

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA



CARRERA DE ODONTOLOGIA

**INVESTIGACION DE LA FLORA MICROBIANA
EXISTENTE EN LOS 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 N

JORGE LUIS KISHI MALDONADO
ELOY MARIANO PIMENTEL URBINA



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

PROLOGO

CAPITULO I

Revisión Bibliográfica del absceso periapical y parodontal.

CAPITULO II

Revisión de los principales antibióticos que se usan en la actualidad para el tratamiento de los abscesos periapicales y parodontales.

CAPITULO III

Revisión de los métodos de obtención de muestras de exudado.
Revisión de métodos de cultivo o siembra y medios de cultivo.
Revisión de métodos de identificación de los microorganismos.
Revisión de diferentes tipos de antibiograma.

CAPITULO IV

Reporte de la flora bacteriana encontrada en los cultivos de 100 casos clínicos de abscesos periapicales y parodontales.
Reporte de la sensibilidad in vitro de la flora bacteriana encontrada en los cultivos, a diferentes antibióticos, lograda por medio de antibiograma en 100 casos de abscesos periapicales y parodontales.

CAPITULO V

Reporte del uso de antibióticos, empleados por 100 cirujanos dentistas escogidos al azar, en el tratamiento de los abscesos periapicales y parodontales.
Comparación de las terapéuticas más empleadas y la terapéutica ideal a emplear en el tratamiento de los abscesos periapicales y parodontales.

CAPITULO VI

Soluciones propuestas

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

P R O L O G O

Desde que el hombre tuvo conocimiento de los antibióticos y su uso, ha ido evolucionando poco a poco en la lucha diaria que tiene que librar contra su principal enemigo, la enfermedad.

Al principio el hombre contaba con unos cuantos y muy contados antibióticos, pero poco a poco y gracias a la investigación científica se han logrado crear o sintetizar nuevos antibióticos.

En la actualidad contamos con una amplia gama de ellos, lo cual es muy bueno, pero, desgraciadamente, debido a la poca información con que cuentan muchos Cirujanos Dentistas se ha caído en un grave y muy frecuente error; el uso irracional e inadecuado de los antibióticos.

Nosotros al realizar esta investigación, nos proponemos obtener y proporcionar algunos datos que tanta falta hacen para lograr la terapéutica adecuada y óptima en el tratamiento de los abscesos periapicales y parodontales.

Asimismo pretendemos que dicha información sea verfídica, reciente y sobre todo útil a nuestro País.

También queremos hacer una crítica constructiva acerca de los múltiples e inadecuados tratamientos que se hacen en la actualidad, para así, comenzar a erradicar este grave problema.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de gran utilidad a todos los profesionistas de la rama médico-biológica, especialmente a los Cirujanos Dentistas.

C A P I T U L O I

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL ABSCESO PERIAPICAL Y PARODONTAL.

ABSCESSO PERIAPICAL

SINONIMIA:

Absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo o absceso agudo.

DEFINICION:

Es la formación de una colección purulenta en el hueso alveolar a nivel de foramen apical a consecuencia de una pulpitis o gangrena pulpar. Los tejidos periapicales son alcanzados por la infección a través del foramen apical.

Para que ésto ocurra es necesario que exista el siguiente -- proceso:

- 1.- Lesión cariosa
- 2.- Destrucción dentinaria
3. Exposición pulpar
- 4.- Contaminación pulpar
- 5.- Infección pulpar
- 6.- Necrosis pulpar o gangrena pulpar.

Lo anterior da como resultado la producción de exudado purulento, y éste, asociado con las bacterias existentes, va a dar como resultado la contaminación del periapice, iniciándose de esta forma - el absceso periapical.

Aunque también se puede producir el absceso periapical sin - que haya sucedido comunicación ni contaminación pulpar, o sea que "puede producirse un absceso a raíz de un traumatismo en la pieza dental"¹

En consecuencia, el absceso agudo puede considerarse un es-

tadío evolutivo ulterior de una pulpa necrótica o putrescente en la -- que los tejidos periapicales reaccionan intensamente ante la infec-- ción.

ETIOLOGIA:

Un absceso agudo puede ser consecuencia de una irritación - traumática, química o mecánica, pero por lo general, su causa in-- mediata es la invasión bacteriana del tejido pulpar mortificado y su consecuente paso hacia el periapice.

De toda la bibliografía consultada se encontró que solamente el Dr. Lester V. Burket en su libro: Medicina bucal, diagnóstico y tratamiento, menciona haber efectuado una investigación acerca de - la etiología de los abscesos periapicales y parodontales, habiendo -- encontrado que los microorganismos existentes en estos procesos, - eran generalmente los que se encuentran en la cavidad bucal, siendo estos últimos los siguientes:

Principales grupos de microorganismos existentes en la sali-- va humana:

Grupos de recuento elevado:

Anaerobios totales, aerobios totales, estreptococos totales, - Vellonella, estreptococos salivarius, neisserias, micrococos y difte-- roides.

Grupos de recuento intermedio:

Fusobacterium. lactobacillus, estafilococos, leptotrichia, bac-- teroides.

Grupos de recuento bajo:

Monilia, coliformes, actinomyces, proteus, espiroqueta, es-- treptococos no hemolíticos.

Microorganismos presentes en procesos patológicos periapica-- les (abscesos) en orden descendente. (El autor menciona haber basa-- do este estudio en 59 casos).

Estreptococo Viridans, estafilococo aureus, estreptococos no hemolíticos estreptococo hemolítico, bacilos coli, cocos gram - negativos, neumococos, bacilos gram-positivos, estafilococo albus, pseudomonas, bacilos gram-negativos bacilos tíficos difteroides, hemophilus influenzae, cocos gram-positivos, micrococo tetragenos.

Aparte de este autor, ningún otro menciona la etiología bacteriana de los abscesos periapicales y parodontales.

SINTOMATOLOGIA:

" El primer síntoma puede ser una ligera sensibilidad del diente afectado, el paciente refiere que al aplicar una presión leve y continua hacia el alveolo, en el diente afectado le proporciona alivio.

En el absceso agudo el dolor se manifiesta de una forma constante, intensa y pulsátil.

Más tarde aparece una tumefacción de los tejidos blandos que recubren la zona apical. A medida que la infección progresa, la tumefacción se hace más pronunciada, y se extiende a cierta distancia de la zona de origen, el diente se vuelve más doloroso y presenta mayor movilidad, pudiendo estar también afectados los dientes adyacentes de manera semejante, posteriormente el dolor puede remitir o calmar totalmente a pesar del edema y la movilidad. "2

"El dolor leve e insidioso al principio, se torna después intenso, violento y pulsátil; acompañado de tumefacción dolorosa en la región apical y a veces con fuerte edema inflamatorio, perceptible a la inspección externa. "3

Si la enfermedad es abandonada a su propio curso, puede avanzar, produciendo una osteítis, periostítis, celulítis u osteomielitis. El pus que se encuentra acumulado busca una vía de salida y puede drenar a través de una fístula en el interior de la boca, en la piel de la cara o del cuello y aún en el seno maxilar o en la ca

vidad nasal. La localización y extensión de la tumefacción depende del diente afectado, así tenemos:

ANTEROSUPERIORES:

Puede abarcar labio superior y uno o ambos párpados.

POSTEROSUPERIOR:

Principalmente mejilla, puede hasta desfigurar completamente la fisonomía de la cara.

ANTEROINFERIORES:

Puede abarcar labio inferior y el mentón, extendiéndose en ocasiones hasta el cuello.

POSTEROINFERIORES:

Pueden abarcar mejilla extendiéndose hasta el oído o comprometiendo el borde del maxilar inferior, hasta la región submaxilar.

El tejido que recubre la tumefacción se presenta tenso, enrojecido, caliente y muy inflamado, mientras que los tejidos subyacentes a donde asienta el proceso infeccioso comienzan a entrar en lisis. El tejido de la superficie es distendido por la presión del pus y termina por ceder a ella, ante la falta de resistencia causada por la continua licuefacción.

Esta licuefacción es a consecuencia de la actividad de enzimas proteolíticas. El pus puede drenar por uno, dos o más orificios, según sea el grado de reblandecimiento de los tejidos y la presión que el mismo ejerza. El trayecto fistuloso así formado cicatriza finalmente con tejido de granulación, a medida que se elimina la infección del conducto radicular.

El punto de salida del pus en la boca, depende del espesor del hueso alveolar y de los tejidos que lo recubren. En el maxilar superior, generalmente, el drenaje se hace a través de la tabla ósea vestibular, ésta es más delgada que la palatina, aunque en ocasiones puede drenar por palatino como en el caso de un incisivo lateral o

una raíz palatina de un molar superior, ésto sucede por la localización de la raíz.

En el maxilar inferior, generalmente, las tumefacciones se presentan en el vestibulo de la boca a través de la tabla alveolar bucal, aunque en ocasiones los molares inferiores pueden drenar por lingual.

Las fístulas de los dientes anteroinferiores, muchas veces se abren en la piel, cerca de la sínfisis mentoniana; las causadas por dientes posteriores, primordialmente el primer molar inferior, lo hace a lo largo del borde inferior del maxilar inferior.

Debido a la absorción de productos tóxicos originados en el absceso, puede presentarse una reacción general de mayor o menor gravedad, debido a ésto y al dolor, el paciente puede presentarse pálido, irritable y debilitado. En casos leves puede haber sólo un ligero ascenso de la temperatura (37.2 - 37.7) y en los casos graves, la temperatura puede superar en varios grados la normal y -- llegar hasta 38.8 - 39.4. La fiebre frecuentemente va precedida -- y/o acompañada de calosfríos y malestar general y en ocasiones --- también de cefalea.

DIAGNOSTICO:

Básicamente el diagnóstico se efectúa por el examen clínico y si acaso se podrá dificultar la localización del diente afectado en los primeros estadios.

Si la infección ha avanzado hasta provocar una periodontitis y extrusión de los dientes adyacentes, la radiografía puede ayudar a determinar el diente afectado, mostrando una cavidad, una obturación defectuosa, un espacio de la membrana parodontal aumentado o indicios de destrucción ósea en la región apical, sin embargo la radiografía puede no mostrar ninguna rarefacción apical, por no haber existido el tiempo suficiente para que se produjera una destrucción del hueso alveolar. El diagnóstico correcto puede confirmarse poste

riormente con el test pulpar eléctrico y térmico.

El diente afectado no responderá a la corriente eléctrica ni al frío pero puede responder con dolor al aplicar calor. En algunos casos, habrá, una ligera respuesta a la corriente eléctrica. El diente se presenta sensible a la percusión o bien, puede no presentarse este síntoma al momento de la exploración clínica, pero en estos casos puede referirnos el paciente que anteriormente ya tuvo este síntoma, la zona periapical está sensible a la palpación y el diente puede presentar gran movilidad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El absceso periapical no debe confundirse con una pulpitis supurada aguda o con un absceso paradontal, para evitar confusiones en el diagnóstico de un absceso periapical y no confundirlo con una pulpitis supurada aguda se da el cuadro siguiente:

	Absceso periapical	Pulpitis supurada aguda
Tejidos periapicales	Comprometidos	No comprometidos
Test eléctrico	Negativo	Positivo
Percusión	Positivo	Negativo
Palpación	Positivo	Negativo
Movilidad	Positivo	Negativo
Reacción al calor	Aumenta el dolor	Negativo

No obstante que el absceso paradontal será estudiado posteriormente, es conveniente mencionar aquí que una de las diferencias más notables entre el absceso periapical y el paradontal es que al aplicar calor al diente afectado, en un caso de absceso paradontal, el dolor disminuye, mientras que en el caso de un absceso periapical el dolor aumenta.

MICROBIOLOGIA:

Como ya mencionamos anteriormente solamente un autor (Dr. Lester V. Burket.) menciona la flora microbiana encontrada en los abscesos periapicales, la cual ya se mencionó al hablar de ETIOLO-

GIA, ahora bien, nosotros al realizar este estudio, pretendemos mejorar y aumentar la información ya existente a este respecto, ya -- que en la actualidad no existe un estudio a nivel nacional de este tipo, ya que el único que hay, fue realizado en el extranjero. Los datos que obtengamos por medio de este estudio se confrontarán con -- los existentes en la parte denominada CONCLUSIONES de la presente tesis.

HISTOPATOLOGIA:

La marcada infiltración de polinucleares y la rápida acumulación del exudado inflamatorio en respuesta a una infección activa -- originan la distensión del periodonto con la consiguiente exfoliación -- del diente. Si este padecimiento continúa, se producirá la separa---ción de las fibras periodónticas, lo que explica la movilidad del diente. Los elementos infiltrados son en su mayoría de tipo polinuclea--res, y además, pueden encontrarse algunos mononucleares. El pus -- se va acumulando a medida que se produce la necrosis del tejido -- óseo en la zona apical y ésta, aumenta el número de polinucleares -- mortificados en su debate con los microorganismos, por lo tanto, el cuadro microscópico de la zona de supuración mostrará uno o varios espacios vacíos, rodeados por polimorfonucleares y escasos mononu--cleares. El conducto se presentará exento de tejidos, encontrándose en su reemplazo, conglomerados de microorganismos y detritus.

PRONOSTICO:

El pronóstico para las piezas dentarias puede variar desde -- dudoso hasta favorable, ya que éste va a depender del grado en que estén comprometidos y destruidos los tejidos localmente, tomando -- en cuenta el estado físico del paciente. Aún cuando la sintomatolo--gía de un absceso alveolar agudo puede ser grave, por lo general -- el dolor y la tumefacción remiten si se establece un drenaje sufi---ciente. El pronóstico para el diente es generalmente favorable en -- estas condiciones.

En la mayoría de los casos se puede salvar la pieza dentaria con tratamiento endodóntico, sin que la gravedad de los síntomas guarde relación con la facilidad o dificultad del tratamiento. Cuando existe gran destrucción del hueso o reabsorción del ápice, lo recomendable es la apicectomía. El pronóstico es desfavorable cuando el drenaje se ha hecho por el surco gingival y el periodonto ha sido dañado o destruido.

TRATAMIENTO:

En los primeros estadios del absceso agudo el tratamiento consistirá en establecer un drenaje para lograr la salida del pus, este drenaje se podrá establecer ya sea por el conducto radicular - o bien por medio de una incisión, esta incisión se puede hacer por medio de fresas o bien con un bisturí. Además deben retirarse con todo cuidado, con un tiranervios, todos los restos pulpares que pudieran bloquear el conducto e impedir el adecuado drenaje. El conducto radicular debe dejarse abierto durante algunos días para permitir un amplio drenaje, una presión leve y cuidadosa de la zona edematizada facilitará la salida del pus a través del conducto, una vez que se haya logrado establecer el drenaje, no se colocará ninguna curación en el conducto o en la cavidad, sólo se colocará una pequeña torunda de algodón muy floja, en la cámara pulpar para evitar el empaquetamiento de alimentos, y por lo tanto la obstrucción del conducto.

En el período agudo del absceso alveolar no se usará el calor por vía extrabucal para aliviar el dolor, sin embargo deben hacerse aplicaciones externas frías alternadas con aplicaciones de calor por intrabucal, para que el absceso drene hacia la cavidad bucal y no hacia los planos faciales, ya que esto último podría provocar posteriormente una desagradable cicatriz además de la propagación de la infección.

Cuando se trate de un conducto estrecho y desfavorable para

el drenaje o exista un edema grande o amplio o una periodontitis in tensa, como sucede en los últimos períodos de un absceso agudo, - debe hacerse una incisión profunda en el punto más prominente de la tumefacción. La incisión se hará únicamente si los tejidos están blandos y fluctuantes. Si la tumefacción fuera dura significa que el pus no se ha formado y por lo tanto no habrá nada que drenar.

