

879522

16
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TERAPEUTICA DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE CAVIDAD BUCAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ABIGAIL GALLARDO ORTIZ



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



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.

Í N D I C E

P Á G.

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN+++++ | 5 |
| CAPÍTULO I | |
| PRINCIPIOS GENERALES EN EL USO DE ANTIGIO TICOS+++++ | 6 |
| CAPÍTULO II | |
| CUATRO CONCEPTOS DE USO FRECUENTE EN RE LACIÓN CON ANTIBIOCTI COTERAPIA+++++ | 10 |
| CAPÍTULO III | |
| FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LA PARED BAC- TERIANA (CÁPSULA)+++++ | 13 |
| CAPÍTULO IV | |
| FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LA SÍNTESIS-- DE PROTEÍNAS. CLORAMFENICOL Y TETRACICLINAS+++++ | 27 |
| CAPÍTULO V | |
| FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LA MEMBRANA CELULAR+++++ | 43 |
| CAPÍTULO VI | |
| INFECCIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL+++++ | 47 |

| | |
|------------------------|----|
| CAPÍTULO VII | |
| DIEZ ANTIBIÓTICOS PARA | |
| ODONTOLOGÍA | 75 |
| CONCLUSIONES | 86 |
| BIBLIOGRAFÍA | 88 |

I N T R O D U C C I Ó N

EL USO TAN INDISCRIMINADO DE LOS ANTIBIÓTICOS POR PARTE DE MEDICOS ODONTÓLOGOS, HOSPITALES Y PÚBLICO EN GENERAL, HA-CREADO RESISTENCIAS BACTERIANAS, LAS CUALES NO PODEMOS COMBA-TIR MUCHAS DE LAS VECES CON DOSIS MEDIAS DE ANTIBIÓTICOS, -- QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS ACTUARÍAN DE MANERA RÁPIDA Y EFI-CAZ CONTRA UN MICROORGANISMO DADO.

EL MANEJO DE ANTIBIÓTICOS A NIVEL ODONTOLOGÍA NO DEBE -SER LA EXCEPCIÓN DE LAS REGLAS COMUNES A OTROS ELEMENTOS TE-RAPÉUTICOS, POR LO TANTO ES INDISPENSABLE AL ADMINISTRARLOS, CONOCER SU FARMACOLOGÍA, VÍAS DE ADMINISTRACIÓN, INDICACIO--NES Y CONTRAINDICACIONES.

ADEMÁS CONSIDERO QUE EN ODONTOLOGÍA, PODEMOS USAR UN PE-QUEÑO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS, EN EL CUAL ESTARÁN INCLUIDOS--- LOS MEDICAMENTOS REPRESENTATIVOS DE CADA GRUPO, Y MÁS USUA--LES EN LA TERAPÉUTICA ESTOMATOLÓGICA, SIN QUE POR ESTO SE --DISMINUYA EL ÉXITO DE UN TRATAMIENTO.

ASIMISMO, EL USO DE ESTE SELECTO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS, NOS AYUDARÁ A CONTROLAR SU DOSIFICACIÓN Y LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN SURGIR CON SU ADMINISTRACIÓN.

CAPÍTULO I

PRINCIPIOS GENERALES EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS.

NO ES POSIBLE EMITIR UNA SERIE DE REGLAS QUE LLEVEN A LA ELECCIÓN DE UN ANTIMICROBIANO IDEAL FRENTE A CADA PACIENTE INFECTADO. CABE, EN CAMBIO, PROCEDER A SEÑALAR LAS CARACTERÍSTICAS QUE SE BUSCARÍAN EN UNA DROGA ANTIBACTERIANA PERFECTA. ASÍ CUANDO SE TENGA EL PROBLEMA DE ELEGIR ENTRE VARIOS MEDICAMENTOS, SE PODRÁ ESCOGER AQUEL QUE MAS SE APROXIME AL "ANTIBIÓTICO IDEAL". ESTAS CARACTERÍSTICAS SON:

- 1.- SER BACTERICIDA.
- 2.- POSEER UN ASPECTO LO MÁS ESTRECHO POSIBLE MIENTRAS--
AÚN INCLUYA AL MICROBIO INFECTANTE.
- 3.- NO SER TÓXICO. ACTUAR DE PREFERENCIA EN ESTRUCTU--
RAS DEL MICROBIO Y NO EN LAS DEL ENFERMO.
- 4.- ADMINISTRACIÓN POR CUALQUIER VÍA.
- 5.- SER ESTABLE Y CONSERVARSE POR LARGOS PERÍODOS SIN--
PRECAUCIONES ESPECIALES.
- 6.- "SER ESPECÍFICO PARA ODONTOLOGÍA".

