTO PROBLEMA. PERO
EN ESTOS CASOS PODREMOS HACER USO DE LAS SULFAS Y LAS ERITROMICINAS;
UN ANTIBIOTICO TAMBIEN MUY USADO EN ODONTOLOGIA SON LAS TETRACICLI--
NAS, PERO EN EL EMBARAZO CAUSARA EFECTOS NOCIVOS AL PRODUCTO (FETO):

REVISAREMOS PUES, BREVEMENTE SU MODO DE ACCION, SU ESPECTRO, --
ASI COMO SU PRESENTACION Y LAS VENTAJAS QUE TIENEN ESTAS EN ALGUNOS
ANTIBIOTICOS.

PENICILINAS.

LAS PENICILINAS SE DIVIDEN EN NATURALES Y BIOSINTETICAS.

PENICILINAS NATURALES.

LAS PENICILINAS NATURALES PUEDEN SER DE TIPO G, X, F, K; LA -
QUE SE USA EN LA CLINICA NORMALMENTE ES LA G, QUE A SU VEZ SE DIVIDE
EN SODICA, POTASICA, BENZATINA Y CRISTALINA.

LA PENICILINA G ESTA CONSIDERADA COMO EL MEDICAMENTO DE ELEC-
CION EN LAS INFECCIONES CAUSADAS POR EL STREPTOCOCCUS PYOGENES.

PENICILINAS BIOSINTETICAS.

ESTAS PENICILINAS TIENEN COMO PRICIPALES FENOMENOS DE TOXICI-
DAD LA ESTOMATITIS, LA ESOPAGITITIS Y LA ENTEROCOLITIS.

SE HA COMPROBADO QUE UNA PENICILINA POLIMERIZADA CAUSA MAYORES
REACCIONES ALERGICAS QUE UNA PENICILINA QUE NO LO ESTA.

TAMBIEN SE DESCUBRIO QUE, LA PRESENCIA DE LA PROCAINA COMO RA-
DICAL AÑADIDO A LA PENICILINA G, ES TAMBIEN CAUSA DE LA APARICION -
DE REACCIONES ALERGICAS.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON PENICILINA:

- 1.- MENOR UTILIZACION DE LAS DEFENSAS DEL ENFERMO.
- 2.- GRAN EFICACIA CONTRA LAS BACTERIAS GRAN-POSITIVAS.
- 3.- CONTROL Y ERRADICACION DE LA ENFERMEDAD EN CORTO TIEMPO.

4.- REDUCCION DE LOS EFECTOS COLATERALES.

5.- POSIBILIDAD DE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CADA 12 o 24 HORAS.

PENICILINAS SEMISINTETICAS: EMPIEZAN A DESARROLLARSE EN 1959, POR EL DESDOBLAMIENTO FERMENTATIVO DE LA PENICILINA G.

AMPICILINA:

COMPUESTO BIOSINTETICO, DERIVADO DEL ACIDO-6-APA- (6 AMINO PENICILANICO). ES UN ANTIBIOTICO BACTERICIDA Y DE AMPLIO ESPECTRO.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

EFFECTIVA CONTRA BACILOS GRAM-NEGATIVOS; COMO SALMONELLA, ESCHERICHIA COLI. ACTIVA TAMBIEN CONTRA LAS BACTERIAS GRAM-POSITIVAS. ES RESISTENTE A TODOS LOS GERMESES PRODUCTORES DE PENICILINASA.

MECANISMO DE ACCION:

INTERFIERE EN LA SINTESIS DE LA MEMBRANA CELULAR BACTERIANA, Y AL CRECER ESTA CELULA SIN MEMBRANA, ES DESTRUIDA POR LAS DIFERENTES PRESIONES OSMOTICAS A QUE ESTA SOMETIDA.

USO CLINICO:

ES UTILIZADA EN PADECIMIENTOS GRAVES DE VIAS RESPIRATORIAS, MENINGITIS, INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS, SEPTICEMIAS POR GERMESES GRAM-POSITIVOS.

DOSIS: DE 250 MG. A 700 MG. CUATRO VECES AL DIA.

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL O PARENTERAL.

EXCRECION: SU EXCRECION SE VERIFICA POR EL RIÑON.

HETACILINA:

ESTE FARMACO RESULTA DE LA CONDENSACION DE LA AMPICILINA —
CON ACETONA. SUS INDICACIONES SON LAS MISMAS QUE LAS DE LA AMPICILINA.