La aplicación de calor o de una compresa ayudará a "coleccionar el absceso" o "madurarlo", para hacer la incisión, la cual - deberá practicarse bajo anestesia o analgesia. En algunos casos en que la tumefacción es fluctuante y blanda no habrá necesidad de -- - anestésico alguno, si se realiza una incisión rápida y adecuada a ba se de bisturí, pues en tales condiciones resulta prácticamente indolora. En caso necesario se colocará un drenaje de hule (Pen Rose) para evitar el cierre de la herida.

Una vez establecido el drenaje los síntomas agudos disminuyen rápidamente, y para completar el tratamiento, en caso necesario, consistirá en prescribir un analgésico cuando haya dolor intenso.

En casos más graves deberá prescribirse un antibiótico, según el Dr. Lester V. Burket, de acuerdo al estudio efectuado en 84 casos clínicos obtuvo los siguientes resultados:

SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS DE VARIAS ESPECIES DE MICROORGANISMOS RECOGIDOS DE ABSCESOS DENTALES AGUDOS.

No. de casos sensibles a:

Microorganismos	No. de casos	Penicilina	Tetraciclina	Eritromicina	Cloramfenicol
S. Viridans	32	31	31	32	32
S. Foecalis	21	8	17	21	21
Estreptococos piogenos	15	13	14	15	15
E. Coli	9	0	8	6	7

Staf. Coagulasa po sitivo	4	0	4	4	3
Klebsiella	2	0	2	1	2
Gaffkya	1	1	1	1	1

También se le recomendará al paciente que guarde reposo, -
dieta líquida o ligera y una vez que hayan cedido completamente los
síntomas del absceso agudo, el tratamiento del diente afectado será
el que corresponde a un diente desvitalizado e infectado.

NOTA: En lo que se refiere al uso del fármaco ideal para el trata-
miento del proceso patológico, se confrontarán los resultados obteni-
dos por nosotros con el resultado obtenido por el Dr. Lester V. --
Burket y de esta manera sabremos si estos últimos son aplicables -
a los casos de abscesos que se presentan en la actualidad en nues-
tro País.

CITAS BIBLIOGRAFICAS MENCIONADAS EN ESTE CAPITULO

1. Shafer Williams. G.
Patología Bucal
1976
2. Grossman Louis
Práctica endodóntica
1963
3. Lasala Angel
Endodóncia
1970

ABSCESO PERIAPICAL CRONICO

SINONIMIA:

También se le denomina "absceso ciego"

DEFINICION:

Es una infección periapical que se caracteriza por ser poco virulenta y de duración prolongada, que se encuentra localizada principalmente en el hueso periapical, esta infección tiene como origen o proviene del conducto radicular.

ETIOLOGIA:

La etiología del absceso alveolar crónico, es la misma que en el caso de abscesos alveolares agudos y por lo general se encuentra que el absceso periapical agudo precede al absceso periapical -- crónico, el cual se desarrollará si se deja evolucionar el absceso -- agudo sin efectuar ningún tratamiento o bien lo puede ocasionar un -- tratamiento de conductos mal realizado.

SINTOMATOLOGIA;

Generalmente el absceso alveolar o periapical crónico es --- asintomático y se descubre solamente durante el examen radiológico de rutina o por la presencia de una fístula, aunque esta última puede o no presentarse, cuando se presenta puede drenar en forma continua o discontinua y cuando lo hace en forma discontinua ésta va -- precedida de tumefacción de la zona, a lo cual comúnmente se le conoce como "postemilla", la cual generalmente drena hacia la boca.

DIAGNOSTICO:

Para efectuar el diagnóstico de un absceso periapical crónico, podemos basarnos en los siguientes datos:

Generalmente el absceso será indoloro, aunque puede ser ligeramente doloroso.

Se puede encontrar cambios en la coloración del diente.

El paciente refiere haber cursado con absceso periapical agudo, hace tiempo o algún traumatismo de tiempo atrás.

El paciente puede referirnos ligera sensibilidad del diente -- afectado a la masticación.

MICROBIOLOGIA:

Generalmente se encuentran: "Estafilococos, estreptococos -- alfa y ocasionalmente neumococos".¹

HISTOPATOLOGIA:

En la periferia de la zona de infección es posible encontrar fibroblastos que comienzan a formar una cápsula, así como linfocitos y plasmocitos y en la zona central aparece un número variable de polinucleares, el conducto radicular puede estar vacío o presentar restos celulares.

PRONOSTICO:

Será el mismo que para un absceso periapical agudo solamente que en el caso de un absceso crónico, también dependerá del grado de destrucción ósea.

TRATAMIENTO:

Será el mismo que para un absceso periapical agudo.

CITAS BIBLIOGRAFICAS EMPLEADAS EN ESTE TEMA:

1. Grossman Luois
Práctica Endodóntica
1963

ABSCESO PARODONTAL

SINONIMIA:

También se le denomina: Absceso periodontal, absceso lateral o absceso parietal.

DEFINICION:

El absceso parodontal es una inflamación en los tejidos parodontales, la cual se produce debido al cierre de una bolsa parodontal, en la cual se acumula exudado purulento.

Este tipo de absceso se puede localizar ya sea lateralmente a una raíz (o sea la misma localización de una bolsa parodontal) o bien en la zona interradicular de una pieza dentaria multiradicular.

ETIOLOGIA:

El absceso parodontal ocurre cuando una bolsa parodontal se cierra, debido a que los tejidos blandos en torno del cuello del diente se estrechan alrededor de éste, ocluyendo el orificio de la bolsa.

Las bacterias existentes se multiplican en la profundidad de la bolsa y causan irritación, hasta formar un absceso agudo, con exudado de pus.

"Las bacterias causantes de este tipo de abscesos, son las mismas que originan el absceso periapical agudo"¹

El mecanismo por el cual generalmente es producido el absceso parodontal se puede explicar de la manera siguiente:

1. Acumulación de placa bacteriana y sarro (irritantes locales).
2. Irritación mecánica de los tejidos blandos.
3. Migración de la adherencia epitelial.
4. Formación de la bolsa parodontal.
5. Acumulación de placa bacteriana y restos alimenticios en

la bolsa parodontal.

6. Proliferación bacteriana en el fondo de la bolsa parodontal.
7. Infección localizada en la bolsa parodontal.
8. Respuesta inflamatoria de los tejidos alrededor de la zona de infección.
9. Producción de pus y restos necróticos en la bolsa parodontal.
10. Cierre de la bolsa parodontal.
11. Acumulo de pus y restos necróticos en la bolsa parodontal.
12. ABSCESO PARODONTAL

Aunque también se puede producir un absceso parodontal en ausencia de enfermedad parodontal después de un traumatismo del diente o perforación de la pared lateral de la raíz durante el tratamiento endodóntico, también puede deberse a un factor irritante como una impactación de una pieza dentaria, o la presencia de un cuerpo extraño, en particular los residuos de alimento.

SINTOMATOLOGIA:

Los síntomas del absceso parodontal agudo son los siguientes:

1. Dolor irradiado y pulsátil.
2. Sensibilidad de la encía a la palpación.
3. Movilidad dentaria.
4. Sensibilidad del diente a la palpación.

También podemos encontrar manifestaciones generales como son la linfadenitis y malestar general.

El dolor intenso que se presenta es debido a la distensión y a la rápida destrucción de los tejidos blandos y también de los tejidos óseos.

El absceso parodontal agudo aparece como una elevación ovoi de cuyo tamaño varía de 3 a 15mm o más y generalmente se localiza al lado de una raíz. La encía es edemática y roja con una superficie lisa y brillante. La forma y la consistencia de la zona elevada varían, puede tener forma de cúpula y ser relativamente firme o -- puntiaguda y blanda. En la mayoría de los casos es posible expul--- sar pus del margen gingival mediante presión digital suave.

Generalmente este absceso afectará a un sólo diente. A ve-- ces el absceso parodontal afectará todo el tejido gingival y a la - - membrana mucosa vecina. El tejido subyacente es normalmente ro-- jo o cianótico. En las zonas en las que las estructuras más profundas del tejido conjuntivo están más afectadas que el resto de la en-- cía, puede apreciarse una tumefacción dura con pocas alteraciones - de color.

La movilidad de la pieza dentaria con absceso parodontal es-- debida a la extensa afectación del hueso y del ligamento parodontal.

El pus puede drenar a través de la bolsa parodontal que ro-- dea al diente afectado, o bien acumularse en el lugar del absceso, - aumentando así la presión interna y el tejido gingival puede romper-- se dando lugar a la formación de una fístula.

Generalmente cuando drena el absceso, ello rebaja la pre--- sión con la consiguiente disminución del dolor.

En el caso de un absceso parodontal crónico, por lo general es asintomático, el paciente suele registrar episodios que se caracterizan por dolor "sordo", leve elevación del diente y el deseo de - morder y frotar el diente.

Generalmente se presenta una fístula que se abre en la muco sa gingival en alguna parte de la raíz. Puede haber antecedentes de exudación intermitente. El orificio de la fístula puede ser una abe-- rtura muy pequeña, difícil de detectar, que al ser sondeada revela - un trayecto fistuloso en la profundidad del parodonto. La fístula pue--

de estar cubierta por una masa pequeña, rosada, esférica de tejido de granulación.

El absceso paradontal crónico con frecuencia experimenta -- exacerbaciones agudas, con todos los síntomas correspondientes.

DIAGNOSTICO:

Para efectuar el diagnóstico correcto de absceso paradontal - deberemos contar con la historia clínica completa del paciente y basarnos en el cuadro clínico y en el estudio radiográfico.

La continuidad de la lesión con el margen gingival es una -- prueba clínica de la presencia de un absceso paradontal.

En cuanto al aspecto radiográfico, es característico del absceso paradontal, es una zona radiolúcida circunscrita en el sector lateral de la raíz de la pieza dental afectada, sin embargo, el cuadro radiográfico no siempre es característico a causa de muchas variables, como:

1. La etapa evolutiva de la lesión.- En las etapas incipientes, el absceso paradontal agudo es en extremo doloroso, pero no presenta manifestaciones radiográficas.
2. La extensión de la destrucción ósea y la morfología del -- hueso.
3. La localización del absceso.

Las lesiones que están en la pared blanda de la bolsa parontal, producen menores cambios radiográficos que las localizadas en la profundidad de los tejidos de soporte. Los abscesos en la superficie vestibular o lingual se presentan 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 radiograffa para establecer un diagnóstico de un absceso paradontal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

A continuación se proporcionan cuadros sinópticos útiles pa--

ra efectuar el diagnóstico diferencial de absceso parodontal, absceso periapical y absceso gingival:

	Absceso parodontal	Absceso periapical
Vitalidad pulpar	Positiva	Negativa
Vía de invasión bacteriana	Parodontal	Pulpar
Localización de la rarefacción radiográfica	Sector lateral de la raíz	Apical
Comunicación con la cavidad bucal	A través de parodonto	A través de cámara pulpar
	Absceso parodontal	Absceso <u>gingival</u>
Localización	Tejidos periapicales de soporte	Encía marginal
Se presenta en:	Zona con enfermedad parodontal <u>preexistente</u>	Zonas <u>anteriormente sanas</u>
Etiología	Bacteriana	Por cuerpos <u>extraños</u>

MICROBIOLOGIA:

En cuanto a la microbiología del absceso parodontal sólo el Dr. Golman Henry M. en su libro titulado Periodoncia, menciona que la flora microbiana responsable de los abscesos parodontales, es la misma que la causal de los abscesos periapicales.

Ningún otro autor menciona la microbiología del absceso parodontal.

HISTOPATOLOGIA:

La histopatología de un absceso parodontal agudo muestra un predominio de neutrofilos segmentados. En los abscesos crónicos y en las zonas tratadas, predominan los linfocitos y las células plasmáticas. La encapsulación de las células redondas mediante tejido conectivo, indicará el paso de una fase aguda a una crónica, además

de que en el tipo crónico se encuentra un predominio de células redondas en tanto que los leucocitos polimorfonucleares son las células principales en el tipo agudo.

Otras características de la bolsa parodontal asociada a un absceso parodontal, son semejantes a las que se ven en la periodontitis, como: La destrucción del hueso y de las fibras del ligamento parodontal y la acumulación de tejido granulomatoso.

En general la histopatología del absceso parodontal es idéntica a la del absceso periapical.

PRONOSTICO:

Una pieza dentaria con absceso periapical tiene mejor pronóstico cuando la destrucción del hueso es pequeño, o sea que el pronóstico es mas desfavorable mientras mayor sea la destrucción ósea, también el pronóstico depende de la cantidad o longitud de la raíz — que esté aún incluida en el hueso sano y de la capacidad de los tejidos de sostén que queden para resistir las tensiones que se ejerzan sobre ellos.

Una raíz gruesa que tenga el tercio cervical despojado de hueso y de ligamento parodontal, tiene mucho mejor pronóstico que un diente que es pequeño y débil con igual pérdida ósea.

Puesto que el tratamiento parodontal es menos eficaz en los enfermos con ciertas alteraciones constitucionales como el hipertiroidismo, la diabetes mellitus o deficiencias de la nutrición, que en los individuos sanos. Y la indiferencia por parte de los pacientes — para seguir las instrucciones en su hogar, harán que el pronóstico — sea menos favorable.

TRATAMIENTO:

En el absceso parodontal, se iniciará con la eliminación de las causas locales. Las bolsas parodontales pueden extirparse mediante varias técnicas quirúrgicas. Así se restablecerá la normalidad del sistema de adhesión. El tratamiento se dirigirá también a sujetar

el diente móvil y a reconstruir la pérdida ósea si ésto es posible.

También se tratará de restablecer la forma de la encía.

NOTA: Ningún autor menciona que se deban utilizar o administrar --
antibióticos.

CITAS BIBLIOGRAFICAS EMPLEADAS:

1. Goldman Henry M.
Periodoncia.

C A P I T U L O II

REVISION BIBLIOGRAFICA DE LOS PRINCIPALES ANTIBIOTICOS QUE RECOMIENDAN LOS DIFERENTES AUTORES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS PERIAPICALES Y PARODONTALES.

En este capítulo veremos cuales antibióticos, recomiendan los diferentes autores, asimismo la dosis y duración que se recomiendan para el tratamiento.

A continuación mencionamos una lista de los autores y sus libros, que mencionan hacer uso de antibioticoterapia en el tratamiento de los abscesos periapicales, el orden en que se mencionan los antibióticos es el orden de elección en que se utilizarán (los antibióticos que se sugieren para el tratamiento de los abscesos parodontales se mencionará posteriormente).

Burket V. Lester Medicina bucal, diagnóstico y tratamiento.

Recomienda: Cloramfenicol, Eritromicina, Tetraciclina, Penicilina.

No menciona dosis ni duración del tratamiento.

Grossman Louis Práctica endodóntica

Recomienda: Fenoximetilpenicilina 250 mg. cada 6 horas durante dos o tres días, o también, Sigmamicina V. 250 mg. cada 6 horas por 2-3 días.

Lasala Angel Endodoncia.

Recomienda: Eritromicina 250 mg. cada 6 horas (no menciona duración del tratamiento) 6 500 mg. cada 12 horas.

Sigmamicina (oleandomicina con terramicina) 250 mg. cada 6 Horas.

Doxiciclina iniciar con 200 mg. el primer día y una dosis de 100 mg. diarios.

Lincomicina 500 mg. dos veces al día por vía oral 6 600 mg.

por vía intramuscular cada 12 ó 24 horas.

