

870122

54

24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DEL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO
CON PROBLEMAS ALERGICOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ADRIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ CARRILLO

ASESOR: DR. GUILLERMO ARTURO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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 está 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.

**"MANEJO DEL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO CON
PROBLEMAS ALERGICOS "**

I N D I C E

	Pág.
	1
	2
CAPITULO I	2
	2
	4
	4
CAPITULO II	14
	14
	14
	15
	16
	17
	18
	20
	21
	22
	24
	34

	Págs.
Urticaria.....	35
Fiebre del Heno.....	35
Asma.....	36
CAPITULO III Manejo de las reacciones alérgicas.	38
Precauciones para evitar reacciones alérgicas.....	39
Tratamiento.....	46
Conclusiones.....	51
Bibliografía	

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

Es de vital importancia para el odontólogo el conocer la interdependencia entre sujetos y droga y la respuesta - ya sea del sujeto o de la droga.

Aclarando sobre este punto diremos que la droga en algunos casos nos dará una respuesta indeseada a su respuesta normal, ya sea por la interacción fisiológica o una respuesta genética anormal de tipo idiosincrática.

En ésta tesis tocaremos un punto de importancia vital - en algunos casos para pacientes con problemas de respuesta, las diversas formas de alergias y la manera de tratar cada una de estas formas, tomando en cuenta métodos preventivos, ya sea por medio de la anamnesis o métodos de inducción - (pruebas) hasta llegar al tratamiento adecuado y la dosificación más oportuna en los casos más severos de respuesta.

Teniendo así una idea global de la alergia nos será - más fácil para el desarrollo de nuestra carrera y ofrece - mos una máxima garantía de seguridad para la vida del paciente.

C A P I T U L O I

CONSIDERACIONES GENERALES MAS COMUNES.

C A P I T U L O I

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ALERGIA.

Alergia no designa un determinado síntoma o un conjunto de síntomas, sino una variación adquirida de la capacidad de reaccionar del organismo, en su aspecto temporal, -cuantitativo o cualitativo.

Según Doerr, sólo debe aplicarse el nombre de alergia a la capacidad de reacción alterada, respecto de la normal, debida a la presencia de anticuerpos específicos.

Es por consiguiente, una disposición reactiva específicamente alterada a causa de una diátesis de anticuerpos, -pero en ningún modo la propia reacción.

También, según la recomendación de la COMISION INTERNACIONAL DE NOMENCLATURA, basada en este concepto de Doerr, el de alergia está exclusivamente asociado a la diátesis -antígeno-anticuerpo.

La alergia no es pues, desde el principio, una enfermedad sino un fenómeno de la respuesta al estímulo, y hasta-

aquí en suma no primariamente patológica. Según esta definición la alergia es un principio patogénico y pertenece, como fenómeno a la inmunología. (8)

Alergia fue definida por FARR Y SPECTOR como un desarrollo fisiológico de cuantos por una variedad de diferentes reacciones inmunológicas. (10)

Aunque los conocimientos en materia de inmunología han experimentado grandes progresos, todavía existen importantes lagunas en el cuadro total, las contribuciones más importantes de los últimos años son: identificación y compleja interacción de los linfocitos T y B en la producción, utilización e inhibición de anticuerpos, vías metabólicas de las células que influyen sobre sustancias mediadoras e inhibitoras de las reacciones alérgicas, identificación de más de un tipo de receptor histamínico etc. etc. (7)

Como los conocimientos acerca de las reacciones alérgicas son incompletos, la definición de estas reacciones carece de exactitud, el término alergia (del griego, allos - otros y ergos acción, trabajo) parece especialmente indicado para describir la respuestas a una sustancia cuando -

ella es por completo distinta del efecto habitual de esa -
substancia. (7)

Cuando una persona se inmuniza fuertemente contra un -
antígeno y ha desarrollado un título muy elevado de anti -
cuerpos IgG (el tipo más usual de anticuerpos) una exposi -
ción subsiguiente de dicha persona a una concentración
elevada del mismo antígeno puede provocar grave reacción -
tisular.

Se forma el antígeno-anticuerpo, que precipita y parte
del precipitado se deposita en forma de gránulos en las pa -
redes de pequeños vasos sanguíneos.

Estos gránulos también de enzimas proteolíticas. El re -
sultado de estos dos efectos es una grave inflamación y -
destrucción de pequeños vasos sanguíneos.

Este tipo de alergia es especialmente manifiesto en la
reacción denominada reacción de ARTHUS: esto ocurre cuando
una gran cantidad de antígeno se inyecta en los tejidos de
una persona fuertemente inmunizada.

La reacción entre los cuerpos IgG y el antígeno desen-

cadena poderosos efectos vasculares locales, y la lesión - al cabo de unos pocos minutos y causando la muerte y disolución de tejido en unos pocos días. (5)

Otra manifestación de este tipo de reacción es la enfermedad del suero. El suero inyectado a una persona puede causar formación subsiguiente de anticuerpos IgG.

Cuando estos empiezan a aparecer, reaccionan con la proteína del suero inyectado, y desencadena una reacción difusa de antígeno-anticuerpo por toda la economía; por fortuna esta reacción tiene lugar lentamente en plazos de días a medida que van formando los anticuerpos, y no suele ser mortal, sin embargo, puede matar, en otras ocasiones puede causar inflamación difusa de todo el cuerpo, con desarrollo de un síndrome circulatorio de tipo de choque. (5)

Algunas personas tienen tendencia alérgica.

Este fenómeno se transmite de padres a hijos, y se caracteriza por la presencia de grandes cantidades de anticuerpos IgE llamados reaginas; anticuerpos IgG más comunes, cuando un alérgeno penetra en el cuerpo tiene lugar una reacción alérgica. (5)

Los términos sensibilidad e hipersensibilidad son más-

apropiados para describir una reacción en la que un individuo responde o es sensible a una substancia a la cual la mayoría de los miembros de especie son diferentes.

La anafilaxis es la reacción resultante de una preparación o sensibilización experimental, y por consiguiente en experiencias practicadas preferentemente con animales de laboratorio. (1)

Con el nombre de alergia disregulativa se designa un grupo de alteraciones adquiridas de la regulación de causas vascular, neural y hormonal. Pero sin base inmunológica, como la alergia física.

Sin embargo puesto que la alergia disregulativa no intervienen anticuerpos en cantidad apreciable y tampoco corresponde a la alergia verdadera, prescindiremos de su estudio en este tratado. (5)

La sintomatología que se manifiesta, sobre la base de una diátesis de anticuerpos, después de la aplicación repetida de antígeno se denomina alergosis o enfermedad alérgica.

Antes de que podamos comprender los tipos de alergias y su método es necesario tener un conocimiento de los anti

genos y de los anticuerpos, debido a que la alergia es tipificada de acuerdo con la presencia o la ausencia de estas sustancias.

Los antígenos forman parte de casi todas las proteínas y de algunos de los más complejos carbohidratos y ácidos nucleicos desde el punto de vista estructural los carbohidratos llenan también funciones definidas, en las plantas integran la estructura fibrosa y leñosa de los vegetales, o sea su esqueleto propiamente dicho formado principalmente por celulosas, el compuesto orgánico más abundante en la naturaleza y originado también a partir de glucosa.