ACCIÓN.

SI SE RECUERDA QUE LA ÚNICA FORMA DE CURAR UNA INFECCIÓN ES POR LA FAGOCITOSIS DEL PARÁSITO Y SU DIGESTIÓN INTRACELULAR, SE VUELVE OBVIO QUE ESTO SE LOGRARÁ MUCHO MÁS FÁCILMENTE SI SE REDUCE EL NUMERO DE BACTERIAS Y NO SOLAMENTE SE DETIENE SU CRECIMIENTO CON UN BACTERIOSTÁTICO.

ESTO ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE CUANDO HAY UNA INFECCIÓN GRAVE O UN PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES.

ESPECTRO.

LA ELECCIÓN DEL ANTIBIÓTICO CON EL ESPECTRO MÁS ESTRECHO QUE SEA POSIBLE EN CADA CASO PARTICULAR, TIENE POR OBJETO MODIFICAR LA FLORA BACTERIANA DE PIEL, NASOFARINGE, TUBODIGESTIVO Y PERINE, LO MENOS POSIBLE, EVITANDO ASÍ MUCHAS SUPERINFECCIONES POR GÉRMENES OPORTUNISTAS. SE TEME EN PARTICULAR A LAS SUPERINFECCIONES POR ESTAFILOCOCO, PSEUDÓMANAS, HONGOS Y MÁS RECIENTEMENTE POR KLELASIELLA O POR SERRATIA.

TOXICIDAD.

LA ABSOLUTA CARENCIA DE TOXICIDAD ES UN IDEAL NO ALCANZADO HASTA AHORA. SIN EMBARGO, SI SE PUEDE PEDIR QUE EXISTA UN MARGEN MUY AMPLIO ENTRE LA DOSIS MÍNIMA O BACTERICIDA Y LA DOSIS MÍNIMA TÓXICA. ESTO, QUE ES SOLAMENTE UNA PREFERENCIA EN MUCHAS INFECCIONES, ES IMPERATIVO CUANDO SE NECESITA ALCANZAR CONCENTRACIONES ALTAS DE LA DROGA EN UN SITIO DE DÍFICIL ACCESO.

ASIMISMO, CUANDO SE INTENTA TRATAR UNA INFECCIÓN POR UN-
GERMEN DE SENSIBILIDAD MUY VARIABLE (COMO E COLI, PROTENSI, --
ETC.) ES IMPERATIVO ACTUAR CON UN MEDICAMENTO QUE SE PUEDA --
DAR EN DOSIS VARIAS VECES SUPERIORES A LA MÍNIMA RECOMENDADA.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

I. UTILIDAD DE CONTAR CON UN ANTIMICROBIANO QUE SE PUEDA
ADMINISTRAR POR CUALQUIER VÍA, ESTIBA EN LA POSIBILIDAD DE--
SU APLICACION PARENTERAL CUANDO HAY DIARREA O VOMITO Y LA DE-
MITARSE LAS INYECCIONES A PACIENTES CON INFECCIONES LEVES O-
CON TRATAMIENTOS MUY PROLONGADOS.

CLASIFICACIÓN.

SE PIENSA QUE LA LISTA YA GRANDE Y AÚN CRECIENTE DE DRO-
GAS ANTIMICROBIANAS HACE IMPOSIBLE CONOCERLAS A TODAS. ESTO
ES CIERTO, PERO NO TIENE MUCHA IMPORTANCIA SI SE PUEDE HACER--
UNOS CUANTOS GRUPOS CON ESTAS DROGAS Y SI EL MÉDICO APRENDE--
A CONOCER Y A UTILIZAR 2 ó 3 MEDICAMENTOS DE CADA GRUPO. ESTO
ES PRÁCTICO, PUESTO QUE EN GENERAL LOS ANTIBIÓTICOS DE ESTRU-
CTURA QUÍMICA SEMEJANTE TIENEN TAMBIÉN UN ESPECTRO SEMEJANTE.