Lucas R. B.

Bacteriología aplicada a la odonto

logía.

Recomienda: Penicilina o sulfamidas (no menciona dosis ni duración del tratamiento).

En cuanto a la recomendación por parte de los autores para administrar antibióticos en los casos de abscesos parodontales, ninguno, de toda la bibliografía consultada, recomienda ningún antibiótico.

C A P I T U L O III

METODOS DE OBTENCION DE MUESTRAS DE EXUDADO

Como los microorganismos pueden tener un papel importante en la patogenia de la enfermedad pulpar y periapical uno de los objetivos más importantes es, eliminarlos.

Para efectuar la toma de muestras bacteriológicas, es necesario observar un régimen estricto de control bacteriológico y asepsia.

Existen varios métodos para efectuar la toma de la muestra, de éstos los más usuales son:

1. Técnica con isopo de algodón.

Antes de atender al paciente, se tendran a la mano pequeños frascos que contengan un adecuado medio de cultivo líquido estéril, en el cual se depositará la muestra obtenida, para su traslado al laboratorio.

Esta técnica se empleará en aquellos casos en que el drenaje del absceso se ha establecido a través de la mucosa bucal, se --tendrá antes la precaución de que el isopo que se utilice se encuentre estéril y que al transportar la muestra al medio de cultivo líquido se haga también en un medio estéril (ésto se logrará efectuando la introducción de la muestra en el medio de cultivo líquido cerca de una flama para evitar la contaminación indeseada).

Es importante que antes de tomar la muestra, se presione un poco la zona en que se encuentra el drenaje a fin de obtener una muestra de material de la zona más profunda y de ésta forma evitar tomar una muestra superficial, que probablemente esté invadida por la flora normal de la boca.

2. Técnica con asa de platino.

En esta técnica se procederá de igual manera que la anterior solamente que en ésta el isopo será substituido por una asa de pla-

tino, y ésta se esterilizará, poniéndola sobre una flama hasta alcanzar un color rojo intenso y dejándola enfriar, antes de tomar la muestra.

3. Técnica con puntas de papel.

Esta técnica se empleará cuando el drenaje ha sido establecido a través del conducto radicular, se tendrá cuidado que las puntas de papel que se empleen se encuentren estériles.

Antes de proceder a tomar la muestra se lavará el conducto con agua esterilizada para eliminar las bacterias que se encuentran en forma superficial en el conducto, después, una punta de papel es insertada hasta el ápice sin lavar; después de que esa punta ha permanecido en el conducto durante uno o dos minutos se le retira y se coloca en el frasquito que contiene el medio de cultivo con cuidadosa precaución aséptica.

4. Técnica por medio de extracción.

En esta técnica, la muestra de exudado se toma al momento de efectuar la extracción dentaria, pero el principal inconveniente de esta técnica es que al efectuar la extracción del diente, resulta contaminado con la superficie de la mucosa bucal o encía y por lo tanto al tomar la muestra, ésta puede estar contaminada con bacterias que forman parte de la flora normal de la boca, esta técnica es poco usual y la menos recomendada.

MÉTODOS DE CULTIVO O SIEMBRA Y MEDIOS DE CULTIVO

Se ha encontrado que muchas bacterias pueden desarrollarse en el laboratorio en forma de cultivo. Las sustancias que permiten el desarrollo, son denominadas medio de cultivo. El medio de cultivo trata de producir para las bacterias las condiciones de nutrición que encuentran en sus ambientes naturales.

Existen varios tipos de medios de cultivo:

MEDIO LIQUIDO:

El medio de cultivo líquido es el más simple de los medios -

de cultivo, este medio está hecho a base de un extracto líquido de carne con la adición de peptonas y regulado su PH de 7.2-7.4. En este medio conocido como caldo, muchas bacterias se desarrollan perfectamente produciendo un aumento en su número y una turbidez más o menos uniforme en el claro líquido inicial, esta apariencia es en realidad típicamente insuficientes para servir como base para la identificación de microorganismos.

MEDIO SOLIDO:

Con el uso del medio sólido, los cultivos bacterianos pueden ser determinados en forma de colonias. En los cultivos líquidos la proliferación de las bacterias se dispersa libremente a través de todo el medio, de modo que si más de un tipo de microorganismos estaba presente en la inoculación original, los distintos tipos estarán completamente mezclados en el medio líquido y no podrán ser fácilmente separados. Si el material a ser examinado es inoculado sobre la superficie de un medio sólido usando una técnica apropiada, la bacteria individual es depositada separadamente y, al proliferar, sus descendientes deben permanecer en contiguidad en vez de dispersarse como ocurría en el medio líquido. De esta manera cada célula bacteriana da lugar a una colonia de organismos visibles a simple vista.

Estas colonias bacterianas tienen a menudo una apariencia característica proporcionando así un valioso criterio para identificación, y pueden ser transferidas inmediatamente del asa de platino a un medio de cultivo fresco. Así, si el material a examinar contiene más de un tipo de microorganismos, la inoculación en medio sólido permite el crecimiento de las colonias de los microorganismos presentes en forma aislada. Los diferentes tipos de colonias pueden ser transferidas así separadamente a un medio de cultivo, de tal modo que se obtienen cultivos puros para estudios más amplios. El medio sólido primitivo consiste en un caldo líquido común al cual se

le agrega gelatina calentada para hacerla líquida. Cuando la mezcla ha llegado a la consistencia de jalea los organismos pueden desarrollarse fácilmente sobre su superficie. La gelatina, de todas maneras, tiene la desventaja de que se funde a los 37 grados temperatura óptima para muchos organismos patógenos. Un sustituto mejor que la gelatina lo constituye el agar también llamado agar-agar. Esta substancia se derrite a 98 grados y toma la forma de una blanca y limpia substancia parecida a la jalea y que gelifica a los 40 grados. Si se agrega agar a un caldo de cultivo a una concentración del 2%, se obtiene un medio sólido conocido como agar nutritivo.

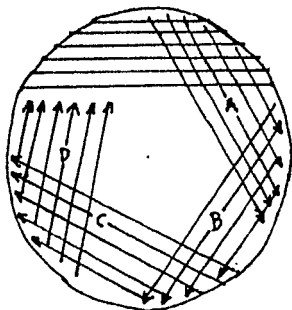
El medio sólido es comúnmente usado como "placas" o "planos inclinados". Un plano inclinado se prepara colocando aproximadamente 5 mg. del medio de cultivo en un tubo de ensayo o en un frasco con una tapa con rosca que es colocado horizontalmente sobre una mesa y con un lápiz o un objeto similar debajo del borde superior de modo de presentar una mayor superficie de inclinación.

La placa o disco de Petri, para cultivo microbiológico consiste en un par de cajas de vidrio de poca profundidad y similar en su forma a la de una tapa pero de unos 10 cm. de diámetro. Una de las placas es ligeramente mayor que la otra como para actuar como tapa que protege al medio de cultivo de otros microorganismos llevados en el polvo y, también para reducir la evaporación.

El medio fundido es puesto dentro de la placa pequeña en la que se forma una delgada placa que se solidifica. Las placas son usadas cuando se necesita una superficie máxima y el plano inclinado cuando es necesaria una superficie menor. De éste modo, cuando una muestra de material infectado es cultivado por primera vez se utiliza corrientemente una placa.

La inoculación o siembra se hace de la manera siguiente:

(ver dibujo)



Si el espécimen es presentado de tal forma que una excobilla o una gasa o bien una asa es delicadamente pasada por la superficie del medio de cultivo en el área sombreada. Una gasa esterilizada es utilizada entonces para hacer las pasadas como se indica en A, luego en B y finalmente en C y D. Este procedimiento asegura que el material a tomar con el asa disminuya gradualmente en cantidad; cuando ha sido ejecutada la pasada final, muy poco material permanece sobre el asa con el resultado de que una simple bacteria queda depositada y de la cual se originarán colonias separadas. Si el material cultivado de esta manera contiene más de un tipo de microorganismos, las distintas colonias serán fácilmente distinguidas pudiéndose obtener cultivos nuevos, recogiendo con la gasa una representativa colonia de cada tipo y llevarla o transferirla a su nuevo medio de cultivo. Los subcultivos, como ellos son denominados, se hacen frotando la gasa sobre la superficie de un plano inclinado obteniéndose así, un cultivo difuso, pero como el cultivo es puro, es decir, de solamente un tipo de organismo, no es necesario obtener el desarrollo de las colonias separadas. En consecuencia, la pequeña área del plano inclinado es totalmente adecuado para ese fin. El medio fluido puede ser utilizado para subcultivos en forma similar.

MEDIO ENRIQUECIDO:

Ambos medios, el líquido y el sólido ya descritos obtienen sus propiedades nutritivas principalmente del extracto de carne que contienen. De todos modos ciertos microorganismos se desarrollan más rápidamente si el medio de cultivo es enriquecido con la adición de otras sustancias nutritivas como son: Suero, sangre, o líquido ascítico. El más comúnmente usado para enriquecer un medio es el rutinario agar-sangre; este medio consiste en agar nutritivo al que se le agrega sangre esterilizada de caballo, que se agrega cuando el agar ha sido enfriado casi al punto de fraguado. Igualmente, todos los microorganismos de importancia desarrollan sobre agar sangre, produciendo algunos de ellos características muy propias de este medio.

MEDIO SELECTIVO:

Este medio es usado cuando se desea suprimir el desarrollo de alguna bacteria mientras se favorece la proliferación de otra.

MEDIO PARA REACCIONES BIOQUIMICAS:

Las reacciones bioquímicas de las bacterias, es decir, la fermentación de los hidratos de carbono y el desdoblamiento de las proteínas son a menudo de valor en la identificación. La fermentación es detectada por la preparación de un medio líquido que contiene particularmente hidratos de carbono bajo prueba y un indicador que cambia de color en presencia de ácido.

El medio debe ser, por supuesto, esterilizado antes de ser utilizado. Los métodos de esterilización varían de acuerdo con el medio.

Después de que el medio ha sido inoculado, los microorganismos son incubados a 37 grados centígrados y en muchos casos, un desarrollo adecuado se realiza alrededor de las 18 horas.

Otros medios de cultivo que son empleados frecuentemente son:

El medio denominado EMB, el cual es propio para el desarrollo de enterobacterias.

El medio de Nickerson, propio para el desarrollo de hongos y levaduras agar-sangre, agar-chocolate, agar-suero, agar-huevo coagulado y el medio de Sabouraud.

METODOS DE IDENTIFICACION DE LOS MICROORGANISMOS

Para dar principio a éste capítulo mencionaremos primero el microscopio que es una parte esencial de la técnica bacteriológica, el examen microscópico sólo, es de limitado valor en la identificación de los microorganismos que puedan presentarse en las muestras de exudado infectado.

El microscopio da informaciones tales como tamaño del microorganismo, su reacción ante los colorantes y algunas ideas en relación a su número. No siempre estos datos, son suficientes para una completa identificación de microorganismos y son importantes otras investigaciones. Dichas investigaciones incluyen pruebas de cultivo de los organismos en un medio artificial, la determinación de sus reacciones bioquímicas y serológicas y además su capacidad para causar la enfermedad cuando son inoculadas en animales de experimentación.

Puesto que todas esas investigaciones comprenden una manipulación de material infectado, es necesario tener en cuenta cómo se deben de llevar a cabo dichas manipulaciones, siendo las principales consideraciones que la técnica empleada debe ser segura y conveniente evitando la introducción de microorganismos extraños. La transferencia del material infectado de bacterias se efectúa por medio de asas de platino. El instrumento consiste en un alambre de platino de níquel cromado de 7-8 cm colocado en porta asa. La parte libre del alambre se curva formando un círculo de 2-3 mm de diámetro. Inmediatamente antes de ser utilizado, el alambre es debidamente esterilizado para evitar introducir, organismos extraños -

dentro del material a estudiar, para lo cual se somete al alambre - al calor de una llama. Cuando el alambre se ha enfriado es usado - para obtener una cantidad suficiente de material, transferido después a la platina del microscopio o a un medio de cultivo, según se requiere, esterilizado nuevamente el alambre o asa de platino a una llama antes de guardarlo, o colocarlo en el recipiente para una nueva muestra de exudado.

Si es necesario trabajar con grandes cantidades de material, como suspensiones líquidas de bacterias, se emplea comúnmente --- una pipeta de vidrio esterilizada y provista de un tope de goma. Las pipetas de esta clase son esterilizadas en aire caliente antes de --- ser utilizadas y posteriormente sumergidas en un recipiente con solución desinfectante.

Los diferentes métodos para la identificación de microorganismos son:

PELICULAS COLOREADAS:

Para preparar un examen de tipo microscópico es comúnmente conocida como película directa, que se prepara directamente con exudado purulento, secreción y otro material pronto a ser examinado. El asa de platino esterilizada es utilizada para tomar una pequeña muestra del material que debe ser analizado, la que es depositada sobre un portaobjetos limpio, y a modo de hacer un frotis esparcir para cubrir un área de 2-4 cm de diámetro. El grado de expansión varía con la consistencia de la muestra pero se obtiene buenas películas después de una pequeña práctica. Esta película es puesta a secar y luego se fija pasándole dos o tres veces una llama.

El proceso de fijación, por el calor coagula las proteínas de la muestra determinando la adherencia al portaobjetos. También la película debe de ser lavada antes de la aplicación de los colorantes.

Muchas de las bacterias son fácilmente teñidas por las tintu-

ras. La tintura es colocada sobre el portaobjetos, debiendo actuar por dos o tres minutos, quitando el exceso por una corriente de --- agua, después secarlo con un papel absorbente, el portaobjetos está listo para ser examinado al microscopio. Siguiendo este tratamiento todas las bacterias se tiñen, de azul si se ha empleado una solución acuosa de azul de metileno al uno por ciento.

Técnicas simples, como ésta, fueron empleadas en las primeras épocas de la bacteriología, pero la introducción del método diferencial de coloración de Gramm en 1884, señaló un gran adelanto.

El método de Gramm depende de la presencia en algunos microorganismos del ribonucleato de magnesio. Cuando las bacterias se tiñen con la tintura de anilina, la subsiguiente aplicación de una solución de yodo en yoduro de potasio "fija" la tintura en esos microorganismos en los cuales el ribo nucleato de magnesio está presente, pero no en aquellos en que ésta substancia está ausente. Si la preparación es tratada en seguida con alcohol o acetona aquellas bacterias en que la tintura actúa como fijador permanecen inalterables, mientras que en aquellas en que la acción fijante no ha actuado, la tintura cede su lugar o se decolora.

Si se aplica ahora una coloración de contraste, los organismos que fueron decolorados se colorean y los que no lo fueron retienen el color original. En la práctica, se usa con la primera tinción una solución acuosa de violeta de genciana o de violeta de metilo. Este actúa a los pocos minutos al cabo de los cuales se lava, a cierta distancia del portaobjetos con una solución iodada la que -- actúa de 30-60 segundos. La solución iodada es lavada cuidadosa-- mente con alcohol cuando varios colorantes violetas son dejados pa - ra permitir la formación de la película, la aplicación de alcohol debe continuar hasta que el teñido haya sido removido. Después de - lavado con agua se aplica la coloración de contraste (neutro, rojo, - safrina o fuscina) durante dos o tres minutos.

Las bacterias teñidas por el método de Gramm se agrupan en dos clases:

1. Retienen el color primario y aparece el violeta.

2. Son decoloradas y toman la coloración de contraste y aparecen en rojo: Los organismos de la primera clase forman el grupo llamado Gramm positivo los de la segunda, pertenecen a los Gramm negativos.