En las bacterias los carbohidratos están presentes, en las complejas de los peptidoglicanos y ácidos teitoicos, componentes de una estructura reticular identificable en la pared bacteriana y a la que se atribuye en gran parte la virulencia y la antigenicidad de ciertos microorganismos. (6)

Son capaces de estimular la producción de anticuerpos. Los anticuerpos son proteínas del plasma (gamaglobulinas) producidas de manera principal por las células del plasma, que son parte del sistema sanguíneo de los animales vertebrados superiores. En la mayoría de los casos los anticuer

pos son formados solo cuando las células son expuestas a un antígeno extraño, esto es a un antígeno que no forma parte del cuerpo del animal esto puede comprenderse mejor con un ejemplo.

Supóngase que se inyecta albúmina (proteína) de un huevo de gallina a un cobayo no se presenta ninguna reacción desusada porque en esta albúmina no hay nada tóxico. Dos semanas después volvemos a inyectar al cobayo más albúmina de un huevo de gallina pero ahora el cobayo reacciona en forma violenta, posiblemente unos cuantos segundos después sufra espasmos y puede hasta morir. ¿Qué sucedió en el cuerpo del cobayo en el intervalo entre las inyecciones que provocará esa reacción?

La albúmina de huevo contiene proteínas que son extrañas al cobayo, esto es que no están presentes en su cuerpo. El nivel de los anticuerpos en el plasma aumenta gradualmente en un periodo de unas dos semanas, de tal manera que cuando se hace la segunda inyección, hay violenta reacción de antígeno anticuerpo, se efectúa una precipitación de las proteínas de la albúmina de huevo ocasionado por el entre-lazamiento de la proteína del antígeno al anticuerpo, del antígeno con el anticuerpo etc. etc., hasta que se forman agregados grandes.

Esta reacción puede interferir con funciones vitales del cuerpo, la reacción anterior puede aparecer familiar a cualquiera que haya adquirido sensibilidad para la penicilina. Algunos individuos reaccionan con el antígeno de este antibiótico y desarrollan anticuerpos, de tal manera que muestran reacciones severas a una inyección de penicilina como reacciones de antígeno-anticuerpo. En algunos casos, para salvar la vida de esas personas es necesario aplicar adrenalina. (6)

Los anticuerpos son altamente específicos, esto es solo reaccionan con el antígeno que estimuló su producción, o tal vez, en menor grado, con un antígeno muy similar, si el cobayo sensibilizado se le hubiera inyectado albúmina de huevo de pavo, no hubiera habido reacción o solo se hubiera presentado en forma muy leve, la albúmina de un ave más alejada de las gallinas, como la gaviota no causaría reacción, las personas que son sensibles a la penicilina pueden tomar otros antibióticos que tienen antígenos diferentes. Algunas veces por azar, organismos que tienen una relación distante tiene antígenos similares, cuando una persona sufre una infección de estreptococos en la garganta, desarrolla anticuerpos contra antígenos de esa bacteria.

Desafortunadamente y solo por azar organismos que tienen una relación distante tienen antígenos similares. Cuando una persona sufre una infección de estreptococos en la garganta, si el nivel de anticuerpos en el plasma se eleva lo suficiente puede haber alguna reacción, con el músculo cardíaco, ocasionando daño que se conoce como enfermedad reumática del corazón. (6)

La producción de anticuerpos es muy valiosa para establecer resistencia e inmunidad a las enfermedades si se ha padecido fiebre tifoidea o se recibe una inyección de gérmenes muertos de esta enfermedad, el organismo produce anticuerpos específicos para los antígenos de las bacterias que producen la tifoidea. Esto puede demostrarse mezclando algunas bacterias de la tifoidea con una pequeña cantidad de plasma sanguíneo propio.

La reacción del antígeno anticuerpo hace que las materias se aglutinen y se vuelvan inactivas, esto mismo pasa en el cuerpo si entran bacterias de la tifoidea, que serán inactivadas en forma tal que no pueden crecer y causar la enfermedad. Esta reacción se efectúa en una escala muy pequeña, por lo que ocasionan ningunas dificultades, tales como la reacción a la penicilina, pero las personas que han desarrollado anticuerpos contra ciertos pólenes, saben

demasiado bien que la reacción puede ser severa cuando es afectada una zona localizada del cuerpo.

Los estornudos, el flujo nasal y la irritación que van asociadas con la fiebre del heno resultan de una reacción de antígenos anticuerpos en las membranas nasales. Todas las enfermedades alérgicas -y hay muchas- son el resultado de este tipo de reacción de un antígeno extraño.

El mecanismo de producción de anticuerpos no funciona en los embriones humanos antes del nacimiento, si lo hicieran se presentarían toda clase de complicaciones cuando se fuera sensibilizando a los antígenos de la madre. Cuando nace un bebé tiene en su plasma algunos anticuerpos maternos que le dan cierto grado de protección contra el mundo lleno de gérmenes al cual entra. Estos anticuerpos se difunden de la madre a la sangre del feto a través de la barrera de la placenta, perdiéndose de manera gradual, ya que todos los elementos de la sangre en forma constante de sarrolla, la capacidad de producir anticuerpos propio contra los antígenos con los cuales entra en contacto. (6)

El cuerpo continúa produciendo anticuerpos específicos por un largo período después que han desaparecido del orga

nismo los antígenos extraños que estimulan su producción.- De aquí que la inmunidad o la sensibilidad puede durar por muchos años aún cuando la sustancia ofensiva haya estado ausente desde hace mucho tiempo. El nivel o título de los anticuerpos solo disminuye en forma gradual. (6)

Algunos anticuerpos -las precipitinas- producen una precipitación de la proteína como en el caso de la albúmina de huevo. Estos hacen que las moléculas de proteínas se aglomeran en grupos grandes que se presentan como un precipitado lechoso en un medio fluido. Las antitoxinas causan la neutralización de toxinas, siendo la antitoxina para el tétano un ejemplo de ellas.

Las lisinas son anticuerpos que producen lisis (disolución) de las membranas celulares que se aglomeran los eritrocitos de la sangre. Se piensa que un anticuerpo puede unir a antígenos de dos células y mantenerlas juntas y esto es lo que produce la aglutinación de las células.

Con esta explicación, ahora podremos comprender algunos de los factores que intervienen en las reacciones que se efectúan entre los diversos antígenos y anticuerpos de la sangre produciendo "Alergia".

Debemos aclarar que la alergia emerge como un conjunto de características médicas (inmunológicas, fisiológicas y farmacológicas). Al enfatizar en el aspecto inmunológico - se logra llevar una secuencia de aparición de características fisiológicas naturales, ahora que una alergia del tipo farmacológico no diferencia en su reacción, sino en sus manifestaciones e interacciones organismo-droga-respuesta.