METANPICILINA:

ES UN ANTIBIOTICO BACTERICIDA DE AMPLIO ESPECTRO.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

EJERCE ACCION BACTERICIDA SOBRE MICROORGANISMOS GRAM-POSITIVOS
Y GRAM-NEGATIVOS E INCLUSO LOS PRODUCTORES DE PENICILINASA.

MECANISMO DE ACCION:

INTERFIERE EN LA SINTESIS DE LA PARED CELULAR, IMPIDIENDO QUE
LA CELULA PUEDA CONTENER AL PROTOPLASMA.

USO CLINICO:

SE EMPLEA EN INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS, APARATO GASTRO
INTESTINAL, VIAS BILIARES, APARATO GENITO-URINARIO, PIEL Y TEJIDOS
BLANDOS.

DOSIS: 250 MG. A 500 MG. TRES VECES AL DIA EN ADULTOS, EN NI—
ÑOS DE 30 A 50 MG/KG/DIA. REPARTIDOS EN TRES DOSIS IGUALES.

VIA DE ADMINISTRACION: CUALQUIER VIA, ES RESISTENTE AL MEDIO A
CIDO.

EXCRECION: SE ELIMINA POR EL RIÑON.

PIVAMPICILINA:

EN PESO, 1 MG. DE CLOHIDRATO DE PIVAMPICILINA CORRESPONDE A 0.7
MG. DE AMPICILINA.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

TIENE ACTIVIDAD CONTRA GRAM-POSITIVOS Y GRAM-NEGATIVOS. LA PENICILINASA ES DESTRUIDA POR LA PIVAMPICILINA.

USO CLINICO:

SE EMPLEA EN INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO, APARATO GENITO-URINARIO, APARATO DIGESTIVO, GONORREA, INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO.

DOSIS: EN ADULTOS, DE 350 MG. A 700 MG. TRES O CUATRO VECES AL DIA.

VIA DE ADMINISTRACION: ES POR VIA ORAL.

EXCRECION: POR LA ORINA, DESPUES DE OCHO HORAS.

CONTRAINDICACIONES: PACIENTES HIPERSENSIBLES A LA PENICILINA Y EN CASOS DE LEUCEMIA LINFOCITICA.

CARBENICILINA:

SU ACCION ES BACTERICIDA.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

ES ACTIVA EN CONTRA DE PS AERUGINOSA.

MECANISMO DE ACCION:

BACTERICIDA.

USO CLINICO:

PUEDE SER EL ANTIBIOTICO DE ELECCION EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO O EN CUALQUIER OTRA PARTE, CAUSADO POR ESPECIES MENOS COMUNES DE PROTEUS.

VIA DE ADMINISTRACION: VIA INTRAVENOSA.

EXCRESION: RIÑON.

ERITROMICINA.

PUE AISLADA DE UNA SEPA DE ESTREPTOMYCES. ES UN ANTIBIOTICO PARTICULARMENTE EFICAZ CONTRA MICROORGANISMOS GRAM-POSITIVOS; Y TAM BIEN SON AFECTADOS LOS COCOCOS, GERMESES HAEMOPHILUS Y LOS GRANDES VIRUS DEL GRUPO LIPOGRANULOMA VENEREO.

ESPECTRO:

SE LOCALIZA ENTRE EL DE LA PENICILINA Y LAS TETRACICLINAS, PERO NO INHIBE LOS BACIOS GRAM-NEGATIVOS COMO SON ESCHERICHIA COLI Y SALMONELLA.

MODO DE ACCION:

ES BASICAMENTE BACTERIOSTATICO, UNQUE ES BACTERICIDA EN CONCENTRACIONES MUY ELEVADAS.

ES UNO DE LOS ANTIBIOTICOS MAS SEGUROS DE EMPLEO GENERAL PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS SOBRE TODO EN PACIENTES ALERGICOS A LA PENICILINA.

EFECTOS SECUNDARIOS:

PUEDE OCASIONAR MOLESTIAS GASTROINTESTINALES SI ES ADMINISTRADA POR VIA ORAL. LIGERA IRRITACION LOCAL SI ES SUPOSITORIO. URTICARIA.