El método de Gramm es actualmente utilizado en bacteriología; la simple tinción se usa muy raramente y es relativo su valor en el diagnóstico ordinario. En adición al método de Gramm, otras técnicas de laboratorio son empleadas para ciertos propósitos.

MATERIAL NO COLOREADO:

Las bacterias son por lo general cuidadosamente examinadas con preparaciones coloreadas, pero en el estado normal, su índice de refracción es tan bajo y son tan transparentes que únicamente -- puede obtenerse una información relativamente pequeña en este análisis. De todas maneras, hay casos en que debe ser examinado con estas preparaciones.

EXAMEN POR LA MOVILIDAD:

Este tiene el valor de un paso en la identificación de ciertos microorganismos. El examen no se realiza sobre el material obtenido directamente de una lesión que puede contener más de un tipo de organismos, después de haber sido separados los unos de los -- otros y cultivados en su propio medio.

Para este examen se utiliza un especial y apto portaobjetos -- que se parece al que se emplea comúnmente pero se diferencia en -- que tiene una depresión profunda de 1-1 1/2 cm de diámetro y sobre la superficie del vidrio. Se coloca un anillo de vaselina alrededor -- de la depresión y una gota de líquido conteniendo las bacterias por -- examinar es colocada sobre el limpio cubreobjetos.

El portaobjetos se invierte rápidamente sobre el cubre, a ma

nera que la base se adhiere a la vaselina, quedando el cubreobjetos como tapa de la depresión con la gota en suspensión colgando libremente desde abajo de la superficie del cubreobjetos dentro de la depresión y sobre el portaobjetos. En éstas preparaciones la evaporación es mínima y es relativa la ausencia de corrientes en el material líquido.

Examinando la preparación de la "gota suspendida" es conveniente enfocar, primero, el ojo de la gota con un lente de bajo poder antes de usar los lentes con aceite de inmersión. La luz debe ser intensa por disminución del condensador hasta que los organismos vivos sean coloreados y aparezcan casi transparentes. Los organismos móviles pueden ser visualizados fácilmente, cruzando el campo en todas direcciones. Los organismos inmóviles no están del todo estacionarios exhiben el movimiento "browniano" que no debe ser confundido con la movilidad verdadera. El movimiento browniano es el producto del constante bombardeo de las moléculas del fluido en el cual están suspendidas las bacterias. Las bacterias y otras películas de tamaño similar son tan pequeñas que comparándolas, pocos choques entre ellos producen un visible efecto. Este característico movimiento es más regular desde arriba hacia abajo u oscilatorio alrededor de un punto fijo, mientras que la verdadera movilidad consiste en un movimiento de translación entre dos puntos muy separados entre sí.

EXAMEN SOBRE UNA CAMARA OSCURA:

También se le llama "en campo oscuro" y se utiliza principalmente para microorganismos difíciles de teñir, de cualquier manera, el organismo puede ser visualizado si al microscopio se le ajusta un condensador especial. Esta pieza de aparato óptico, conocido como "el condensador de superficie oscura", está constituido de forma que la luz que proyecta pasa en forma oblicua por el espécimen. Tanto que la luz de los condensadores ordinarios que se en---

cuentran en la platina por su parte inferior pasa a través del espécimen más o menos en ángulo recto y cae entonces directamente dentro del objetivo del microscopio, los rayos provenientes de la superficie oscura del condensador son tan oblicuos que caen totalmente dentro del objetivo.

El que visualiza recibe entonces sólo un campo oscuro en la penumbra. De tal forma, el espécimen contiene algunas partículas tales como bacterias éstas proyectan los rayos de luz algunos de los cuales entran ahora en el objetivo y el observador capta los objetos claros contra un campo oscuro.

EXAMEN BACTERIOLOGICO DE RUTINA

Cuando la muestra, por ejemplo: material purulento de un absceso dental, es recibida en el laboratorio, se prepara directamente una película que es teñida por el método de Gram; la morfología de un microorganismo es señalada simultáneamente con la naturaleza de algunas células tisulares que pueden estar presentes, tales como leucocitos o células epiteliales. En ese mismo momento la muestra es cultivada por medio de la inculación en placas empleando en la mayoría de los casos (gelosa) sangre como medio de cultivo. Las placas son colocadas en la incubadora a temperaturas convenientes, una incubación de una noche es suficiente para el desarrollo de organismos comunes, y en la mañana siguiente las colonias estarán presentes en el medio de cultivo. Estas son examinadas con lentes de amplia graduación y además anotadas sus características. Las colonias pueden ser del mismo tipo pero pueden presentarse además diferentes tipos de colonias. Las películas son preparadas para cada tipo de colonias transfiriéndolas con el asa de platino, una pequeña porción a una gota de agua colocada sobre el portaobjetos, emulsionándola, fijándola y coloreándola.

Este examen directo de la película es generalmente suficien-

te, de acuerdo con el aspecto del cultivo para la identificación de los microorganismos comunes. En algunos casos, no obstante, serán de utilidad nuevos exámenes. Si en un examen de cultivo se hace presente un estreptococo hemolítico puede ser conveniente revisar su tipo serológico o puede ser necesaria la prueba para verificar las reacciones bioquímicas o serológicas de otros organismos. En tales casos, las colonias simples presentes en los cultivos primarios dan un material insuficiente, los subcultivos sobre planos inclinados o en caldos deben efectuarse durante la noche y generalmente proveen un desarrollo suficiente para pruebas en la mañana siguiente.

EXAMEN CON COLORACION

En tales casos en que el examen de laboratorio elaborado en frasco no nos pueda dar los datos necesarios para el diagnóstico directo del microbio, procederemos con la coloración, éste que es de gran utilidad para la etiología de ciertos padecimientos.

Los colorantes son naturales y artificiales.

Los naturales, tales como el carmín, hematoxilina, orceína son extraídos de animales o vegetales.

Los colorantes artificiales son sales, es decir, la combinación que forman una base y un ácido y por lo tanto se dividen en básicos, ácidos y neutros. Los básicos son aquellos en que el colorante es la base y el ácido no. Tenemos que el colorante llamado azul de metileno que es un clorhidrato de azul de metileno en el que el azul es el que tiñe la base y el ácido clorhídrico, es incoloro.

Los ácidos como la eosina es un eosinato de potasio y de sodio. El ácido eosínico es el que tiñe, la potasa y sosa son incoloras.

Los neutros son aquellos en que el ácido y la base son colorantes como el eosinato de azul de metileno. Indiferentes se llaman los que no son llamados ácidos, ni básicos como el Sudan III. Los co

lorantes obran sobre las bacterias en una forma química.

PROCEDIMIENTOS DE COLORACION

Para teñir los frotis de productos patológicos, se puede --- hacer utilizando solamente un color, lo que se llama Coloración simple cuando se usan dos colores se llama Doble coloración en las -- que unos elementos toman un color y otros toman el otro según la - afinidad que para el color tenga el microbio; si se utilizan tres colores, se verifica la triple coloración. Estas dos últimas se denominan también Coloraciones de contraste. Todas éstas variedades nos dan cuatro procedimientos fundamentales para toda clase de Coloraciones en el siguiente orden:

- a) Colorantes simples
- b) Coloraciones por el método de Gramm
- c) Coloración Acido-Resistente
- d) Coloración por los eosinatos o Coloraciones neutras.

DIFERENTES TIPOS DE ANTIBIOGRAMAS

La tendencia de muchas bacterias a hacerse resistentes a -- los antibióticos ha venido a constituir un problema cada vez de mayor importancia. Esto concierne principalmente al estudio hecho a las diferentes cepas de Estafilococo Aureus y al Estreptococo hemolítico. Estas cepas resistentes, han causado un número alarmante - de infecciones serias, dentro y fuera de los hospitales. Esto parece indicar que el uso inadecuado de los antibióticos puede conducir a -- graves consecuencias, por lo tanto, la importancia de elegir el antibiótico a usar nos obliga a conocer la susceptibilidad de los microorganismos patógenos a los diferentes antibióticos, para así elegir - el antibiótico ideal a emplear, la susceptibilidad de los microorga-- nismos a los antibióticos también se denomina antibiograma.

Un antibiograma consiste en colocar diferentes antibióticos (a una dosis conocida de antemano) en un cultivo en el cual se encuen-

tran los diferentes microorganismos, y después de dejar actuar a los antibióticos durante cierto tiempo, se observa qué antibiótico actuó en mejor forma, ésto se ve por la formación de un halo alrededor de la zona donde se encuentra el antibiótico, en el cual no hay crecimiento bacteriano o bien las bacterias en esta zona han sido destruidas por el antibiótico.

A continuación se mencionarán los diferentes tipos de antibiograma que se usan con más frecuencia en la actualidad:

Métodos de difusiones en tubo de ensayo.

Se inoculan varios tubos que contengan un vehículo nutritivo y diluciones séricas del antibiótico, con suspensiones del microorganismo problema. La determinación de la susceptibilidad al fármaco -- queda manifiesta por la incapacidad del microorganismo de crecer a una dilución determinada.

Método de difusión.

Son discos o tiras de papel impregnados con cantidades conocidas de antibióticos se colocan en la superficie de placas de Petri sembradas con los microorganismos a examinar. La susceptibilidad queda indicada por una zona de inhibición del crecimiento alrededor del papel impregnado con el fármaco.

Métodos de placas sembradas.

Placas de agar que contengan cantidades conocidas de antibióticos se siembran con los microorganismos a examinar, y se observa inhibición del crecimiento.

Otros procedimientos.

La susceptibilidad también se demuestra por cambios físicos o químicos durante el crecimiento, tal es como un cambio del PH, reducción de la hemoglobina y la inhibición de la hemólisis.

La elección del método depende en gran parte del material disponible y de la experiencia del personal del laboratorio. Una técnica laboriosa, como por ejemplo la de las diluciones en tubos de

ensayo, no es necesariamente más exacta que una más sencilla, como el método de difusión. Con el método de las diluciones en tubos pueden surgir graves errores si no se tienen en cuenta los siguientes factores y no se controlan de forma adecuada:

El tamaño del inóculo, la solubilidad y la estabilidad del antibiótico a examinar, la composición del método del cultivo empleado y las necesidades de los microorganismos en estudio para que se desarrollen. Por otro lado, el método de los discos sólo proporciona resultados estrictamente cualitativos. El tamaño de la zona de inhibición depende tanto de la solubilidad como de la difusibilidad del antibiótico y no coincide necesariamente con la actividad antibacteriana.

C A P I T U L O I V

REPORTE DE LA FLORA BACTERIANA ENCONTRADA EN LOS CULTIVOS DE 100 CASOS CLINICOS DE ABSCESOS PERIAPICALES Y PARODONTALES.

REPORTE DE LA SENSIBILIDAD IN VITRO DE LA FLORA BACTERIANA ENCONTRADA EN LOS CULTIVOS, A DIFERENTES ANTIBIOTICOS, LOGRADA POR MEDIO DE ANTIBIOGRAMA EN 100 CASOS DE ABSCESOS PERIAPICALES Y PARODONTALES.

Al final del capítulo resúmenes de H. C.

En el presente estudio se encontró mediante cultivo que los agentes causantes de absceso periapical y parodontal crónico y agudo fueron:

1. Estafilococo Aureus	45%
2. Estreptococo Viridans, Proteus Vulgaris y Neisseria Catarralis	22%
3. Negativo	8%
4. Candida Albicans	6%
5. Estreptococo B. Hemolítico	5%
6. Klebsiella Pneumonia	5%
7. Enterobacterias	5%
8. Pseudomona Aeruginosa	2%
9. Estafilococo Epidermidis	2%

Esta es la incidencia encontrada en orden de frecuencia.

Se observó mayor incidencia del Absceso periapical con 79% y 21% para el absceso parodontal.

En cuanto a la agudeza y cronicidad del proceso infeccioso se encontró que el absceso crónico (55%) es mas frecuente que el agudo (45%).

Incidencia de los Gérmenes en los abscesos Agudos (periapicales y parodontales), e incidencia de los mismos en 100 pacientes.

Germen encontrado	Incidencia en 45 pacientes	Incidencia general (100 pacientes)
1. Estafilococo Aureus	73.3%	33%
2. Klebsiella Pneumonia	6.7%	3%
3. Estreptococo B. Hemolítico	4.4%	2%
4. Estreptococo Viridans	4.4%	2%
5. Candida Albicans	4.4%	2%
6. Estafilococo Epidermidis	2.2%	1%
7. Enterobacterias	2.2%	1%
8. Negativo	2.2%	1%

Incidencia de los Gérmenes en los abscesos crónicos (periapicales y paradontales) e incidencia de los mismos en 100 pacientes.

Germen encontrado	Incidencia en 55 pacientes	Incidencia general (100 pacientes)
1. Estreptococo Viridans, Proteus Vulgaris, Neisseria Catarralis	36%	20%
2. Estafilococo Aureus	21.8%	12%
3. Negativo	12.8%	7%
4. Candida Albicans	7.3%	4%
5. Enterobacterias	7.3%	4%
6. Estreptococo B. Hemolítico	5.5%	3%
7. Pseudomona Aeruginosa	3.6%	2%
8. Klebsiella Pneumonia	3.6%	2%
9. Estafilococo Epidermidis	1.8%	1%

Incidencia de los Gérmenes en los abscesos periapicales Agudos e incidencia de los mismos en 100 pacientes.

Germen encontrado	Incidencia en 38 pacientes	Incidencia general (100 pacientes)
1. Estafilococo Aureus	71.1%	27%
2. Klebsiella Pneumonia	7.9%	3%
3. Estreptococo B. Hemolítico	5.2%	2%

4. Estreptococo Viridans	5.2%	2%
5. Candida Albicans	2.6%	1%
6. Estafilococo Epidermidis	2.6%	1%
7. Enterobacterias	2.6%	1%
8. Negativo	2.6%	1%

Incidencia de los Gérmenes en los abscesos periapicales crónicos e incidencia de los mismos en 100 pacientes.

Germen encontrado	Incidencia en 41 pacientes	Incidencia general (100 pacientes)
1. Estreptococo Viridans y Neisseria Catarralis	32.7%	13%
2. Estafilococo Aureus	24.4%	10%
3. Candida Albicans	9.8%	4%
4. Negativo	9.8%	4%
5. Estreptococos B. Hemolítico	7.3%	3%
6. Enterobacterias, Estreptococo Viridans, Neisseria Catarralis	7.3%	3%
7. Pseudomona Aeruginosa	4.9%	2%
8. Klebsiella Pneumonia	2.4%	1%
9. Estafilococo Epidermidis	2.4%	1%

Incidencia de los Gérmenes en los abscesos parodontales agudos e incidencia general en 100 pacientes.

Germenes encontrados	Incidencia en 7 pacientes	Incidencia general (100 pacientes)
1. Estafilococo Aureus	85.7%	6%
2. Candida Albicans	14.3%	1%

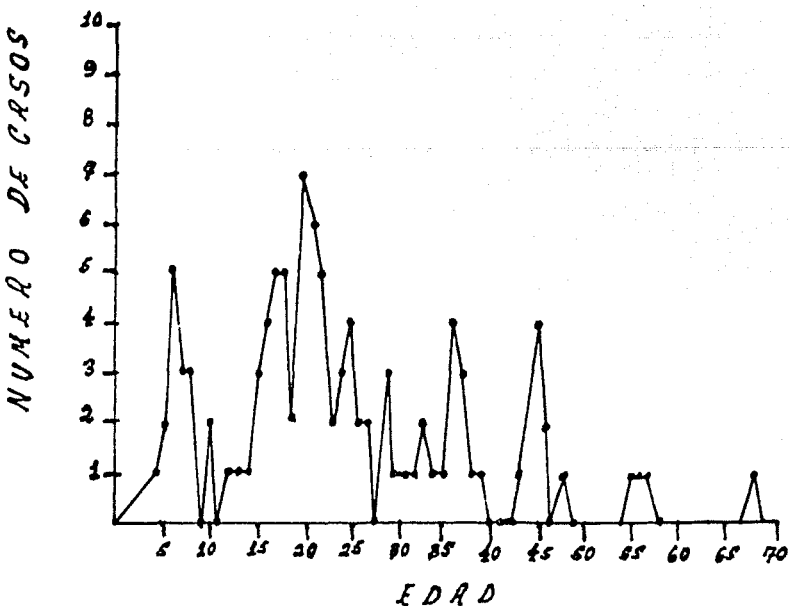
Incidencia de los Germenes en los Abscesos parodontales crónicos e incidencia general en 100 pacientes.