Una reacción de este tipo "es una respuesta anormal a un fármaco determinada genéticamente". Estas reacciones - aunque son dependientes de la dosis son casi siempre impredecibles debido a que muy pocos pacientes responden en forma idiosincrática a un fármaco y también debido a que la tara genética que causa la respuesta atípica puede ser totalmente "silenciosa" en ausencia del reto que presupone - el fármaco.

Cuando se presenta una respuesta inesperada a un fármaco es común, aunque casi siempre erróneo, describir esta - respuesta como idiosincracia.

Este hábito puede explicarse porque las reacciones de idiosincracia se definen en forma jocosa como una reacción "que los idiotas no pueden explicarse".

Muchas respuestas a los fármacos que salen fuera de lo normal en relación a su reactividad no son necesariamente idiosincráticas en su naturaleza, pueden representar manifestaciones alérgicas o efectos extensivos o efectos secundarios en pacientes intolerantes al fármaco debido a la edad, peso, patología existente. (9)

C A P I T U L O I I

MANIFESTACIONES ALERGICAS MAS COMUNES.

C A P I T U L O I I

MANIFESTACIONES ALERGICAS MAS COMUNES.

Se pueden distinguir cuatro tipos de alergia farmacológica según los elementos inmunes que las causan y la localización de su acción. (9)

Los tipos I, II, III son mediados por inmunoglobinas, mientras que el tipo IV es mediado por inmunidad mediada por células (IMC). (9)

Tipo I o anafiláctico comprenden las formas de alergias farmacológicas inmediatas en las cuales las alteraciones aparecen minutos u horas después de haber tomado el fármaco. La reacción inmune subyacente es iniciada por la unión del antígeno a los anticuerpos IgE unidos en la superficie de las células cebadas y abasófilos. (9)

La degranulación celular subsiguiente y la liberación de histamina y otras sustancias vasoactivas son la causa de los efectos indeseables. (9)

Las hipersensibilidades tipo I son las clásicas reac -

ciones alérgicas, anafilaxis y atopia. La fiebre del heno, asma y alergias a penicilinas y alimentos se encuentran entre las reacciones más comunes. (9)

Los principales signos y síntomas de la alergia tipo I afecta tubo digestivo (calambres o retortijones y diarrea). Piel y membranas mucosas (eritema urticaria edema angioneurótico) pulmones (broncoconstricción), y vasos sanguíneos (vasodilatación, permeabilidad incrementada). En casos muy graves, la anafilaxia puede causar la muerte por obstrucción de las vías respiratorias o colapso cardiovascular en unos cuantos minutos después de la exposición al fármaco. (9)

Reacciones tipo II o citotóxicas, estas reacciones son causadas por anticuerpos circulantes como IgE. Cuando un constituyente de la membrana plasmática sirve como hapteno acarreador la unión de la inmunoglobulina es seguida por fijación del complemento y lisis de la célula, muchas anemias hemolíticas, leucopenias y trombocitopenias son inducidas por fármacos por destrucción inmune. (9)

Las respuestas o las reacciones del tipo II casi siempre son retardadas, empiezan a manifestarse varias horas o

días después de la administración del fármaco. (9)

Las reacciones de transfusión, las anemias hemolíticas inducidas por fármacos y ciertas enfermedades autoinmunes son hipersensibilidades tipo II. Ocurre la reacción cuando los anticuerpos (IgH o IgM) reaccionan con los antígenos en las membranas celulares o son absorbidos sobre las mismas. (9)

La fijación del complemento por los anticuerpos unidos puede por tanto producir la citólisis, la aglutinación o la fagocitosis de las células que llevan el antígeno, o los tres procesos. (9)

Reacciones tipo III o complejo inmune. Estas reacciones ocurren cuando en los espacios intravasculares intersticiales se forman complejos del anticuerpo antígeno solubles, el depósito de estos complejos sobre las paredes de pequeños vasos sanguíneos y la activación del complemento atraen neutrófilos al área. Estas células degranuladas en su intento para eliminar los complejos liberan enzimas lisosomales que causan daño tisular local y favorecen la trombosis de los vasos afectados. (9)

Las reacciones tipo III, intervienen en la glomérulonefritis posestreptocócica aguda, la hepatitis sérica crónica, la artritis reumatoide y la enfermedad del suero. (9)

Reacciones tipo IV son sinónimos de la inmunidad mediada por células. Los linfocitos T sensibilizados expuestos a los haptenos del fármaco o a sus conjugados liberan mediadores solubles llamados linfocinas, las cuales atraen células adicionales al sitio antigénico (linfocitos, macrófagos) las lisozimas y otras sustancias (incluyendo las linfocinas tóxicas) son elaboradas por las células de regeneración producidas por la necrosis tisular local.

El rechazo de injertos es un ejemplo de influencia de linfocitos citotóxicos, los pacientes que reciben injertos tratados con fármacos inmunopresores combinados. (9)

Habiendo hecho esta distinción habremos de dar una idea clara sobre las manifestaciones alérgicas más comunes pero de este margen o clasificación de las reacciones, enfocando esta variación sobre el paciente pediátrico.

Las reacciones alérgicas dependen no solo de las reacciones y sus manifestaciones características sino habremos

de tomar en cuenta diversos fármacos de aplicación antimicrobiana y anestésica.

Las reacciones a los anestésicos locales pueden caer dentro de seis categorías:

1. Síncope.
2. Reacciones tóxicas.
3. Reacciones alérgicas.
4. Reacciones debidas a la técnica.
5. Reacciones a agentes vasoconstrictores.
6. Idiosincracia. (2)

El síncope o desmayo es la pérdida temporal de la conciencia causada por una pérdida súbita de la circulación sanguínea al encéfalo. No es una verdadera reacción al medicamento mismo, sino usualmente una condición psicológicamente inducida la cual puede ocurrir antes, durante o después de la inyección de anestésico local. Debe ser reconocida y tratada adecuadamente. El paciente palidece, se pone sudoroso y mareado. Los ojos pueden irse hacia atrás, y la mandíbula puede colgarse de manera suelta y aún obstruir las vías aéreas, y todo el cuerpo se torna suelto. El paciente deberá colocarse de inmediato en posición hori

zontal en una superficie plana, los pies ligeramente elevados para aumentar la circulación al encéfalo. Deberá sostenerse la barbilla para asegurar que exista un adecuado intercambio gaseoso, y se le deberá administrar oxígeno. - (2)

La aspiración de sales en forma de nitrato de amonio, ayudará a estimular la conciencia. Puede aplicarse a la cabeza una compresa fría y toda la ropa ajustada deberá aflojarse. El aumento de la circulación al encéfalo, el mantenimiento de una vía aérea adecuada, y tiempo, resulta en la operación total en los sujetos con síncope puro.

La toxicidad se refiere al aspecto dañino del medicamento sobre el organismo cuando se le administra en cantidades excesivas. Esto puede ser llamado "sobredosis del medicamento". (2)

En el caso de anestésicos locales, las reacciones tóxicas ocurren cuando el nivel de un medicamento en la circulación alcanza cifras anormalmente altas. Una sobredosis tóxica de anestésico local se manifiesta por su acción sobre el sistema nervioso central que lleva alteración y excitación, hiperactividad, aprensión y confusión. El paciente

te se torna agitado, se escurre del sillón dental frecuentemente, y parece alarmado y desconfiado.