ESTOLATO DE ERITROMICINA:

PARECE SER ESTABLE EN MEDIO ACIDO, ES BIEN ABSORBIDO Y SE ELI-

MINA EN CANTIDADES MENORES POR LA BILIS, ASI PUES TOMADO CON -
ALIMENTOS SE ALCANZAN VALORES SANGUINEOS MAS RAPIDAMENTE ALTOS Y DU
RADEROS QUE LAS DOSIS COMPARABLES DE ERITROMICINA.

EL JUGO GASTRICO TIENDE A DESTRUIR LA ERITROMICINA, PERO LOS -
PREPARADOS CON CAPA ENTERICA Y EL ESTEARATO DE ERITROMICINA SON BIEN
ABSORBIDOS.

POSOLOGIA:

SE ADMINISTRA EN DOSIS DE 0.5 G. CADA 6 HORAS Y PUEDEN OBTENER
SE CONCENTRACIONES SANGUINEAS DE 2MG/ML. O MAYORES.

MUCHOS GERMESES GRAM-POSITIVOS SON INHIBIDOS POR CONCENTRACIONES
MENORES A ESTAS.

NOTA: LAS ERITROMICINAS NO DEBEN USARSE CONTRA INFECCIONES GRA
VES POR ESTAFILOCOCOS, O EN TRATAMIENTOS DE INFECCIONES GONOCOCICAS
PUES SE DISPONEN DE MEDICAMENTOS MEJORES.

LEUCOMICINA:

AISLADA EN 1963. ES UN POLVO BLANCO, CRISTALINO Y AMARGO QUE IN
VITRO ATACA A LAS ESPIROQUETAS.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

SHIGELLA, SALMONELLA, STREPTOCOCCUS VIRIDANS, STREPTOCOCCUS AURE
US, CANDIDA ALBICANS Y ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO.

USO CLINICO:

BRONQUITIS, NEUMONIA, BRONCONEUMONIA, ABSCESOS PULMONARES, OTI

TIS, LARINGITIS.

DOSIS: ADULTOS: 1000 A 1500 MG., EN TRES O CUATRO TOMAS.

NIÑOS: 5 ML. DE SUSPENSION CADA SEIS HORAS.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

EN CASOS DE HIPERSENSIBILIDAD, PUEDE PROVOCAR ERUPCION, MAREOS Y CEPALEAS.

TETRACICLINAS:

ESTAS ACTUAN SOBRE EL CITOPLASMA DE LA CELULA BACTERIANA, INHIBIENDO LA PRODUCCION DE ENZIMAS. SON DE AMPLIO ESPECTRO ANTIMICROBIANO, TENIENDO PODER SOBRE:

- 1.- GRAMPOSITIVOS.
- 2.- GRAMNEGATIVOS.
- 3.- RICKETSIAS.
- 4.- VIRUS GRANDES.
- 5.- PROTOZOARIOS.
- 6.- ACTINOMICETES.

EN ESTADO SECO SON BASTANTE ESTABLES, CUANDO SE ALMACENAN EN FORMA CONVENIENTE; SI PERMANECEN ASI, PODRAN BIOLOGICAMENTE PERMANECER ACTIVAS UNO, DOS O MAS AÑOS. SE OSCURECEN CON LA LUZ, LO QUE CONDICIONA UNA DISMINUCION DE SU ACTIVIDAD.

ABSORCION:

ES PRINCIPALMENTE POR EL APARATO GASTROINTESTINAL Y SE DISTRI-

BUYE RAPIDAMENTE A TODOS LOS ORGANOS Y LOS TEJIDOS; DISMINUYE SU ABSORCION AL DOSIFICARLAS CON ALIMENTOS O CON ANTIACIDOS. AL DISTRIBUIRSE VAN HACIA EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PELIGROSAMENTE PUEDEN ATRAVESAR LA BARRERA PLACENTARIA (COMPROBADO). SON HEPATOXICAS. SE DEPOSITAN EN EL CARTILAGO DEL CRECIMIENTO DE LOS HUESOS DEBIDO A SU UNION CON EL CALCIO, Y LO MISMO SUCEDE CON LOS DIENTES.

EXCRECION: PRINCIPALMENTE POR LA ORINA Y LA BILIS, TAMBIEN POR LAS HECEES FISCALES.

ESTA DROGA ESTARA CONTRAINDICADA EN EL TRATAMIENTO A EMBARAZADAS, POR LO MENOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO COMPLETAMENTE.

AUNQUE SU USO EN LOS DOS TRIMESTRES POSTERIORES QUEDARA LIMITADO Y BAJO ESTRICTO CONTROL MEDICO.