Germen encontrado	Incidencia en 14 pacientes	Incidencia general (100 pacientes)
1. Estreptococo Viridans, Proteus Vulgaris y Neisseria <u>Ca</u> <u>tarralis</u>	50%	7%

2. Negativo	21.4%	3%
3. Estafilococo Aureus	14.4%	2%
4. Klebsiella Pneumonia	7.1%	1%
5. Enterobacterias, Estreptococo Viridans y Proteus Vulgaris	7.1%	1%

Encontramos diferencias en cuanto a sexo y edad ya que se observó la mayor frecuencia entre los 15 y 25 años.

Frecuencia encontrada en diferentes edades:



En cuanto al sexo encontramos una mayor incidencia en el femenino con 62% y 38% para el masculino.

En el 18% de los pacientes se encontró que presentaban cuadros de Faringoamigdalitis de repetición.

En cuanto a los antecedentes hereditarios se encontró:

Diabétes	30%	Epilépticos	2%
Hipertensión	7%	Mentales	2%
Cardiopatías	20%	Renales	2%
Cáncer	7%	Reumáticos	2%
Embólicos	4%	Hipotensión	1%
F. Reumática	1%	Parasitosis	1%
Tuberculosis	1%	Otros	19%
Asmáticos	3%		

Sensibilidad a los antibióticos en vitro, encontrada en los cultivos del presente estudio.

Se reporta la sensibilidad a los antibióticos de acuerdo al - Agente Etiológico en orden de frecuencia de los gérmenes.

1. Estafilococo Aureus 45 cultivos.

Antibióticos:

1a. elección		2a. elección		3a. elección	
Ampicilina	17	Cloxacilina	14	Gentamicina	14
Cloxacilina	10	Penicilina	5	Kanamicina	9
Penicilina	6	Ampicilina	4	Ampicilina	4
Nitrofuranos	6	Lincomicina	4	Penicilina	3
Tetraciclina	2	Tetraciclina	4	Lincomicina	3
Eritromicina	1	Dicloxacilina	3	Dicloxacilina	3
Lincomicina	1	Kanamicina	3	Tetraciclina	3
Gentamicina	1	Eritromicina	2	Eritromicina	2
Carbenicilina	1	Gentamicina	2	Nitrofuranos	2
		Nitrofuranos	2	Cloxacilina	1
		Leucomicina	1	Rifampicina	1

Ritampicina 1

2. *Streptococo Viridans*, *Proteus Vulgaris* y *Neisseria catarrhalis*, 22 cultivos.

Nota: sólo se efectuaron 7 antibiogramas porque se consideró que los gérmenes forman parte de la flora normal de la boca.

Cuando algunos de ellos, específicamente el *estreptococo viridans* produce sepsis como en el caso de la endocarditis bacteriana, es sensible a las penicilinas.

1a.	2a.	3a.
Penicilina 2	Ampicilina 3	Nitrofuranos 2
Ampicilina 2	Cloramfenicol 2	Eritromicina 1
Dicloxacilina 1	Tetraciclina 2	Lincomicina 1
Gentamicina 1		Kanamicina 1
Nitrofuranos 1		Gentamicina 1
		Cloramfenicol 1

3. En el 8% de los pacientes no se reporta desarrollo de ningún germen.

4. *Candida Albicans*, 6 cultivos.

No se realizó antibiograma, dado que se conoce la sensibilidad del germen a los antibióticos (*Nistatina*, *Anfotericina B*).

5. *Streptococo B. Hemolítico*, 5 cultivos.

En todos los casos el antibiótico de elección fue penicilina. - Sólo en 1 caso hubo un antibiótico de 2a. elección que fue *Dicloxacilina*.

6. *Klebsiella Pneumonia*, 5 cultivos.

1a.	2a.	3a.
Ampicilina 2	Neomicina 2	Nitrofuranos 2
Cloramfenicol 2	Eritromicina 1	Lincomicina 1

Kanamicina	1	Cloramfenicol	1	Tetraciclina	1
		Tetraciclina	1	Cloramfenicol	1

7. Enterobacterias.

1a.		2a.		3a.	
Ampicilina	2	Tetraciclina	2	Cloramfenicol	2
Cloramfenicol	2	Cloramfenicol	1	Neomicina	1
Tetraciclina	1	Kanamicina	1	Kanamicina	1
		Nitrofuranos	1	Gentamicina	1

8. Pseudomona Aeruginosa, 2 cultivos.

En ambos casos el antibiótico de elección fue la Carbenicilina.

9. Estafilococo epidermidis, 2 cultivos.

En ninguno de los dos casos se realizó antibiograma, ya que el germen cuando produce proceso infeccioso es sensible a penicilina.

De los 100 pacientes estudiados, sólo 7 reportaron en la Historia Clínica la administración de antibióticos antes de tomar la muestra, y sólo en 1 caso cedió el proceso infeccioso, recibió penicilina procaina de 800,000 U. durante 5 días.

En ninguno de los 7 casos se realizó drenaje del absceso, sólo se efectuó hasta la toma de la muestra, y en ninguno de los casos anteriores los antibióticos administrados, fueron los indicados según el antibiograma.

Paciente	Antibiótico administrado	Germen	Antibiograma
1	Penic.Procaina 800,000 U 5 días	Estaf-Aureus	Amp. Cloxac. - Genta.
2	Penic.Procaina 5 días	Negativo	Negativo

12	Ampicilina 250 mg. 5 días	Estaf. Aureus	Nitrofu. Tetra., Kana.
49	Tetraciclina 250 mg.	Estrep. Viridans.	Cloramf. Uradant.
69	Tetra, Eritro, Sulfas	Klebsiella	Cloramf. Neo., Nitro.
72	Penic. Procaína	Estrep. Viridans	Dicloxa, Cloramf. Nitro.
77	Penic. Procaína, Tetraciclina	Estaf. Aureus	Amp. Cloxa, Gent.

I
Estrada Hernández Susana Femenino 18 años Estudiante

Diabetes e hipertensión arterial en abuelos.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral tres veces al día, con buena técnica.

Enfermedad renal no especificada (presentó sangrado post-micción.

Laringitis repetitivas, amigdalectomía a los cinco años.

P. A. 2-II-79. Dolor punsante localizado a incisivo central superior derecho y edema de cara hasta el ojo derecho, gingivorragias.

Tratamiento utilizado: Penicilina procaína 800,000 UI.IM cada 24 horas durante 5 días (2 al 6 de febrero de 1979). Hace 8 meses fue tratado de caries múltiples, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Gentamicina, Eritromicina, Tetraciclina y Kanamicina.

- 2
 Domínguez Arpáiz Miguel Masculino 8 años Estudiante
 Nutrición adecuada.
 Amigdalitis anuales. Presentó parasitosis intestinal (recibió penicilina)
 P. A. Asintomático, se tomó radiografía del ICSI.
 Diagnóstico: Absceso periapical crónico.
 Cultivo: Negativo.
- 3
 Figueroa S. Carmen Lidia Femenino 16 años Estudiante
 Diabetes en el padre.
 Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral defectuoso.
 P. A. Asintomático, se tomó radiografía en zona anteriores superiores.
 Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.
 Cultivo: negativo.
- 4
 Ademontes Hortensia Femenino 28 años Hogar
 Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición adecuada, aseo oral insuficiente, presenta alergia a la penicilina.
 P. A. Asintomático, se tomó radiografía en el segundo molar superior derecho.
 Diagnóstico: Absceso periapical crónico.
 Cultivo: Estafilococo Aureus y Estreptococo Viridans.
 Antibiograma: Ampicilina, Gentamicina, Tetraciclina, Eritromicina, Lincomicina.
- 5
 Velázquez Ramírez Martha Femenino 24 años Estudiante
 Medio socioeconómico bajo, nutrición regular, aseo oral insuficiente.
 P. A. Asintomático.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans.

Antibiograma: No se reporta por ser flora normal de la cavidad oral.

6

Crespo Contreras Marco Antonio Masculino 36 años Empleado

Medio socioeconómico medio, alimentación suficiente.

P. A. Supuración leve del primer molar inferior izquierdo constante asintomático.

Refiere el paciente que cuando se le aplicó una inyección en esa zona para detener la hemorragia que presentaba, apareció una papula, la cual posteriormente tomó un aspecto de color gris negrusco, duro con borde de encía enrojecido, se tomó radiografía de esa zona y se observó destrucción de hueso alveolar.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria Catarralis.

Antibiograma: No se reportó.

7

Arteaga M. Emilio Masculino 21 años Obrero

Medio socioeconómico bajo, nutrición inadecuada, aseo oral defectuoso.

En la infancia presentó faringitis repetitiva.

P. A. Dolor punsante localizado a canino inferior izquierdo y edema de esta zona, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Nitrofuronas, Kanamicina, Gentamicina, Eritromicina, Cloxacilina, Dicloxacilina.

8

Díaz de Granados Juana

Femenino 32 años Hogar

Diabetes Mellitus en tños maternos.

Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición insuficiente, aseo oral - casi nulo.

P. A. Dolor y sangrado frecuentes, espontáneo y provocado, localizado en zona de incisivos centrales inferiores, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso paradontal agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Cloxacilina, Tetraciclina, Rifamicina, Eritromicina, - Kamamicina, Dicloxacilina.

9

Meneses O. Bertha

Femenino 36 años Hogar

Diabetes Mellitus en el padre.

Medio socioeconómico medio, aseo oral tres veces al día, nutrición adecuada.

Presenta reumatismo.

P. A. Asintomático, solamente se presenta edema a nivel de las -- raíces del segundo molar superior derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Klebsiella Pneumoneae.

Antibiograma: Kanamicina, Eritromicina, Lincomicina, Rifamicina, - Cloramfenicol, Neomicina.

10

García B. Julio

Masculino 25 años Obrero

Madre hipertensa.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, aseo oral mínimo.

Refiere haber padecido anemia.

P. A. Asintomático, zona de inflamación en primer molar inferior - derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria Catarralis.

Antibiograma: No reportó.

11

Leyva Contreras Ma. de Lourdes Femenino 16 años Estudiante
Cardiopatías en padres y abuelos, Ha materna padeció cáncer, madre reumática.

Medio socioeconómico medio, aseo oral regular.

P. A. Inicia con dolor en región de molares por caries de tercer grado y principalmente en región del ICSD, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico (ICSD), gingivorragias, caries de tercer grado y gingivitis localizada.

Cultivo: Estreptococo Beta Hemolítico.

Antibiograma: Penicilina y Dicloxacilina.

12

Beltrán Moreno Candelario Masculino 25 años Empleado

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, higiene oral irregular.

El paciente presenta alcoholismo crónico.

P. A. Inicia 2 días anteriores a la consulta con dolor espontáneo, intenso, que no cedió a los analgésicos localizado a segundo y tercer molar inferior izquierdo y se acompaña de edema hasta comisura del ojo, vómito, fiebre y malestar general, se le dió ampicilina 250 mg. por 5 días y analgésicos pero no cedió, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso paradontal agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Nitrofuranos, Tetraciclina, Kanamicina, Eritromicina, Rifamicina, Cloxacilina, Gentamicina.

13

Martínez Martínez Sergio

Masculino 10 años Estudiante

Diabetes en abuelo paterno.

Presentó amigdalitis frecuentes en la infancia.

P. A. Asintomático, se tomó radiografía (primer molar inferior derecho).

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Gentamicina, Lincomicina, - Eritromicina, Tetraciclina.

14

Arrazola Pérez Susana Femenino 6 años Estudiante

Medio socioeconómico bajo, nutrición insuficiente e inadecuada.

P. A. Asintomático, se tomó radiografía del segundo molar inferior derecho.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estafilococo Aureus y Candida Albicans.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Dicloxacilina, Gentamicina, - Kanamicina Eritromicina, Tetraciclina.

15

López González Alejandro Masculino 7 años Estudiante

Diabetes en bisabuelo.

Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición regular, aseo oral 1-2 veces por día.

P. A. Dolor constante y que se acentúa al comer, localizado al primer molar inferior derecho, también se presenta edema de esta zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans.

Antibiograma: No se reporta.

16

Crespo Contreras Marco Antonio Masculino 36 años Empleado

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Gentamicina, Lincomicina, -
Eritromicina, Tetraciclina, Kanamicina.

19
Pérez Hernández José Alfredo Masculino 8 años Estudiante
Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, aseo oral 1 vez -
al día.

P. A. A la fecha se presenta asintomático, aunque refiere que ante
riormente presentó dolor y sangrado de la encía, (el dolor -
cedió con analgésicos y ha persistido el sangrado espontáneo
y provocado), asimismo se presenta edema de la encía en --
esa zona (Canino inferior derecho) y migración de la adheren-
cia epitelial, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Neisseria Catarralis y Klebsiella --
Pneumoneae.

Antibiograma: Ampicilina, Cloramfenicol, Tetraciclina, Kanamicina, -
Estreptomina, Neomicina y Nitrofuronas.

20
García Martínez Flor María Femenino 22 años Estudiante
Medio socioeconómico medio-alto, nutrición adecuada, aseo oral tres
veces al día con técnica aceptable.

Parasitosis intestinal a los 2 años, pérdida de la visión durante una
semana provocada por traumatismo craneal.

P. A. Asintomático, presencia de exudado purulento continuo.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico en primer molar superior --
izquierdo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Candida Albicans.

Antibiograma: No se reporta.

21
Naranjo Morales Carmen Mayla Femenino 21 años Estudiante
Asma en bisabuelo.

Medio socioeconómico medio, aseo oral dos veces al día con buena técnica.

Ha presentado amigdalitis repetitivas.

P. A. Dolor intenso punzante y pulsátil localizado a segundo molar inferior izquierdo, acompañado de edema que se extiende --- hacia cuello, el dolor no ha cedido con analgésicos, se tomó radiografía de dicha zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Cloxacilina, Lincomicina, Gentamicina, Eritromicina - y Tetraciclina.

22

Gusmán Palma Carolina Femenino 19 años Estudiante

Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición inadecuada, aseo oral - tres veces al día con técnica incorrecta.

P. A. Inicia con dolor agudo constante y localizado en incisivo central superior izquierdo, acompañado de edema que abarca -- hasta el labio. (Inició el día anterior a la consulta), se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Estreptococo Beta Hemolítico y Neisseria Catarralis.

Antibiograma: Penicilina.

23

Rodríguez Espinoza Felipe Masculino 20 años Obrero

Antecedentes familiares de: padecimientos mentales, diabetes, cáncer así como cardiovasculares.

Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición adecuada, aseo oral irregular.

Soplo cardiaco diagnosticado a los 10 años.