Tanto el índice cardíaco como la presión sanguínea se encuentran aumentados y se pueden aún llegar a presentar convulsiones. Este efecto estimulante temprano es seguido inmediatamente por depresión del sistema nervioso central. Esta depresión puede variar desde un simple letargo hasta una franca inconsciencia. La presión sanguínea y la frecuencia cardíaca disminuye y la respiración se deprime. A menos que se trate de inmediato y de manera adecuada, puede ocurrir la muerte cuando el paciente deja de respirar. Con los compuestos de tipo no éster (xylocaine, carbocaine, etc....)

La velocidad y grado de las reacciones tóxicas es directamente proporcional a la concentración del medicamento en la circulación, general concentración a un mínimo. Ciertos pasos son necesarios para asegurar esto. (2)

1. Evitar las inyecciones intravasculares (directamente dentro de los vasos sanguíneos); esto se logra utilizando jeringas de aspiración.
2. Inyectar lentamente y solo la cantidad de solución ne-

cesaria para una anestesia adecuada.

3. Usar un agente vasoconstrictor cuando sea posible para disminuir la velocidad de absorción.
4. Conocer la vascularidad de la zona que está siendo inyectada.
5. Conocer la historia médica del paciente.
6. Conocer la dosis de toxicidad del medicamento que está siendo empleado. (2)

A pesar de estas precauciones, las reacciones tóxicas a los anestésicos locales pueden ocurrir, y es necesario que tanto el operador como todo el personal del consultorio sean capaces de reconocer los síntomas y llevar a cabo un adecuado tratamiento de urgencia. (2)

Estas reacciones alérgicas a los anestésicos locales pueden clasificarse inmediatas o retardadas, y leves o graves.

Las reacciones retardadas son usualmente del tipo menor y pueden ocurrir en cualquier momento, desde horas hasta días después de la inyección. Deben reconocerse como verdaderas reacciones de sensibilidad, evitando el agente causante en lo futuro.

Los signos y síntomas en una reacción de leve son: co-
mezón, hinchazón, urticaria rinorrea o la combinación de -
ellas. (2)

A pesar que son molestias menores y probablemente solo
incómodas para el paciente, deberán ser consideradas real-
mente por el personal médico dental como verdaderos signos
de hipersensibilidad (alergia) al medicamento. Es muy posi-
ble que lo que se presentó como una reacción leve con una
inyección, se torne en una reacción mayor con la siguien-
te. (2)

SIGNOS Y SINTOMAS.

Reacción alérgica media: una hora o un día después de-
aplicar el medicamento.

- 1.- Obstrucción nasal con rinorrea y enrojecimiento.
- 2.- Ojos llorosos.
- 3.- Piel caliente.
- 4.- Edema de manos, cara, ojos y laringe.
- 5.- Signos vitales son estables. (10)

Las reacciones alérgicas graves tienen como órganos de
elección los pulmones y los vasos sanguíneos. Esto se lla-

ma choque anafiláctico y es una auténtica urgencia médica. (9)

SIGNOS Y SINTOMAS.

Reacción alérgica severa inmediatamente después de la administración del medicamento.

- 1.- Pulso-rápido y alterado.
- 2.- B.P- Caida profunda.
- 3.- Respiración-Disnea (construcción bronquial y edema ríngeo).
- 4.- Piel-urticaria, petequias.
- 5.- Dolor-abdominal. (10)

Las reacciones adversas de origen inmune constituyen aproximadamente el 10% de todas las reacciones indeseables a los fármacos. Las reacciones alérgicas se pueden distinguir de las otras formas de toxicidad farmacológica en varios aspectos. Primero, es necesaria la exposición previa al fármaco o algún compuesto muy relacionado para iniciar la reacción segundo la gravedad de la respuesta es condicionada por la dosis. (4)

ANTIMICROBIANOS.

Los agentes antimicrobianos son importante ayuda en el tratamiento de infecciones en la cavidad bucal y para evitar complicaciones después de operaciones quirúrgicas que afecten a ésta. Sin embargo, usados indiscriminadamente, pueden provocar graves complicaciones. Al contemplar el gran número de agentes existentes actualmente, es importante para el odontólogo moderno hacer uso de un enfoque científico y criterio razonable al seleccionar y recetar agentes antimicrobianos. (4)

Nos parece apropiado dedicar un corto tiempo o exponer la acción de los agentes antimicrobianos y su lugar en la práctica de odontología infantil. El uso de estos medicamentos no carece de peligros inherentes y es responsabilidad de todo profesional familiarizarse concienzudamente con su empleo y sus efectos. En ningún caso deberá pensarse que un agente antimicrobiano sustituye al sólido juicio quirúrgico al tratar infecciones odontogénicas sino que debe emplearse para complementar el conocimiento científico, el juicio y la habilidad del operador. (4)

Al recetar y administrar un agente antimicrobiano el paciente puede presentar sensibilidad a él, descartará -

su uso en un futuro.

En todo momento en que se administra un medicamento es te tiene la capacidad de tomar un anticuerpo o una reac - ción de anticuerpos y si se receta después a un paciente - sensibilizado puede provocar graves reacciones alérgicas. Afortunadamente, la mayoría de los pacientes pueden expo - nerse repetidamente a agentes antimicrobianos específicos - sin por ello manifestar pruebas de sensibilidad.

Se han dado casos en pacientes que presentaban sensibi l lidad a un antibiótico, sin recordar haberlo recibido ante r riormente. Esto puede resultar cuando se ha administrado - al paciente un medicamento con configuración química simi - lar a la del antibiótico; de ahí deriva la sensibilidad de del paciente. Otra explicación posible es que el paciente - puede haber recibido el antibiótico como agente contamina n nte en alimentos o alguna otra substancia. Lo que es impor - tante recordar y no recetar indiscriminadamente agentes an t timicrobianos. Cualquier dosis puede ser suficiente para - sensibilizar al paciente al medicamento y con ello descar - tar su empleo en el futuro.

Por ejemplo, si se administra penicilina para tratar -

casos leves de gingivitis, y el paciente sufriera un grave exantema debido al agente, su uso posterior probablemente se contraindicaría si posteriormente este paciente necesitara penicilina para tratamiento de meningitis neumocócica, ¿podría entonces apoyar aún su decisión inicial de prescribir el agente para tratar una infección relativamente leve que podría haberse combatido satisfactoriamente sin tener que acudir a la penicilina? (4)

En este punto de la tesis es importante notar el énfasis que damos al origen farmacológico de la alergia y no de alergias en la persona "alérgica". Lo cual será considerado en unos párrafos subsiguientes.

Ahora bien en el aspecto farmacológico de los medicamentos que provocan alergias en el paciente infantil no nos ocuparemos de las interacciones droga-fisiología-respuesta, sino actuaremos en el aspecto droga-respuesta-complicación.