CEFALOSPORINAS.

SU ORIGEN HACE DEL HONGO QUE SE LOGRO AISLAR EN 1945 Y CUYO NOMBRE ES CEPHALOSPORIUM.

CLASIFICACION:

A).- ADMINISTRACION INYECTABLE: CEFALOTINA, CEFALORIDINA, CEFALPIRINA Y CEFASOLINAS.

B).- ADMINISTRACION ORAL: CEFALOGLICINA Y CEFALIXINA.

C).- ADMINISTRACION ORAL O INYECTABLE: CEFADRINA.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

AFFECTA A LOS GERMESES GRAMPOSITIVOS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCCOS PYOGENES, AUREUS, VIRIDANS.

LOS GERMESES RESISTENTES A LAS CEFALOSPORINAS SON: ENTEROCOCCUS Y LOS ESTAFILOCOCCOS METICILINOS MENOS RESISTENTES.

FARMACODINAMIA:

FIJACION DE LAS PROTEINAS PLASMATICAS Y LA ABSORCION DE CEPALOSPORINA VARIA ENTRE 10 Y 25 %. SON DESTRUIDAS POR LOS ACIDOS GASTRICOS; SU ELIMINACION Y EXCRECION SE EFECTUA POR MEDIO DEL RIÑON Y LA ORINA.

EFECTOS SECUNDARIOS:

APARECE DOLOR DESPUES DE LA INYECCION INTRAMUSCULAR.

REACCIONES ALERGICAS:

EN PACIENTES SENSIBLES A LA PENICILINA, SE MANIFIESTA CON FIEBRE.

VIAS DE ADMINISTRACION:

ORAL E INYECTADA, YA SEA POR VIA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA.

DOSIS:

ADULTOS: DE 1 A 4 G. EN 24 HORAS.

NIÑOS: 25 A 50 MG/KG/DIA.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON CEPALOSPORINAS:

- A).- MENOR UTILIZACION DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO DEL PACIENTE.
- B).- GRAN EFICACIA CONTRA LAS BACTERIAS GRAMPOSITIVAS.
- C).- CONTROL Y ERRADICACION DE LA INFECCION EN POCO TIEMPO.

NITROFURANOS.

MECANISMO DE ACCION:

INTERFIERE EN VARIOS PROCESOS METABOLICOS DE LA BACTERIA, BLOQUEANDO DIVERSAS ENZIMAS MICROBIANAS.

INHIBE EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS, CON LA FORMACION ANAEROBICA DE LA ACETILCOENZIMA.

LOS NITROFURANOS TIENEN LA CAPACIDAD ADEMÁS DE DESTRUIR LA PARED BACTERIANA, PROVOCANDO ELONGACIONES EN LA CELULA Y FORMACION DE GLOBULOS.

ESTE DOBLE MECANISMO ACLARA SU ACCION BACTERICIDA.

NITROFUZONA.

ACTUA EN PRESENCIA DE SANGRE, PUS Y EXUDADO.

ESPECTRO ANTIMICROBIANO:

ACTUA EN MICROORGANISMOS GRAMPOSITIVOS Y GRAMNEGATIVOS DE PIEL Y MUCOSA.

USO Y POSOLOGIA:

USO EXTERNO: EN CONCENTRACIONES DE 0.2%, SE PRESENTA EN CREMAS, SOLUCION Y POLVO.

PARA QUEMADURAS, PREVENCION DE INFECCIONES EN INJERTOS, APOSITOS EN ALVEOLITIS AGUDA Y CICATRIZACION DE SEGUNDO INTENTO.

I.- EFECTOS RADIOLOGICOS.

SE HA DEMOSTRADO DE MUTACIONES EN PLANTAS Y ANIMALES DESPUES DE LA RADIACION SIN DUDAR DE UNA RELACION CAUSA - EFECTO.

MUCHAS SON LAS RAZONES PARA CREER QUE LO MISMO SERIA VALEDERO PARA EL HOMBRE, PERO COMO SIEMPRE HA ESTADO EXPUESTO A LA RADIACION DEL ESPACIO O DE LA TIERRA, CONTAMINACION Y LA CANTIDAD DE LA MISMA ES VARIABLE EN LAS DISTINTAS PARTES DEL GLOBO, DANDO COMO RESULTADO PODER CUESTIONAR LO ANTERIOR CON ESTAS BASES:

1.- LA PERIODISIDAD DE LAS MUTACIONES YA QUE VARIAN DESDE LAS QUE SE RECONOCEN FACILMENTE, HASTA AQUELLAS QUE NO PUEDEN SER DETECTADAS PERO QUE AFECTAN AL INDIVIDUO EN FORMAS MUY SUTILES (COMO LA DE HACERLO MAS SUSEPTIBLE A CIERTAS ENFERMEDADES).