P. A. Inicia con dolor pulsátil leve en encía a nivel de incisivos --

centrales superiores, con inflamación progresiva, aumentando de volumen el labio superior que abarca hasta las de la nariz y parte inferior de las mejillas y se presenta en forma evolutiva ascendente y acúmulo de exudado purulento en dicha zona.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Diagnóstico: Absceso parodontal agudo.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Dicloxacilina, Eritromicina y Gentamicina.

24

Romero Sánchez Araceli Femenino 29 años Hogar

Tuberculosis en padre e Hipertensión en madre.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, aseo oral variable.

Ha padecido reumatismo desde hace 4 años aproximadamente.

P. A. Inicio dos días antes de acudir a consulta, con dolor leve y esporádico en un principio, tornándose después agudo, pulsátil y constante, e irradiado desde el segundo premolar superior izquierdo hasta el oído y mejilla del mismo lado y a zona del tercer molar inferior del mismo lado (siendo la causa el segundo premolar superior izquierdo), al principio cedía con analgésicos pero posteriormente ya no cedió, se procedió a tomar radiografía de dicha zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Lincomicina, Cloxacilina, Dicloxacilina, Tetraciclina y Kanamicina.

25

González Basurto Martín Masculino 18 años Estudiante

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral 2 veces al día.

Apendicectomía a los 15 años.

P. A. Asintomático (se tomó radiografía del canino superior derecho).

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans.

Antibiograma: No se reporta.

26

García Pineda María Librada Femenino 30 años Hogar

Medio socioeconómico bajo, nutrición inadecuada, aseo oral variable (mala técnica de cepillado).

Actualmente cursa con flebitis.

P. A. Dolor punzante localizado a segundo molar inferior izquierdo, que no cede a los analgésicos y aumenta de intensidad al masticar, se procedió a tomar radiografía de la zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Gentamicina, Eritromicina, - Kanamicina.

27

Rodríguez Zarate Genoveva Femenino 35 años Hogar

Insuficiencia renal en abuelos.

Medio socioeconómico bajo, nutrición insuficiente, aseo oral inadecuado.

P. A. Dolor y sangrado espontáneo y provocado de las encías localizado a la parte de los dientes anteriores inferiores, principalmente en la zona del incisivo lateral inferior derecho, se encuentra acompañado de edema y acúmulo de exudado purulento en dicha zona.

Diagnóstico: Absceso paradontal agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Cloxacilina, Penicilina, Lincomicina, Eritromicina, Ka

namicina y Rifampicina.

28
 Castillo Zaragoza Gabriela Femenino 6 años Estudiante
 Diabetes en tfo paterno.
 Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral adecuado (la ayuda su mamá).
 Presenta tos repetidamente.
 P. A. Dolor constante y localizado al incisivo central superior izquierdo (inició el dolor hace tres días), se tomó radiografía.
 Diagnóstico: Absceso periapical agudo.
 Cultivo: Estafilococo Aureus.
 Antibiograma: Gentamicina, Nitrofuronas, Kanamicina.

29
 Bárcenas Baillers Julio César Masculino 26 años Empleado
 Asma en abuela materna.
 Medio socioeconómico medio, nutrición buena, aseo oral 3 veces al día con técnica adecuada.
 Amigdalitis frecuentes.
 P. A. Asintomático, se tomó radiografía de primer molar superior derecho.
 Diagnóstico: Absceso periapical crónico.
 Cultivo: Estreptococo Beta Hemolítico.
 Antibiograma: Penicilina.

30
 León León María del Carmen Femenino 20 años Estudiante
 Medio socioeconómico medio, nutrición buena suficiente, aseo oral regular.
 P. A. Asintomático, se tomó radiografía.
 Diagnóstico: Absceso periapical crónico sin exudado.
 Cultivo: Candida Albicans.
 Antibiograma: No reporta.

31

Gutiérrez Morales Dolores Femenino 27 años Maestra

Padres fallecidos por paro cardio-respiratorio.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral regular (técnica de cepillado suficiente media).

P. A. Asintomático zona de inflamación en la región de ICSD.

Refiere traumatismo siete días antes de aparición.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Neisseria s/p y Catarralis.

Antibiograma: Nitrofuranos, Ampicilina, Gentamicina, Eritromicina, Lincomicina, Penicilina.

32

García M. María Teresa Femenino 34 años Hogar

Diabetes y Embolias en familiares.

Medio socioeconómico medio, nutrición insuficiente, aseo oral regular.

P. A. Dolor constante en premolar inferior derecho, espontáneo, se tomo radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus y Estreptococo Viridans.

Antibiograma: Nitrofuranos, Ampicilina, Kanamicina, Eritromicina, Rifamicina, Lincomicina y Dicloxacilina.

33

Velázquez Ramírez Juan Masculino 22 años Obrero

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, aseo oral deficiente.

P. A. Dolor punzante localizado a nivel de primer molar superior izquierdo, supurativo, aumento de temperatura de 37.5 grados C.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo B. Hemolítico, Candida Albicans.

Antibiograma: Penicilina.

34

Saules Quiroz Alfcia Femenino 57 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición deficiente, aseo oral variable. Amigdalitis frecuentes acompañado de otitis, reumatismo en miembros superiores e inferiores, enfisema pulmonar, y alergia a las penicilinas, cefaléas frecuentes.

P. A. Asintomático, se tomó radiografía (anteriores inferiores).

Diagnóstico: Absceso paradental crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Proteus Vulgaris.

Antibiograma: Ampicilina, Tetraciclina, Kanamicina, Cloramfenicol, Neomicina Furadantina.

35 y 36

Castro S. María Femenino 19 años Servicio Doméstico

Antecedentes de cáncer en madre y diabetes en abuela.

Medio socioeconómico bajo, nutrición mal balanceada, aseo oral nulo.

Presentó infección en uno de los ovarios, fue tratada por un médico general.

P. A. 35

Dolor constante y pulsátil, localizado a incisivo lateral superior izquierdo, acompañada de edema en zona periapical y zona de encía incertada, no ha tomado antibióticos, sólo analgésicos.

P. A. 36

Asintomático, presencia de exudado en restos radiculares de primer molar inferior derecho, refiere haber padecido dolor e inflamación de dicha zona con anterioridad de 1 mes aproximadamente, se tomó radiografía de ambas zonas.

Diagnóstico: 35 Absceso periapical agudo.

Diagnóstico: 36 Absceso periapical crónico.

39

García Silva Olga

Femenino 17 años Estudiante

Medio socioeconómico bajo, nutrición inadecuada, aseo oral deficiente. (casi nula).

Amigdalitis repetitivas y cefaleas continuas en el paciente.

P. A. Inicia hace 3 días con dolor agudo, constante y pulsátil a nivel de encía por su parte vestibular de los incisivos inferiores, se acompaña de edema y sangrado espontáneo y provocado de la encía, el dolor sólo ha cedido a base de analgésicos.

Diagnóstico: Absceso parodontal agudo.

Cultivo: Estafilococo coagulasa positivo.

Antibiograma: Tetraciclina, Ampicilina, Nitrofuronas, Cloramfenicol, Kanamicina, Gentamicina.

40

Tinajero González Martha Ruth Femenino 17 años Estudiante

Antecedentes embólicos y artrítico en familiares.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral adecuado.

El paciente presenta alergia a la penicilina.

Se le practicó amigdalectomía a la edad de 13 años.

P. A. Inflamación mandibular causada por una infección de primer molar inferior izquierdo, dolor al ocluir, se le tomó radiografía de la zona.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria.

Antibiograma: Penicilina, Ampicilina, Lincomicina y Eritromicina.

41

Salazar Banda Lucina

Femenino 27 años Hogar

Diabetes en tío paterno.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, aseo oral regu-

lar.

Presenta amigdalitis repetitivas, ha presentado dolor precordial -- (nervioso).

P. A. Dolor a la Palpación en incisivo lateral inferior, presenta -- una fístula que ha drenado ya en tres ocasiones anteriores, - actualmente no drena, se tomó radiografía de dicha zona.

Cultivo: Streptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Antibiograma: Penicilina, Lincomicina, Gentamicina, Kanamicina, - Tetraciclina, Ampicilina.

42
Villando C. María Guadalupe Femenino 18 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, aseo oral malo.

El paciente refiere padecer gripes frecuentes acompañadas de tos -- con dolor torácico, actualmente presenta aumento de volumen en los ganglios linfáticos cervicales de lado izquierdo, no do loroso.

P. A. Inicia hace una semana con dolor en la encía a nivel del in-
cisivo central superior izquierdo, el dolor fue de aparición -
súbita y en forma constante y pulsátil, se tomó radiografía -
de la zona. Presenta sangrado en la encía al cepillado.

Diagnóstico: Absceso paradontal crónico.

Cultivo: Streptococo Viridans, Neisseria SP.

Antibiograma: No se reporta por considerarse flora normal.

43
Ruiz Escalante Mario Masculino 38 años Empleado

Tuberculosis en padre.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, aseo oral deficien-
te.

Actualmente el paciente presenta diarreas frecuentes.

P. A. Asintomático, sólo presenta exudado purulento en zona correspondiente a primer premolar inferior derecho.

Diagnóstico: Absceso paradontal crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Enterobacterias, Proteus Vulgaris.

Antibiograma: Cloramfenicol, Kanamicina, Neomicina, Gentamicina, Furadantina.

44
Ramfrez E. Marfa Guadalupe Femenino 31 años Hogar
Diabetes en padre.

Medio socioeconómico bajo, nutrición regular, aseo oral regular.

P. A. Dolor intenso pulsátil localizado a primer molar inferior izquierdo, que aumenta al ocluir, se acompaña de edema en la encía, a nivel apical del diente anteriormente mencionado, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus, Levaduras, Candida Albicans.

Antibiograma: Nitrofuronas, Lincomicinas, Ampicilina, Cloxacilina, Tetraciclina, Kanamicina y Rifampicina.

45
Aboites Razcon Manuela Femenino 20 años Estudiante
Padre cardiopata, Madre hipertensa.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral regular.

Actualmente la paciente padece de gastritis.

P. A. Hay dolor constante pulsátil, en el segundo premolar superior izquierdo que se irradia hacia paladar y carrillo, se acompaña de edema de carrillo casi hasta el ojo.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus y Neisseria SP.

Antibiograma: Penicilina, Furadantina, Kanamicina, Cloxacilina, Gentamicina y Rifampicina.

46

Sánchez M. María de Lourdes Femenino 36 años Hogar

Diabetes en abuelos, tños, tña y madre, sirrosis en abuelo materno, neumonía en padre.

Medio socioeconómico medio, nutrición deficiente, aseo oral casi nulo.

Refiere padecer faringo amigdalitis frecuente, padeció reumatismo y amibiasis. Recibió penicilina y sulfas la última vez que sufrió faringoamigdalitis.

P. A. Dolor punsante con irradiación hacfa la nariz y oído con origen en el primer molar superior derecho, se acompaña de - inflamación y no hay supuración, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Neisseria, Levaduras, Candida Albicans.

Antibiograma: No se reporta.

47

Salinas Rojas Magdalena Femenino 21 años Estudiante

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, aseo oral regular.

Padece amigdalitis dos veces por año aproximadamente.

P. A. Inició aproximadamente 5-6 días con dolor leve incidioso que se tornó intenso, espontáneo y localizado en primer molar inferior derecho que sólo cede con analgésicos y se acompaña de edema localizado a encía piso de boca y mandíbula, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Enterobacterias, Bacilos Gramnegativos, Klebsiella Pneumonia.

Antibiograma: Ampicilina, Tetraciclina, Cloramfenicol, Kanamicina - y Gentamicina.

48

Hernández H. Georgina Femenino 13 años Estudiante

Medio socioeconómico medio, nutrición mal balanceada, aseo oral -

defectuoso.

Actualmente presenta: palidez, anemia, palpitaciones, estrabismo.

Padecimiento actual: presenta dolor pulsátil e intermitente localizado a nivel de primer molar inferior derecho acompañado de edema y sangrado de la encía, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso parodontal agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Estafilococo Aureus y Neisseria.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina y Penicilina.

49

Osorio Rodríguez María Ester Femenino 19 años Estudiante

Diabetes en madre y tío paterno, Gastritis en padre, Hipertensión - en tía materna y madre.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral adecuado.

El paciente refiere haber padecido parasitosis intestinal y otitis en la infancia también padeció micosis epidérmica a la edad de 16 años.

P. A. Inició con edema en encía localizado en incisivo lateral superior izquierdo asintomático y una semana después presentó dolor al frfo, calor y presión, se le administró parenciclina 250 mgs. y no cedió, actualmente presenta exudado purulento y persiste el edema, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Neisseria y Proteus Vulgaris.

Antibiograma: Gentamicina, Cloramfenicol, Furadantina, Kanamicina y Estreptomomicina.

50

Vargas Moreno Eliseo Masculino 26 años Estudiante

Diabetes y parálisis de medio cuerpo en abuela materna, padre muerto por cáncer.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, aseo oral deficiente.

Parasitosis intestinal a la edad de 20 años presenta alergia a la pe-

nicilina, presenta cefalea frontal y periódica.

P. A. Asintomático, sólo presenta sangrado y exudado purulento, la encía se presenta isquémica y edematizada en zona de premolares superiores izquierda, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans.

Antibiograma: No se reporta.

51

Martínez Juárez Manuel A. Masculino 20 años Obrero

Padre murió de infarto al miocardio, madre padece de asma.

Medio socioeconómico bajo, nutrición inadecuada, higiene oral deficiente.

P. A. Inició aproximadamente 4 a 5 días antes, se inició con dolor agudo constante y punsante localizado a nivel de canino inferior derecho acompañado de edema periapical, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus y Candida Albicans.

Antibiograma: Penicilina, Eritromicina, Ampicilina, Tetraciclina y Kanamicina.

52

Valencia Morales Ramíro Masculino 56 años Comerciante

Padre murió de diabetes.

Medio socioeconómico bajo, nutrición mínima indispensable, higiene oral nula.

Refiere el paciente padecer de tos muy frecuente y edema de miembros inferiores.

P. A. Inicia hace 4 días con dolor localizado a canino inferior izquierdo que en un inicio es leve e intermitente y actualmente se presenta en forma de dolor intenso, pulsátil y constante que ya no cede con analgésicos, se tomó radiografía de dicha

zona. (se acompaña de edema leve).

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Klebsiella Pneumonia.

Antibiograma: Cloramfenicol, Neomicina, Nitrofuronas, Kanamicina, Gentamicina.

53

Rodríguez A. Consuelo Femenino 24 años Hogar

Cardiopatía en padre, nefropatías en hermanos.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral deficiente.

Refiere sufrir edemas con cualquier traumatismo por leve que sea - éste, palpitaciones, cefalea y dolor de extremidades.

P. A. Dolor en segundo molar inferior derecho de tipo punzante al masticar, sangrado de la encía en esa zona al cepillarse.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Estafilococo Aureus, Pseudomona -- Aeruginosa, Bacilo Piocianico.

Antibiograma: Cloxacilina, Penicilina, Eritromicina, Kanamicina y Carbenicilina.

54

Aguiar Rodríguez Héctor Masculino 5 años Estudiante

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Asintomático, presenta exudado purulento del primer molar inferior izquierdo.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Neisseria y Estreptococo Viridans.

Antibiograma: No se reportó.

55

Montes Suasuavart Javier Masculino 22 años Estudiante

Antecedentes cardiacos, embólicos y leucémicos en familiares.

Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición suficiente, higiene oral regular.

Presenta cefaleas frontales y diarreas frecuentes.