- Penicilina dentro de este término general de penicilina-incluiremos:
- Penicilinas de formación natural-
Penicilina G (bencilpenicilina)-600000 U. 4 ó 6 horas

- Penicilina G (penicilina fenoximetil) 400-250 mg. 4 hrs.
- Penicilinas semisintéticas
 - Penicilina y propicilina
 - Meticilina-100 mg IM c/4 ó 6 hrs.
 - Ampicilina -100 mg /kg de peso
 - Oxacilina - 50 mg. / kg. de peso

La dosificación de una penicilina jamás deberá ser mayor que la de un adulto en la aplicación a un niño y se deberá presentar atención a la dosificación exacta. (4)

La complicación más común asociada con terapéutica de penicilina es la hipersensibilidad o reacción alérgica. - Es imperativo antes de administrar penicilina, obtener una historia detallada para excluir la posibilidad de reacciones de sensibilidad en el paciente al serle administrado el medicamento. Aunque se han desarrollado ciertas pruebas que representan una promesa para poder detectar sensibilidad no están disponibles para uso sistemático. (4)

Las reacciones inmediatas y anafilácticas se caracterizan por señales de choque profundo secundarias a colapso vasomotor, pulso impalpable y dificultad para respirar, esta reacción puede ir acompañada o no de edema facial y la-

ríngeo o exantema generalizado.

Las reacciones alérgicas después de terapéutica de penicilina pueden clasificarse como inmediatas o retrasadas. Las reacciones inmediatas, también llamadas reacciones anafilácticas son las más graves y son responsables del mayor número de muertes debidas a reacciones a la penicilina.

Algunas de las reacciones a plazos más largos se caracterizan por fiebre, erupción cutánea articulaciones inflamadas y edema.

Las respuestas alérgicas causadas por la penicilina incluyen casi todo tipo de reacciones inmunitarias adversas conocidas, aunque la frecuencia estimada de alergia a la penicilina es variable, por regla general se informa que ésta presenta con grados variables de gravedad, en 2% a 8% de los pacientes tratados con estos fármacos, la frecuencia y la gravedad de las reacciones alérgicas dependen de la vía de administración y del tipo de derivados penicilínicos utilizados, la aplicación tópica es la que con más probabilidad produce sensibilidad, y por esta razón está estrictamente proscrita, la mayoría de las reacciones alérgicas que ponen en peligro la vida son causadas por inyec-

ción parenteral; sin embargo la administración por vía bucal y hasta el empleo de cantidades pequeñísimas en pruebas de sensibilidad intradérmica han causado choques anafilácticos mortales. De todas las preparaciones de penicilina disponibles la penicilina G-procaína es la que más se asocia con la mayor frecuencia de alergia farmacológica. (9)

Aquí podíamos considerar a la alergia producida por las penicilinas como de origen extrínseco es observado después de la inyección, inhalación ó ingestión de algún material, fármaco, polen o alimento, basando la reacción en la exposición anterior al agente y suele presentarse en el transcurso de pocas horas o días, hay una excepción que es donde consideramos extrínseca la reacción pues la dosis inicial es en realidad la sensibilizante. (7)

La procaína puede utilizarse como coadyuvante para promover el desarrollo de anticuerpos, pero el hecho de que sea un compuesto alergénico o por si mismo también puede contribuir en este aspecto. Las reacciones anafilactoides que pueden poner en peligro la vida, ocurren casi en 0005% de los pacientes a quienes se administra algún tipo de penicilina y alrededor de 10% de estas víctimas mueren por

paro respiratorio y cardiovascular. (9)

En el desarrollo de anticuerpos a la penicilina no es la molécula intacta de penicilina la que reacciona con la proteína para formar el antígeno completo sino sus productos de degradación. Uno de los derivados de la penicilina más reactivos es el ácido penicilínico, el cual reacciona con residuos de lisina para formar el principal determinante antigénico.

Este determinante constituye más del 95% de los conjugados hapteno proteína de penicilina. (9)

Antes de avanzar más sobre este tema nos detendremos a dar una mirada a lo que es en sí la construcción del origen del hapteno que como estamos viendo juega un papel importante en la estructuración de toda esta interacción.

Así la albúmina de cualquier mamífero, excepto la humana es antigénica para el hombre cuando se la introduce parenteralmente, llega a ocurrir, inclusive que ciertas proteínas del propio individuo, las cuales en condiciones normales nunca se encuentran en su circulación, funcionen como antígenos es decir desencadenan un fenómeno de autoinmu

nidad. Los antígenos no solo macromoléculas provenientes de los microorganismos patógenos sino también pueden ser diversas macromoléculas extrañas.

Aunque en general las moléculas pequeñas no determinan la formación de anticuerpos, cuando se unen a ciertas macromoléculas se vuelven muy antigénicas; en este caso, el anticuerpo está dirigido específicamente hacia la molécula pequeña llamada hapteno. (6)

Teniendo ahora la idea más clara del papel desempeñado por el hapteno tomaremos de nuevo el rumbo hacia la estructuración de la alergia medicamentosa de la penicilina.

Los anticuerpos median las reacciones de urticaria acelerada y retardada y en varias reacciones cutáneas maculopulares y eritematosas. El restante 5% de penicilina consta de proteínas conjugadas con otras partes de penicilina (por ejemplo ácido penicilinoico) o de derivados no penicilínicos del ácido penicilénico. Estos determinantes antigénicos menores, así llamados debido a su poca abundancia son en realidad el origen de la mayor parte de las reacciones alérgicas de inicio inmediato. El síndrome de artralgia recurrente asociado con la penicilina también pa

rece estar mediado por estos determinantes menores. (9)

- Tetraciclina -

Se ha informado de reacciones alérgicas y de hipersensibilidad, incluyendo erupción cutánea y fiebre, al seguir terapéuticas con tetracilinas, se ha informado de reacciones epidérmicas en individuos tratados con declomicina.

Llegado este punto es de tomar en consideración el - - hecho de tener firmemente diferenciado, una reacción tóxica y un efecto alérgico y por supuesto el efecto secundario que en algunos medicamentos suele ser utilizado con fines positivos. Ahondaremos un poco en este aspecto dando - un pequeño recordatorio sobre las definiciones de todos estos conceptos.

- Reacciones de Idiosincracia.

Una reacción de este tipo es "una respuesta anormal a un - fármaco determinado genéticamente". (5)

- Alergia Intrínseca.

Se observa después de la inyección, inhalación o ingestión de algún material fármaco, polen o alimento. (5)

- Alergia por contacto.

Exposición anterior a un compuesto determinado o a una - -
sustancia química relacionada. (5)

- Enfermedad del suero.

Describe un patrón alérgico característico que no solo es-
causado por suero, sino por productos biológicos como los-
toxoides para la difteria y el tetano, vacunas bacterianas
y virales y algunos fármacos. (5)

Para terminar de dar un concepto sobre la sintomatolo-
gía de las alergias solamente tocaremos el punto de aler-
gias en la persona "alérgica".