2.- SI CUALQUIER MUTACION APARENTE LA OCACIONO LA RADIACION U OTRO AGENTE, Y SI EN REALIDAD ES UNA MUTACION O SE DEBE A ALGUN TRAUMATISMO PRODUCIDO SOBRE EL INDIVIDUO.

EN SI NO EXISTEN PRUEBAS CONTUNDENTES DE QUE A MUY PEQUEÑAS DOSIS, COMO SON LAS USADAS EN LA RADIOLOGIA ORAL, SE PRODUZCA UNA LESION EN EL PRODUCTO.

COMO EN VARIAS RAMAS MEDICAS, QUEDARA TAMBIEN AL CRITERIO DEL CIRUJANO DENTISTA LAS VENTAJAS QUE LE OPRECE EL USO DE LOS RAYOS X ASI COMO SUS DESVENTAJAS, ESTO IRA AUNADO TAMBIEN A LA PREPARACION

CION QUE TENGA EL OPERADOR, PUES MIENTRAS MAYOR SEA EL DOMINIO QUE TENGA SOBRE LA TECNICA QUE EMPLEE, SERA MENOR LA EXPOSICION QUE SUFRA EL PACIENTE AL NO SER REEXPUERTO A LA RADIACION X POR UNA RADIOGRAFIA MAL TOMADA; TAMBIEN SE TOMARA EN CUENTA PARA ESTO, EL EQUIPO USADO Y EL TIPO DE PELICULA EMPLEDA.

LA VISITA AL LABORATORIO DE RAYOS X DE LA EMBARAZADA, TRATAREMOS DE LIMITARLO LO MAS POSIBLE, Y SOLO LA LLEVAREMOS CUANDO LO APRECIEMOS ABSOLUTAMENTE NECESARIO.

AHORA MENCIONAREMOS ALGUNAS DE ESAS OCASIONES:

CUANDO SOSPECHEMOS LA ESTANCIA DE DIENTES RETENIDOS O IMPACTADOS.

TRAUMATISMO CRANEO-FACIAL.

EN EXTRACCIONES EN LAS QUE SE SOSPECHE DE DILACERACIONES.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE QUISTES;

QUISTES RESIDUALES.

TRATAMIENTO ENDODONTICO.

Y PROBLEMAS EN LA A.T.M.

ESTAS VISITAS SERAN CON UN DELANTAL DE PLOMO APROPIADO PARA EL CASO (NAS LAROO), Y DE PREFERENCIA AL INICIO DE NUESTRAS LABORES -- CON EL FIN DE EVITAR LO MAS POSIBLE RADIACIONES SECUNDARIAS.

BIBLIOGRAFIA.

FISIOLOGIA HUMANA.

HOUSSAY. PAGS. 871-878, 882-883.

ED. EL ATENEO

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO EN ODONTOLOGIA.

STAFFE GIBILISCO. PAGS. 447-448

ED. PANAMERICANA.

REVISTA EL ODONTOLOGO MODERNO 26.

ENDODONCIA ELEMENTAL: UN RECURSO TERAPEUTICO

DEMASIADAS VECES OLVIDADO.

APUNTES DEL C.D. PEDRO ARDINES 1975.

CATEDRATICO F.O. UNAM.

PERIODONCIA.

ARTHUR GLICKMAN.

ENDODONCIA PRACTICA.

KUTTLER 1961.

ED. A.L.P.H.A.

PATOLOGIA ORAL.

KURT H. THOMA. PAGES. 296-300.

ANESTESIA ODONTOLOGICA.

IAN JORGENSEN. PAGES. 89-106.

REVISTA ODONTOLOGICA.

F.O. U.N.C.

ARGENTINA.

VOL. NUM. 1.2 EN. PAG. 1.15.

JUNIO, 1970.

FARMACOLOGIA MEDICA.

ANDRES GOTH. PAGES. 510-515.

SEPTIMA EDICION.

ED. INTERAMERICANA.