P. A. Dolor constante en el primer molar inferior izquierdo, localizado a encía, presencia de sangrado y exudado purulento en dicha zona, se tomó radiografía de esta zona.

Diagnóstico: Absceso paradontal crónico.

Cultivo: No desarrolló.

Antibiograma: No hay.

56
Gómez de Lobato Emma Femenino 45 años Hogar

Diabetes en 2 hermanas.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, higiene oral nula.

P. A. Se presentó el paciente a la clínica con dolor constante en un primer premolar inferior que se encontraba obturado, por tratamiento endodóntico mal realizado, se le desobturó y drenó exudado purulento por lo cual cedió el dolor, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Reincidencia de absceso periapical crónico.

Cultivo: Negativo.

Antibiograma: No hay.

57
Villanueva Palacios Laureano Masculino 55 años Campesino

Padre murió de úlcera gástrica, madre hipertensa.

Medio socioeconómico bajo, nutrición inadecuada, higiene oral nula.

P. A. Inició con dolor intenso y constante localizado en zona periapical del incisivo lateral superior derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo epidermidis, Coagulasa negativo.

Antibiograma: No se reporta.

Diabetes en tíos paternos y cardiopatía en abuelo paterno.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral buena.

El paciente refiere padecer amigdalitis frecuentes, epistaxis, gingivorragias y dolor a la deglución.

P. A. Dolor constante en incisivos centrales, principalmente en superior izquierdo, se tomó radiografía de dicha zona.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estafilococo epidermidis coagulasa negativo.

Antibiograma: No se reporta.

62

Godoy E. Elvia Femenino 21 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular

P. A. Asintomático, se tomó radiografía de premolares superiores derechos.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo y Antibiograma: Negativo.

63

Ruiz Ortiz Teresa Femenino 20 años Servicio Doméstico

Diabetes en familiares.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, higiene oral mala.

P. A. Dolor constante y pulsátil localizado en segundo premolar inferior izquierdo, se tomó radiografía de esta zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Cloxacilina, Kanamicina, Ampicilina, Gentamicina y Furadantina.

64

Díaz Esparza Nohef Femenino 8 años Estudiante

Cardiopatías y diabetes en abuela paterna.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, higiene oral regular.

P. A. Edema con exudado, asintomático, localizado en incisivo central superior derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Pseudomona Aeruginosa.

Antibiograma: Carbenicilina, Penicilina.

65

Santiago González Bonifacio Masculino 12 años Estudiante

Cardiopatía en padre.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral deficiente.

El paciente presentó amigdalitis frecuentes y se le hizo amigdalectomía, también tuvo parotiditis y epistaxis.

P. A. Dolor localizado a primer molar inferior derecho, intenso y pulsátil (ésto fue desde hace 3 semanas), se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Neisserias y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Carbenicilina, Dicloxacilina, Nitrofuranos, Ampicilina
Lincomicina, Kanamicina.

66

Sandoval Monroy María Eugenia Femenino 25 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Inició con dolor provocado por frío que cede al eliminar el estímulo, actualmente presenta dolor constante desde hace 15 días que no cede con los analgésicos, localizado al segundo molar superior derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Levaduras.

Antibiograma: No se reporta.

67
Chávez González Héctor Masculino 20 años Estudiante
Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral mala.
P. A. Asintomático, se tomó radiografía del incisivo lateral superior izquierdo.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria SP.

Antibiograma: No se reporta.

68
Durán R. Andres Masculino 48 años Comerciante
Medio socioeconómico medio, nutrición deficiente, higiene oral inadecuada.

P. A. Dolor leve e insidioso en incisivo lateral inferior derecho, -- se tomó radiografía de esta zona.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Nitrofuranos, Ampicilina, Cloxacilina, Kanamicina, -- Gentamicina, Lincomicina y Rifamicina.

69
Rangel B. Juan Masculino 21 años Empleado
Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, higiene oral regular

P. A. Dolor pulsátil, constante, localizado a primer premolar inferior derecho, se tomó radiografía de esta zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Enterobacterias y Klebsiella Pneumonia.

Antibiograma: Cloramfenicol, Neomicina, Nitrofuranos, Gentamicina y Kanamicina Novobiocina.

NOTA: Anteriormente había recibido tetraciclina y eritromicina y sulfas y no cedió el absceso.

70

Mendoza de R. Rosario Femenino 33 años Hogar

Diabetes en padre, neumonía en madre.

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, higiene oral buena.

P. A. Dolor intenso y pulsátil localizado a primer molar inferior derecho, se tomó radiografía de esta zona. (se acompaña de edema mandibular).

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Penicilina, Gentamicina, Tetraciclina y Ampicilina.

71

Pinar A. Ramón Masculino 4 años Estudiante

Diabetes en el padre, cardiopatías en abuelos, diabetes en abuela paterna y madre.

Medio socioeconómico medio, nutrición buena, higiene oral regular.

P. A. Asintomático, se tomó radiografía (primer molar superior derecho).

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria.

Antibiograma: No se reporta.

72

Leyva Contreras María de Lourdes Femenino 16 años Estudiante

Cardiopatías en padres y abuelos, tía materna con cáncer, madre reumática.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Persiste dolor y exudado en ICSD, anteriormente se tomó cultivo (cultivo No. 11) y se le administró penicilina, pero presentó resistencia a este antibiótico y se procedió a efectuar -

75

Paul García Ramón Masculino 18 años Estudiante

Padre alérgico a la Penicilina.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

El paciente presenta epixtasis frecuentes, diarreas ocasionales y - - gingivorragias.

P. A. Asintomático, presencia de exudado purulento en incisivo central superior derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Neisseria s/p y enterobacteria Cloacae.

Antibiograma: Tetraciclina, Cloramfenicol, Gentamicina y Kanamicina.

76

Huerta Pacheco Carlos Masculino 24 años Campesino

Madre dermatitis alérgica a ciertos alimentos.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, higiene oral nula.

El paciente refiere gastritis.

P. A. Asintomático refiere traumatismo por caída. Exudado zona - de incisivo lateral inferior derecho.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico, se tomó radiografía.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria SP.

Antibiograma: No reporta.

77

Álvarez P. Ramón Masculino 37 años Empleado

Cardiopatía en hermano menor.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Dolor y edema en encía a nivel de incisivo lateral superior izquierdo, sangrado en esta zona, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.

80

Muciño R. Isabel Femenino 45 años Enfermera

Diabetes y embolias en familiares.

Medio socioeconómico medio-bajo, nutrición deficiente, higiene oral mala.

La paciente presenta alergia a la penicilina y alcoholismo ocasional.

P. A. Dolor y edema localizado a nivel de encía de primer premolar inferior izquierdo, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Levaduras y Candida Albicans.

Antibiograma: No se reporta.

81

Salazar T. Yolanda Femenino 15 años Estudiante

Úlcera en padre y madre diarreas frecuentes.

Medio socioeconómico bajo, nutrición deficiente, higiene oral regular.

P. A. Asintomático, edema región de incisivo central superior, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.

Cultivo: Frotis de colonias, Estreptococo, Viridans, y Proteus Vulgaris.

Antibiograma: Ampicilina, Tetraciclina, Cloramfenicol, Estreptomicina y Furadantinas.

82

Escobedo Altamirano Alejandra Femenino 22 años Estudiante

Medio socioeconómico medio, nutrición adecuada, higiene oral defectuosa.

P. A. Asintomático, sangrado a la palpación. (refiere traumatismo) se tomó radiografía en la zona de incisivos inferiores.

Diagnóstico: Absceso parodontal crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria s/p.

Antibiograma: No reporta.

83

Silva de G. Susana Femenino 46 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, aseo oral escaso.

P. A. Asintomático, se descubrió el absceso al efectuar la H.C. Y confirmó al tomar radiografía del incisivo central superior izquierdo.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Cloxacilina, Ampicilina, Kanamicina, Lincomicina y - Gentamicina.

84

Robles de Moreno Aurora Femenino 43 años Hogar

Diabetes en padres y tios paternos.

Medio socioeconómico medio, nutrición regular, higiene oral regular.

P. A. Dolor y edema localizado a incisivo central superior derecho, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Penicilina, Tetraciclina, Kanamicina, Eritromicina, Rifamicina.

85

Castro de Vega Elizabeth Femenino 39 años Hogar

Reumatismo e hipertensión en padres.

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Inició con dolor leve y constante que después se tornó intenso y pulsátil en el primer premolar superior izquierdo, el dolor no cedió con analgésicos, y aún después de drenar el absceso persistió el dolor, se tomó radiografía de esta zona.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Eritromicina, Tetraciclina, Kanamicina, Gentamicina, Cloxacilina.

86

Maza González Catalina Femenino 5 años Estudiante

Hipertensión en padres

Medio socioeconómico medio, nutrición media, higiene oral defectuosa.

P. A. Asintomático: Exudado zona de incisivo lateral superior izquierdo.

Diagnóstico: Absceso periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria s/p.

Antibiograma: No reporta.

87

Lybazeta Merino Gelita Femenino 17 años Estudiante

Medio socioeconómico medio, nutrición media, higiene oral regular.

P. A. Inicia con dolor y edema refiere hace 15 días, actualmente se presenta con dolor a la presión, se tomó radiografía de ISI.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans, Levaduras y Candida Albicans, Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Penicilina, Kanamicina y Gentamicina.

88

Conrado Carrera R. Masculino 36 años Obrero

Hipertensión en padre y abuelos paternos.

Medio socioeconómico bajo, nutrición insuficiente, higiene oral nula.

P. A. Inicia hace 4 semanas con dolor intenso e irradiado, espontáneo pulsátil de la zona de primer molar inferior izquierdo, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

P. A. Dolor intenso repentino desde hace tres días acompañado de edema, localizado a segundo molar temporal inferior izquierdo.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Neisseria s/p y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Penicilina, Gentamicina, Lincomicina, Kanamicina y Rifampicina.

95

Medina N. Jova Femenino 45 años Hogar

Medio socioeconómico medio bajo, nutrición inadecuada, higiene oral nula.

P. A. Dolor intenso repentino e irradiado hasta región retroauricular de origen en el tercer molar inferior derecho (desde hace cuatro días).

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Cloxacilina, Lincomicina, Eritromicina, Tetraciclina, Kanamicina y Rifampicina.

96

Beltrán de Cepeda Ma. del Carmen Femenino 46 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Asintomático sólo presenta exudado, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Periapical crónico.

Cultivo: Estreptococo Viridans y Neisseria s/p y Enterobacterias -- Aglomerans.

Antibiograma: Cloramfenicol, Nitrofuronas, Kanamicina, Neomicina, Lincomicina y Gentamicina.

97

Rivera de Zúñiga María

Femenino 68 años Hogar

Medio socioeconómico medio, nutrición suficiente, higiene oral regular.

P. A. Dolor intenso constante y localizado al segundo molar inferior izquierdo, se tomó radiografía.

Diagnóstico: Absceso periapical agudo.

Cultivo: Estafilococo Aureus.

Antibiograma: Ampicilina, Cloxacilina, Dicloxacilina, Kanamicina, -
Tetraciclina, Nitrofuronas, Rifampicina y Lincomicina.

CAPITULO V

REPORTE DEL USO DE ANTIBIOTICOS, EMPLEADOS POR 100 CIRUJANOS DENTISTAS ESCOGIDOS AL AZAR, EN EL TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS PERIAPICALES Y PARODONTALES. COMPARACION DE LAS TERAPEUTICAS MAS EMPLEADAS Y LA TERAPEUTICA IDEAL A EMPLEAR EN EL TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS PERIAPICALES Y PARODONTALES.

Los resultados obtenidos mediante el interrogatorio a 100 cirujanos dentistas en cuanto al manejo de los abscesos periapicales y parodontales fueron los siguientes: (Los entrevistados no especificaron el tratamiento según el tipo de absceso-periapical agudo y crónico y parodontal agudo y crónico-, se limitan a dar un tratamiento general independientemente del tipo de absceso).

Se encontró que el 78% de ellos drenan el absceso y el 22% no lo realizan. El 95% prescriben antibióticos y el 5% no lo hacen, 64% dan analgésicos y antibióticos, el 36% no dan analgésicos. El 48% utiliza anti-inflamatorios y el 52% no lo utiliza.

En cuanto al tipo de antibióticos, utilizan:

- | | |
|------------------|-----|
| 1. Penicilina | 26% |
| 2. Tetraciclina | 26% |
| 3. Ampicilina | 20% |
| 4. Lincomicina | 10% |
| 5. Eritromicina | 8% |
| 6. Dicloxacilina | 6% |

NOTA: El uso de Lincomicina y Eritromicina es de primera elección y no en el caso de alergia a la Penicilina.

Del 95% que utiliza antibióticos, el 19% no especificó qué tipo de antibiótico utiliza.

El 5% restante solamente prescriben analgésicos o anti-inflamatorios, sin drenar el absceso. Solamente un 34% refirió utilizar antibióticos de 2a. elección:

1. Eritromicina 19%
2. Tetraciclina 10%
3. Penicilina 6%
4. Sulfas 2%
5. Ampicilina 2%

El 61% refirió no utilizar antibióticos de 2a. elección.

Comparación de las Terapéuticas empleadas mas comúnmente y la terapéutica ideal a emplear en los abscesos periapicales y parodontales.

Para poder establecer una comparación real entre las dos terapéuticas, es necesario describir en primer lugar la terapéutica ideal para poder establecer las diferencias entre una y otra.

Terapéutica Ideal.

I. Como todo profesional que se encuentra dedicado a la atención de la salud humana, el cirujano dentista debe realizar una Historia Clínica lo más completa posible para de esta manera:

1. Establecer desde un principio una buena relación médico - paciente.
2. Conocer las condiciones generales de vida del paciente -- (nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, etc.)
3. Conocer el motivo de su visita.
4. Conocido el motivo de la consulta, se procederá a realizar la semiología de cada uno de los síntomas para de esta manera, tener una idea del problema por el que acude el paciente (tiempo de evolución, forma en que se inicia, - gravedad, etc.).
5. Conocer los antecedentes herodofamiliares del paciente, ya que hay algunos padecimientos (ejemplo: cardiopatías, diabetes, etc.) que son de importancia para el manejo, adecuado del paciente.

6. Conocer antecedentes personales patológicos y no patológicos para tener un panorama general de las condiciones de vida, alimentación y salud o enfermedad previas del paciente.
7. Conocer el estado actual de cada uno de los aparatos y sistemas para el mejor tratamiento del paciente, (ejern: — úlcera, diabetes, cardiopatías, nefropatías, etc.).
8. Exploración física lo más completa posible para con todo lo anterior, establecer un diagnóstico presuncional o definitivo, para orientar los exámenes de laboratorio y gabinete.

II. Drenaje del absceso independientemente del tipo que se trate.

III. Toma de una muestra del material purulento para cultivo y antibiograma.

IV. Prescripción de un analgésico en caso de que el paciente presente dolor.

V. No prescripción de anti-inflamatorios tipo enzimáticos, dado que su utilidad es muy dudosa.

VI. Después del drenaje no obturar o cerrar el sitio del drenaje, para evitar el acumulo de material purulento y fracaso en la terapéutica.

VII. Una vez obtenido el resultado del cultivo y antibiograma se prescribirá el antibiótico indicado.

Pensamos que el tratamiento utilizado mas comúnmente, dista mucho del tratamiento que debe efectuarse en todos los pacientes.

En primer lugar casi nunca se realiza una adecuada Historia Clínica a los pacientes.