Algunas personas tienen tendencia "alérgica" este fe-
nómeno se transmite genéticamente de padres a hijos, y se
caracteriza por la presencia de grandes cantidades de anti-
cuerpos IgE estos anticuerpos le llaman reaginas o anti --
cuerpos sensibilizantes para distinguirlos de los anticuer-
pos IgG más comunes. Cuando un alérgeno (definido como un-
antígeno que reacciona específicamente con un tipo especí-
fico de anticuerpo, reagina IgE) penetra en el cuerpo tie-
ne lugar una reacción de alérgeno-reagina y, más tarde una
reacción alérgica.

Como señalamos antes a propósito de la inmunidad los anticuerpos IgE (reagina) se unen a todas las células del cuerpo por lo tanto reacción antígeno-anticuerpo lesionan las células. El Resultante son tipos anafilactoides de reacciones inmunes. Esto resulta fundamentalmente de la ruptura de eosinófilos y basófilos cuando el alérgeno (antígeno) reacciona contra las reaginas unidas a estas células. Esta reacción provoca ruptura de las células, seguida de liberación de histamina substancia anafiláctica de reacción lenta substancia quimiotáctica eosinófila, enzimas lisosómicas y otras substancias menos importantes.

Entre los diferentes tipos de reacción alérgica de este tipo están los siguientes:

- Anafilaxia: Cuando un alérgeno específico se introduce directamente en la circulación, puede reaccionar en áreas muy dispersas del cuerpo con los basófilos de la sangre y las células cebadas localizadas inmediatamente por fuera de los pequeños vasos sanguíneos. En consecuencia, el tipo anafiláctico de reacción produce en todas partes, la histamina liberada hacia la circulación, provoca amplia vasodilatación periférica, así como el aumento de permeabilidad de los capilares y pérdida intensa del plasma, que sale de

la circulación.

Muchas veces las personas que experimentan esta reacción mueren de choque circulatorio en pocos minutos. Pero las células también liberan la sustancia llamada sustancia de reacción lenta anafiláctica, que en ocasiones origina espasmos del músculo liso de bronquiolos, desencadenando una crisis que parece asma. (5)

- Urticaria: La urticaria resulta de un antígeno que penetra en zonas cutáneas específicas provoca reacciones anafiláctoides localizadas. La histamina liberada localmente provoca:

- a).- Vasodilatación que origina una inmediata zona de enrojecimiento.
- b).- Aumento de permeabilidad de los capilares, que causa hinchazón de la piel al cabo de otros minutos, las hinchazones suelen llamarse "pápulas de urticaria". - La administración de antihistamínicos antes de la exposición impide la producción éstas pápulas. (5)

- Fiebre del Heno: En la fiebre del Heno la reacción del alérgeno reagina tiene lugar en la nariz. La histamina liberada en respuestas a esto provoca dilatación capilar con

aumento, también de la permeabilidad capilar. Ambos efectos causan rápido escape de líquido hacia los tejidos de la nariz, y las mucosas nasales se hinchan y secretan. (5)

- Asma: En el asma la reacción de alérgeno-reagina tiene lugar en los bronquiolos de los pulmones. Aquí el producto más importante liberado, por las células cabadas parece ser la sustancia anafiláctica de reacción lenta, que provoca espasmos del músculo liso bronquilar. En consecuencia, la persona tiene dificultad para respirar hasta que desaparecen los productos reactivos de la reacción alérgica.

Por desgracia la administración de antihistamínicos tiene poco efecto sobre el curso del asma, porque la histamina no parece ser el factor principal que desencadena la reacción asmática. (5)

Quisiéramos terminar el capítulo con uno de los medicamentos más consumidos por el siglo XX, el cual a consecuencia de su uso generalizado y la baja incidencia de las reacciones alérgicas, muchas veces no se le tiene en cuenta como causa de alergia. La alergia de la aspirina puede adoptar varias formas pero suele expresarse por edema angioneurótico (tumefacción edematosa de un área localizada,

como párpado. Las localizaciones más comunes son párpados, labios, lengua y glotis, aunque puede ocurrir en casi cualquier parte del cuerpo) o asma. Aunque el edema puede ser la lesión primaria, muchas veces la glotis participa una vez que se edematizan otras regiones, como los labios o la lengua. Dada la posibilidad de que se obstruya la vía aérea por la tumefacción de la glotis, el edema angioneurótico debe reconocerse y tratarse inmediatamente cualquiera que fuese su localización. (7)

Otro aspecto interesante del edema angioneurótico es que la lesión labial se puede confundir fácilmente con un absceso periapical en un diente próximo cuando el labio se hincha a causa de un absceso periapical se palpa una tumefacción continua hasta el área periapical del diente.

C A P I T U L O . . . I I I

HANEJO DE LAS REACCIONES ALERGICAS.

CAPITULO III

MANEJO DE LAS REACCIONES ALERGICAS.

El manejo de las reacciones alérgicas se complica toda vía más porque la boca es una reacción corporal con una gran carga psíquica y en consecuencia, suscita muchos episodios emocionales de síncope, como el síncope implica un trastorno del sistema vascular periférico, al principio no se puede diferenciar de otras alteraciones vasculares periféricas de causa alérgica o tóxica.

Tras el minucioso interrogatorio de muchos pacientes que decían ser alérgicos a diversos analgésicos locales, este autor comprobó que muchas veces los síntomas y signos fueron idénticos a los de un intenso episodio sincopal. Hay que ser muy cauteloso para rotular de "alérgico" a este tipo de paciente sobre la base de signos y síntomas poco concluyentes. La probabilidad de que el paciente necesite un analgésico local es tan grande, que siempre que se sospeche alergia a un agente de esta naturaleza se debe hacer una evaluación muy cuidadosa antes de emitir un juicio al respecto. (7)

Aunque las alergias farmacológicas no siempre pueden evitarse, su frecuencia puede reducirse al mínimo observando las siguientes precauciones:

- 1.- Hacer historia clínica adecuada. Si un paciente tiene antecedentes de probable alergia farmacológica, es importante descubrir la identidad de la preparación que la inicia y decidir si la reacción en realidad corresponde a la etiología inmunitaria.
- 2.- Evitar el fármaco ofensor y compuestos que presentan reacciones cruzadas. Un paciente que es alérgico a un fármaco o sus congéneres otra vez, a menos que sea muy necesario en el tratamiento médico.
- 3.- Evitar la administración inadecuada de los fármacos. En un estudio realizado al revisar la causa de muerte de 30 pacientes por penicilina, se descubrió que no estaba indicado el antibiótico, en más del 50% de los casos estudiados.
- 4.- Utilizar de preferencia la vía bucal y evitar la tóptica. En base a estudios cuantitativos, las vías bucal y tópica han demostrado ser, respectivamente lo menos y;

la más alergénica para la administración de fármacos. (9)

5.- Solicitar pruebas alérgicas cuando se considere conveniente. Aunque estos métodos son casi siempre poco confiables y pueden ser peligrosos. Las reacciones cutáneas para alergia a la penicilina han demostrado ser de gran utilidad diagnóstica y se ha tenido también éxito en este aspecto en relación con los anestésicos locales. Las pruebas alérgicas pueden ser necesarias cuando no hay alternativa para investigar el efecto del fármaco. (9)

El seguir fielmente estas recomendaciones ha reducido la frecuencia de reacciones alérgicas a fármacos. Es estimulante observar que el uso más prudente en la penicilina en los últimos años han permitido disminuir la mortalidad a éste fármaco que una vez fue tan alta como 500 por año. (9)

Como las pruebas para investigar alergia no son del todo confiables, el antecedente de reacciones alérgicas en el paciente adquiere gran importancia. Si el paciente no refiere reacciones alérgicas a los medicamentos que se le

podrían dar no hace falta realizar ensayos adicionales, y si se menciona una reacción alérgica para un medicamento susceptible de ser sustituido por otro, tampoco se requieren nuevas pruebas, por fortuna la mayoría de las medicaciones que se emplean en odontología tienen substitutos adecuados.

Por ejemplo, la penicilina se puede substituir por la eritromicina, y en lugar de procaína se puede dar lidocaína, en raros casos, empero el paciente menciona alergias a casi cualquier medicación o a todos los analgésicos locales etc. Muchas veces con una anamnesis y una investigación minuciosa se descubre que el paciente exagera o se le ha dicho que es alérgico a ciertas medicaciones, cuando en realidad sus reacciones no eran alérgicas. Esto es común en los casos en que el paciente tuvo episodios de lipotimia asociados con la analgesia local o experimentó náuseas al recibir un analgésico. No obstante, los antecedentes indican que se podrían dar medicaciones a las cuales el paciente sea alérgico, se deben realizar pruebas para la alergia. (7)

Un enfoque práctico consiste en empezar con la prueba del radioalegosorbente (rast) ensayo in vitro para los an-

ticuerpos ragíncios (IgE) frente a un antígeno específico. El RAST es el método in vitro más práctico que existe hasta ahora para ensayar las alergias del tipo humoral (inmediatas, atópicas). Lo apropiado sería un panel RAST con varios agentes para la clase de medicaciones que se desean investigar. Por ejemplo, el panel de analgésicos locales podría comprender metilprabena (preservativo de uso común), lidocaína, prilocaína, procaína, etc. y el panel de anti-bióticos podría estar constituido por penicilina G, ampicilina, finiximetilpenicilina (penicilina V) nafcilina, cefalexina, eritromicina, tetraciclina y clindamicina.

Aunque el RAST suele concordar bien con la respuesta clínica a una droga, no es del todo predictiva; por lo tanto, el siguiente paso lógico a una vez que el RAST sugiere las medicaciones menos alergénicas, es hacer una prueba cutánea. (7)

En primer término se efectúa una prueba de escarificación o de micropuntura. En la primera se raspará la epidermis sin que llegue a emanar sangre de la superficie palmar del antebrazo, y a continuación se aplica sobre la piel escarificada una solución diluida del agente por investigar. La solución debe haber sido diluida en relación con la pro

bable gravedad de la reacción que puede ocurrir. En el caso de la penicilina, por ejemplo, la dilución sería 5 a 1000 unidades/ml. de acuerdo con los antecedentes y resultados del RAST.

Algunos prefieren la micropuntura en lugar de la escarificación. En la micropuntura se deposita una gota de la solución de prueba en el antebrazo y se punza la piel a través del líquido. Si la prueba de la escarificación o micropuntura da resultado positivo, se forma una pápula o mancha eritematosa en cuestión de 20 minutos, si sobreviene reacción sistemática, se aplicará un lazo en un sitio más proximal que el de la prueba (aunque esto es de dudosa utilidad) y se administrarán adrenalina y otras drogas, tal como se describen más adelante en este capítulo. Si se da primero una solución muy diluida, como 5 unidades de penicilina por ml. y el resultado es negativo, la prueba se repetirá con una solución más concentrada (10.000 U/ml. por ejemplo). (7)

Si la prueba de la escarificación o micropuntura es negativa, convendría hacer una reacción intradérmica, para ello se inyecta una minúscula cantidad de solución de prueba (unos 0.02 ml.) en la epidermis del antebrazo y se ob -

serva si a los 20 minutos aparece una reacción eritematopulosa.

Si las pruebas cutáneas son negativas, es razonable comprender la administración juiciosa de la droga, pero recordando que las reacciones intradérmicas no son del todo confiables.

Las reacciones cutáneas pueden dar resultados falsos de varias maneras, por ejemplo, si el material de prueba es viejo y contiene sustancias formadas por degradación de la penicilina que se fijan con facilidad a las proteínas, (como comentamos arriba), sería fácil causar una respuesta alérgica positiva, mientras que el producto terapéutico podría ser fresco y no contener tales sustancias de degradación del mismo modo el diluyente del material de prueba puede contener una sustancia alergénica que no existe en el material terapéutico, o a la inversa.

El producto fresco y puro, por lo tanto, daría una prueba de escarificación negativa porque no contiene productos de degradación, pero al colocarlo en el tejido corporal puede degradarse y formar un material antigénico que suscita una reacción grave, por esta causa, convendría --

emplear sustancias, como peniciloilpolisina y mezcla de determinantes menores por vía intradérmica después de la prueba de escarificación, de las consideraciones precedentes se deduce la razón por la cual la prueba de la escarificación no es totalmente segura. (7)

El ensayo de drogas en las mucosas, aunque es similar a la prueba de escarificación suele ser mucho más peligroso por que la mayoría de las drogas se absorben con mayor facilidad a través de las mucosas que a partir de la piel y además, no se puede aplicar el lazo para imitar la circulación en las regiones donde hay mucosas. La prueba indirecta de la degranulación de los basófilos se usa menos desde el advenimiento del RAST, pero su mecanismo es el siguiente: en presencia de una reacción antígeno-anticuerpo, los basófilos de conejo o de seres liberan gránulos cargados de histamina. Esta modificación de los basófilos se puede calibrar a grandes rasgos si se tiene experiencia en citología, pero es lamentable que su lectura diste de sencilla y que los resultados no sean perfectos. Esta prueba es útil para estudiar al paciente que ha sufrido una reacción alérgica cuando tomaba varias drogas.

La prueba de la transferencia pasiva (de prausnitz-kus

tner) también permite identificar la sustancia causal existen varias posibilidades, para ello se inyecta suero del paciente en la dermis de una persona o de un mono que no sea alérgico y con la posteridad se ensayan en este sitio las sustancias de prueba. Si el resultado es positivo, se forma generalmente una placa eritematopapulosa al introducir un agente causal. (7)

- Tratamiento -

Muchos determinados por otras causas simulan alergia, y a veces es imposible establecer un diagnóstico diferencial rápido entre las causas alérgicas y las de otro tipo; en consecuencia el tratamiento inmediato podría ser, en esencia asintomático, pero, por fortuna, este tratamiento suele ser inocuo y eficaz. (7)

Al ocuparnos de los fenómenos alérgicos muchas veces hablamos de reacciones peligrosas para la vida. Como algunas reacciones son o pueden terminar siendo problemas de mucha gravedad, es importante que se adopten procedimientos muy bien estudiados, teniendo esto en mente, hemos sugerir procedimientos terapéuticos de la máxima inocuidad. No hace falta decir que muchas situaciones que mencionamos

a continuación requieren atención médica después del tratamiento de emergencia inicial. (7)

ESQUEMA DEL TRATAMIENTO INMEDIATO DE LA ALERGIA.