Existe un porcentaje importante de profesionales (22%) que no efectúan drenaje de las lesiones abscedosas, motivo por el cual el proceso infeccioso tiende a la cronicidad o no se resuelve en forma satisfactoria. Como es sabido casi todo absceso que se presenta en el organismo debe ser drenado (casi: ejemplo; no se drena el hepático, el cerebral, etc. Desde luego algunos de los mencionados ti nen que drenarse por razones muy específicas).

Es bien sabido y comprobado que nunca se toma una muestra del material purulento para su cultivo y antibiograma, a pesar que se ignore la Flora Bacteriana que produce los abscesos Periapicales y Parodontales.

La prescripción de analgésicos, se realiza en muchos casos sin tomar en cuenta, el estado actual del paciente, su edad, el tipo de analgésico, etc. (ejemplo: salicilatos empleados en pacientes ulcerosos, salicilatos y pirazolona en niños, etc.).

Es muy frecuente (48%) la prescripción de anti-inflamatorios enzimáticos, consecuencia de la propaganda comercial de los fabricantes de dichos productos, que pregonizan efectos que distan mucho de producir estas enzimas.

Hemos podido comprobar que muchos profesionales, realizan el drenaje del absceso, pero inmediatamente obturan el sitio del drenaje (periapical drenado por conducto radicular), lo que hace que se colecciona únicamente el material purulento y el proceso no se resuelve satisfactoriamente.

En la mayoría de los casos (95%), se prescriben antibióticos de primera intención, sin tomar en cuenta factores como:

No drenaje de los abscesos.

No identificación del germen, sin tomar en cuenta el estado -

del paciente y el tipo de farmaco (ejemplo: tetraciclina en niños, sulfas en litiasis renales, problemas hematológicos, hepáticos, etc., hipersensibilidad cruzada, dosis inefectivas, -- dosis masivas, intervalo en la administración inadecuado, - etc.).

C A P I T U L O VI

SOLUCIONES PROPUESTAS Y CONCLUSIONES.

En base a los resultados que se obtuvieron en este trabajo pudimos observar que no están manejando en forma adecuada los procesos infecciosos periapicales y parodontales, pensando que pueda deberse a múltiples causas, entre las cuales mencionaremos:

Debido a que se cree que se trata de procesos infecciosos banales, no se les ha dedicado el tiempo y la atención debida para tratar de resolverlos en forma adecuada, ya que encontraremos en la literatura médica universal solamente 1 trabajo acerca de la Flora Bacteriana de estos abscesos (Dr. Burket V. Lester), el cual no fue terminado.

De lo anterior se desprende que no existe la suficiente información para poder manejar estos problemas. Por lo que esperamos que el presente trabajo despierte inquietud e interés para seguir obteniendo información acerca de estos procesos patológicos.

Asimismo esperamos que este trabajo sirva como guía para el manejo de los pacientes con absceso periapicales parodontales y también, para que sirva de información comparativa de trabajo semejantes.

Es necesario reafirmar la importancia que tiene el realizar una Historia Clínica completa para conocer mejor los problemas que aquejan a nuestros pacientes.

Debido a que por una serie de circunstancias no siempre se puede llevar a cabo el tratamiento ideal propuesto, por causa económica del paciente, del medio en que se trabaja-zona rural, carente de laboratorio, falta de información, técnica para la toma y envío de muestras por parte del dentista, etc.), sugerimos:

- a) Realizar drenaje en todos los casos.
- b) Cuando por las razones ya expuestas anteriormente no sea posible tomar una muestra y enviarla al laboratorio, se procederá a la prescripción de antibióticos, tomando en consideración, los resultados obtenidos en el presente trabajo:

En los abscesos agudos (periapicales y parodontales).

Puesto que en el 73.3% de los abscesos agudos el agente etiológico es el Estafilococo Aureus, se podrá utilizar, como medicamento de primera elección la Ampicilina o Penicilina Procaina y como antibiótico de segunda elección la Cloxacilina o la Dicloxacilina. En los casos de alergia a las Penicilinas se recomienda Eritromicina o Lincomicina.

Dado que los gérmenes que vemos frecuentemente son causantes de abscesos agudos, tales como Klebsiella, Estreptococo B. Hemolítico, Estreptococo Viridans, Estafilococo Epidermidis, son sensibles a Penicilina y Ampicilina, el criterio será el enunciado anteriormente.

En el caso de los abscesos crónicos periapicales y parodontales puesto que los gérmenes encontrados mas frecuentemente fueron:

Estreptococo Viridans, Proteus Vulgaris, Neisseria (aunque se sabe que todos ellos forman parte de la flora bacteriana normal, en condiciones tales como penetrar a los tejidos o asentar en tejidos dañados se convierten en patógenos- tal es el caso de la endocarditis bacteriana subaguda producida por Estreptococo Viridans- además hay cepas anaerobia de estos gérmenes que son patógenas), y Estafilococo Aureus se podrá utilizar exactamente el mismo esquema -- que se mencionó para los abscesos agudos.

Como en todo proceso crónico infeccioso en el organismo, se

encontró que un porcentaje menor de casos, los agentes causales - fueron:

Candida Albicans, Pseudomona Aeruginosa, Klebsiella, Estreptococo B. Hemolítico, Klebsiella Pneumoniae, se recomienda:

Si es crónico y no ha sido tratado con antibióticos y no presenta enfermedades, sistemáticas, diabetes, desnutrición, etc.) el esquema será igual. Pero si se encuentra que ha sido intensamente tratado con antibióticos, presenta enfermedades sistemáticas, lo más probable es que el proceso esté producido por Candida o Pseudomona, en tal caso se prescribirá nistatina para el primero (anfotericina B 2a. elección) y Carbenicilina para el 2o.

Es necesario recordar que el antibiótico elegido debe ser administrado por la vía adecuada (ejem: penicilina v potásica inefectiva por vía oral), en la dosis correcta, con intervalo de administración adecuado y durante un tiempo correcto. Sugerimos administrar los antibióticos por un período de 5-7 días, al cabo de cual el paciente para cambiar antibiótico (ejem: Estafilococo Aureus que se hace resistente a la penicilina, administrar Dicloxacilina o Cloxacilina), o bien tomar un cultivo y realizar antibiograma para determinar el antibiótico adecuado.

Sugerimos nunca cambiar un antibiótico sino hasta después de 72 horas lapso en el cual generalmente hay respuesta.

Es recomendable administrar un analgésico en caso de dolor. Tomar en cuenta que después del drenaje cuando existe dolor, éste remite rápidamente.

Es recomendable dar indicaciones precisas al paciente, para el manejo del sitio de drenaje. En los casos de drenaje por el conducto radicular, se recomendará al paciente colocar una torunda de algodón seco durante la alimentación y retirarla posteriormente, pa-

ra evitar la obstrucción del conducto.

En los casos de drenaje por tejidos blandos sugerimos la colocación de un Pen-Rose pequeño, para evitar el cierre del sitio de drenaje.

Como conclusión también importante es la de que una vez -- mas se corrobora la etiología de la endocarditis bacteriana subaguda posterior a manipulación odontológica, y hacemos hincapié en realizar una adecuada Historia Clínica, para detectar a los pacientes cardiopatas que requieren profilaxis antibiótica durante el manejo odontológico.

Como última observación, hemos visto que la mayoría de --- nuestros colegas, casi nunca tienen el cuidado de realizar una ade-- cuada asepsia y antisepsia en la cavidad oral anterior a extracciones, cirugía menor, conductoterapia, etc., por lo que sugerimos se realisen los procedimientos citados.

Esperamos contribuir en forma aunque modesta a la resolu-- ción de los abscesos periapicales y parodontales y también espera-- mos despertar inquietud en los compañeros cirujanos dentistas, para que el presente marque el inicio de un nuevo enfoque a los proble-- mas infecciosos tratados.

BIBLIOGRAFIA DE LIBROS QUE SE UTILIZARON EN EL DESARROLLO DE TESIS.

1. Bhaskar Z. - Patología Dental, Editorial Interamericana, Tercera Edición, Buenos Aires 1971.
2. Burket Lester V. - Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Barcelona 1974.
3. Burrows William. - Tratado de Microbiología, Editorial Interamericana México 1974, Vigésima Edición.
4. Centeno Ries G. A. - Patología Bucal, Editorial Ateneo, Buenos Aires 1975.
5. Colyer J. F. - Patología y Clínica Odontológica, Barcelona 1970.
6. Davidson Israel y Henry Bernard John. - Diagnóstico Clínico por el Laboratorio, Editorial Salvat México 1976, Quinta Edición.
7. Glickman Irving. - Periodoncia Clínica, Buenos Aires 1964.
8. Goldman Henry M. - Periodoncia, Editorial Interamericana, México 1962.
9. Grossman Lous. - Práctica Endodóntica, Buenos Aires 1975.
10. Jawets Ernest. - Microbiología Médica, El Manual Moderno, Décima Edición, México 1973.
11. Kruger Gustao O. - Tratado de Cirugía Bucal, Editorial Interamericana, Cuarta Edición, México D. F. 1974.
12. Labart R. y Rode. - Microbiología Estomatología, México 1934.
13. Lazala Angel. - Endodoncia, Editorial Cromatyp, México 1971.
14. Lucaz R. B. - Bacteriología aplicada a la Odontología, Editorial Mundi, Buenos Aires 1972.
15. Nolctem A. William. - Microbiología Odontológica, Editorial In-

teramericana, México 1971.

16. Orban Balint.- Periodoncia, Editorial Interamericana, México 1960
17. Pucci Francisco M.- Patología Bucal, Editorial Porrúa, Segunda Edición corregida y aumentada, México 1959.
18. Quiroz Gutiérrez Fernando.- Patología Bucal, México 1965.
19. Shafer Williams G.- Patología Bucal, Editorial Interamericana, Tercera Edición, México 1977.

BIBLIOGRAFIA DE LIBROS QUE SE UTILIZARON EN EL DESARROLLO DE TESIS.

1. Bhaskar S. - Patología Dental, Editorial Interamericana, Tercera Edición, Buenos Aires 1971.
2. Burket Lester V. - Medicina Bucal, diagnóstico y tratamiento, Barcelona 1974.
3. Centeno Ries G. A. - Patología Bucal, Editorial Ateneo, Buenos Aires 1975.
4. Colyer J. F. - Patología y Clínica Odontológica, Barcelona 1970.
5. Glickman Irving. - Periodoncia Clínica, Buenos Aires 1964.
6. Goldman Henry M. - Periodoncia, Editorial Interamericana, México 1962.
7. Grossman Lous. - Práctica Endodóntica, Buenos Aires 1975.
8. Kruger Gustav O. - Tratado de Cirugía Bucal, Editorial Interamericana, Cuarta Edición, México, D. F. 1974.
9. Lasala Angel. - Endodoncia, Editorial Cromatyp, México 1971.
10. Lucas R. B. - Bacteriología Aplicada a la Odontología, Editorial Mundi, Buenos Aires 1972.
11. Orban Balint. - Periodoncia, Editorial Interamericana, México 1960
12. Pucci Francisco M. - Patología Bucal, Editorial Porrúa, Segunda Edición corregida y aumentada, México 1959.
13. Quiroz Gutiérrez Fernando. - Patología Bucal, México 1965.
14. Shafer Williams G. - Patología Bucal, Editorial Interamericana, - Tercera Edición, México 1977.
15. Tratado General de Odonto-estomatología, Madrid, Alhambra 1958
16. Villar Reyna Ma. Teresa.- UNAM 1973 ADM UNAM 1973 V 55.

17. Ward, Howard L.- Manual de Periodontología Clínica, Buenos - Aires 1975.
18. Zolazabal Muñoz Ma. Guadalupe.- UNAM 1969, ADM UNAM 1969 Z 65.
19. Zegarelli Edward V.- Diagnóstico en Patología Oral.- Barcelona Salvat 1972.

BIBLIOGRAFIA DE LOS ARTICULOS PUBLICADOS RELACIONADOS
AL TEMA.

1. Altonen M.
Surgery.- Apical Curetaje and a treatment acute apical inflamation
et al Int Oral Surg 5(1):13-8 Feb. 76 Sep 76.
2. Auslander W. P.
The Acute Apical Abscess
NY State Dent J 36:623-30 Dec 70.
3. Bannatyne R. M.
Ecology of 350 isolated of group streptococcus.
Et al J. clin pathol 67 (2):184-6 Feb 77.
4. Baratieri A.
Present progress in biologic therapy septic degenerative conditions
of the dental pulp and of periapical afections.
Rev Med Belg Dent 23: 181-98 1978.
5. Baratieri A.
The use of a new bactericidi end the management of dental pulp
sepsis and its periapical complications.
et al Minerva stomatol 22:22-5 Gan-Feb 1973.
6. Baratieri A.
Critico-comparative aspect of the use of Biological substances and
therapy of periapical lesions, shith reference to a new enzymatic
antibiotycs combinations (first clinical result).
Et al rev Ital stomal 22:1951-70 May 70.
7. Chaver Jiani B.
Rare case suborbital fistula due to the infection of the toot.
Et al int acta med Iran 18(I-2):87-92 1935 Nov. 1976.
8. Epstein Si.

17. M. Posinakos M.
Study of the microbial flora in periapical lesions.
Stomatologia (alhemani) 32(2):101-7 1975 Aug 1976.
18. Naidorf I. J.
Inflamations and infections of pulp periapical tissue.
Oral Surg 32:486-97 Sep 1972 (101) ref.
19. Nehlmeyer C.
Data top the chemoterapy of soft tissue inflammation in the jaw--
region.
D.D.Z. 19:236-8,22 April 1965.
20. Nord C. E.
Suceptibility of haemolitic oral enterococci to eight antibiotic in
vitro.
Acta odontol scand 31:395- 9 Dec 1973.
21. Sabiston C. B.
Anaerobic bacteria in oral infections.
J Oral surg 38(2):187-92 Aug 1974.
22. Schultz Pdeutsch Zahana Erztl.
Indications a contraindication for antibiotic therapy of odontogenic
abscesses 22:997-1001 Aug 1967 Ger.
23. Sovolev V. R.
Use of rapid methods for the determination of sencibility of mi-
croflora purulent foci to antibiotics.
Antibitiki 13:159-61 Feb 1968.
24. Valerighi L.
Periapical lesions: Types and evolutions.
PEV brass odonto 129:15-25 Jan-Feb 1972.
25. Wade Bryan.

Antibiotics and the intraoral abscess.

Et al J. Periodontol 48(4):236-8 April 1977.

9. Golberg M. H.

The changing biologic nature of acute dental infection.

Amer dent ass 80:1048-51 May 70.

10. Hurlen B. Nortamnlægefören.

Bacteriology of dentoalveolar abscesses.

Tid 83:394-9 Oct 1973.

11. Kendell K. C.

Microbial factors related top infections of the pulp and periapical tissue.

Ann dent 34 (1):2-7 Spring 1975.

12. Klinger G.

Microbiology. - Bacteriological Studien during conservative treatment of periapical inflamations.

Et al stomatol DDR 25(12):801-8 Dec 1975 May 1976.

13. Kohlj.

Dental abscesses and antibiotics.

Rev Med Liege 22:233-5 15 Abril 1977.

14. Miranda H.

froom root canals of the teet whith periapical reactions.

Hospital Rio 69:583-602 Mar 1966.

15. Moore J.

Bacteriological investigation of dental abscess.

Jretal dent pract dent rec 22:390-2 Jun 1972.

16. M. Posinakos M.

Study of the microbial flora in periapical lesions.

Stomatologia (alhemai)32:(5):259-65 Sep-Oct 1975 Eng.

Basic periodontology.

Spi.

26. Wick Remesinghe R.

Viridans streptococci associated with dental abscesses periapical infection.

Et al W. R. 4(4):196-203 1976.