1. Problemas circulatorios: Como al principio puede no ser evidente la etiología de una depresión circulatoria, hacemos aquí un enfoque terapéutico sintomático.
 - A. Palidez. Se produce rápidamente como sigue (con un equipo de varias personas, si es posible):
 1. Posición en decúbito dorsal.
 2. Piernas elevadas.
 3. Toma del pulso (carotídeo por dentro del músculo esternocleidomastoideo): si no hay, se emprende la resurrección cardíaca.
 4. Oxígeno.
 5. Presión sanguínea. Si la sistólica está por encima de 80, se continúa este tratamiento, salvo lo siguiente: si la presión baja durante más de unos minutos o si se sospecha alergia, o si hay antecedentes de considerable hipertensión o arteriosclerosis, se recurre al tratamiento para

"circulación inadecuada" y se llama a otro profesional en consulta.

B. Circulación inadecuada (mientras un integrante del equipo llama en consulta a un profesional):

1. Seguir dando oxígeno.

2. Vasopresor.

a) Probable origen alérgico (caracterizado por signos de alergia o porque se dió una droga alérgica momentos antes de la reacción).

Dar en primer término adrenalina:

1:1000, 0.125 ml. (0.01 mg/kg sin exceder. .025 mg/kg. continuar con difenhidramina (benadryl) oral o IM 25 a 50 mg. (5mg/k/24 hrs. sin exceder 300 mg.

b) Probable origen no alérgico.

Si se conoce la etiología del problema circulatorio el tratamiento debe ser lo más específico posible.

c) Paro cardíaco. No hay pulso (se toma en la carótida). Se emprende inmediatamente la resurrección cardíaca a cielo cerrado, con respiración artificial. Dese adrenalina enseguida si la causa es alérgica.

II. Insuficiencia respiratoria. Dese oxígeno y verifíquese si la vía aérea está libre.

A. Leve. Dese metraprotereno1 (Alupent) o equivalente, Una inhalación, y espérese 2 minutos. Se pueden repetir dos inhalaciones más si es necesario.

B. Grave.

1. Adrenalina, 0.3 mg. (0.3 ml. al 1:1000) IM; repítase según sea necesario.

2. Sígase con un antihistamínico: difenhidramina (benadryl) 25 a 50 mg. IM o IV, según necesidad.

III. Reacciones cutáneas (urticaria o edema angioneurótico): manténgase en observación varias horas.

A. Comienzo lento, una hora o más desde la administración de la droga causal.

Dese un antihistamínico. Se puede empezar con un preparado oral como difenhidramina (benadryl) 25 a 5/mg/kg/24 hrs. hasta 300 mg. como dosis máxima.

IV. Gran excitación o convulsiones de repetición.

Las convulsiones alérgicas suelen obedecer a trastornos circulatorios o respiratorios. Trátense estos pro-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

blemas como corresponda.

Cuando se emplee una máscara facial completa, vigílese constantemente si hay emesis y si la vía respiratoria está libre.

Si con estas medidas las convulsiones no ceden o si hay que controlar la excesiva estimulación, se emplea: Diazepan (Valim) 0.3 mg/kg.

V. Vómitos en estado de inconsciencia.

Se bajan inmediatamente la cabeza y los hombros del paciente por debajo de la línea de la cintura, en decúbito ventral (no dorsal).

Manténgase abierta la boca elevando la frente del paciente.

C O N C L U S I O N E S .

A lo largo de ésta tesis hemos visto los tipos de reacciones alérgicas más comunes que suceden dentro del consultorio dental, así como de los principales signos y síntomas que son importantes para dar diagnóstico adecuado.

En el 1er. capítulo hablamos de la manera en que se desarrollan nuestros anticuerpos para manifestarse en nuestro organismo como "alergia" fue una explicación breve para tener una idea del mecanismo de defensa que tenemos.

En el 2o. capítulo hablamos de los diferentes tipos de alergia cuales son los más comunes en la práctica diaria - así como de los principales síntomas, es muy importante saber el tipo de reacciones que presenta el paciente para sacarlo del problema en ese momento, y no dar un diagnóstico equivocado y tal vez ya no tenga remedio nuestro error.

En el 3er. capítulo vimos las precauciones que debemos tener en nuestra práctica diaria, siendo que la historia clínica es una gran ayuda para nosotros darnos cuenta de lo que a nuestro paciente le podemos administrar y así evi

tar el fármaco al que el paciente le hace reacción, si no estamos seguros de que puede ser o no ser alérgico es mejor no arriesgar y mandar hacer prueba o simplemente en la actualidad existe una gran variedad de medicamentos que nos dan opción a escoger y así no correr riesgos hablamos también del tratamiento indicado para cada tipo de reacción así como sus dosis que debemos manejar en el paciente odontopediátrico, es importante saber la dosis y el medicamento que debemos administrar para cada tipo de reacción.

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

- 1.- Doerr, R. Allergy Die Immunitätsforschung, Ed. VIII. Spriger Wien 1951.
- 2.- Dunn J. Martin, et al. Farmacología Analgésica, Técnica de Esterilización y Cirugía Bucal en la Práctica Dental. 1a. Edición, México D. F. 1980. p.p. 12, 13, 68, 73. Editorial Manual Moderno.
- 3.- Farr, R.S. and Spector S.L. what is asthma in Petty, T.L. editor: the asthmatic Patient in trouble, Greenwich, Conn 1975 C.P.C. Communications, Inc.
- 4.- Finn B. Sidney. Odontología Pediátrica. 4a. Edición. Editorial Interamericana. México 1983 p.p. 376, 377.
- 5.- Guyton Arthur C. Tratado de Fisiología Médica. 5a. - edición. Nueva Editorial Interamericana S. A. de C. V. México, D. F. 1977 p.p. 84, 85.
- 6.- Laguna J., Piña Garza E. Bioquímica. Editorial Four - nier S. A. México, D. F. 3a. Edición 1981 p. 137.

- 7.- Mc. Carthy Frank II. Emergencias en Odontología. 3a. - Edición Argentina. Editorial El Ateneo. 1981.
- 8.- Middleton Elligtt. et al. Allergy principles and practice Vol. I Editorial The C. V. Mosby Company Snt. Louis 1984 p.p. 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- 9.- Heidle E. A., et al Farmacología y Terapéutica Odontológicas. Editorial Interamericana. 1a. Edición. México, D. F. p.p. 69, 70.
- 10.- Rose F. Louis, Hendler H. Barry. Medical Emergencies in Dental Practice. Quintessence Publishing Co. Inc. 1981 Printing and Binding. North Central Publishing Co. St. Puol Chicago Illinois. p. 120. (folletos)