SE PUEDE AGRUPAR A LOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS DE--
ACUERDO CON EL MECANISMO DE SU ACCIÓN SOBRE EL MICROORGANISMO
CORRESPONDIENTE. EN ESTA FORMA SE INTEGRAN SOLAMENTE 4 GRU-
POS. (DIBUJO DE LA PÁGINA SIGUIENTE).

DEBE OBSERVARSE QUE LOS ANTIMICROBIANOS DE LOS 3 PRIMEROS GRUPOS TAMBIÉN ACTÚAN SOBRE ESTRUCTURAS QUE ESTÁN PRESENTES EN EL SER HUMANO Y POR LO TANTO TODOS ELLOS SON TÓXICOS A DOSIS-- POCO SUPERIORES A LAS EMPLEADAS COMUNMENTE. TODO LO CONTRA-- RIO DEL 4o. GRUPO, EL CUAL PUEDE SER TOLERADO EN DOSIS VARIAS-- VECES SUPERIORES A LA COMÚN.

D.N.A.

CÉLULA HUMANA

SULFAMIDAS
NITROFURANOS
AC. NALÍDIXIO
GRISEOFULVINA
NOVOBROCINA

CÉLULA BACTERIANA

SÍNTESIS DE PROTEÍNAS

CLERAMFENICOL
TETRACICLINAS
RIFAMICINAS
AMINOGLUCÓSIDOS
MARÓLIDOS

M E M B R A N A

BACITRACINA
TIROFRICINA
NISTATINA
ANFOTERICINA B
POLIMIXINAS

P A R E D

PENICILINAS (NATURAL Y SINTÉTICA).
CEFALOSPORINAS
CICLOSERINA

CAPÍTULO 11

CUATRO CONCEPTOS DE USO FRECUENTE EN RELACIÓN CON ANTIBIOTICOTERAPIA.

SINERGISMO.

SE PUEDE HABLAR DE SINERGISMO ENTRE DOS DROGAS ANTIMICROBIANAS CUANDO EL USO DE SU COMBINACIÓN DÁ RESULTADOS MEJORES-- QUE LOS ESPERADOS SIMPLEMENTE POR LA SUMA DE SUS EFECTOS. EN PARTICULAR SE JUSTIFICA HABLAR DE SINERGISMO CUANDO SE HA COMPROBADO EN EL LABORATORIO QUE LA SENSIBILIDAD DE UN GERMEN ES-- MUCHO MAYOR A LA COMBINACIÓN QUE A CUALQUIERA DE LOS MEDICAMEN-- TOS EN FORMA AISLADA.

ESTE FENÓMENO SOLO SE HA OBSERVADO CON LA ASOCIACIÓN DE 2 DROGAS BACTERICIDAS.

ANTAGONISMO.

ESTE FENÓMENO SE HA OBSERVADO PARTICULARMENTE EN CONDICIONES EXPERIMENTALES, SIEMPRE ENTRE UN ANTIBIÓTICO BACTERIOSTÁTICO Y OTRO BACTERICIDA Y PARECE TENER, EN GENERAL, POCA IMPORTANCIA PRÁCTICA.

PROFILAXIS.

MUCHO SE HA ABUSADO DE ESTE CONCEPTO. LOS ESTUDIOS SERIOS EN LOS QUE SE COMPARA MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFECCIOSA-- EN GRUPOS DE ALTO RIESGO ENSEÑAN QUE EL DAR ANTIBIÓTICOS PARA--

LA PROFILAXIS DE PROCESOS INFECCIOSOS NO (PREVIENE) REDUCE LA MORBILIDAD INFECCIOSA. LO ÚNICO QUE SI SUCEDE ES QUE LOS PACIENTES INFECTADOS EN EL GRUPO CON PROFILAXIS, LO SON CON GÉRME-
--
NOS EXISTENTES A MUCHOS MEDICAMENTOS Y POR LO TANTO, LA MORTALIDAD ES MAYOR EN ESTE GRUPO. DEBE ACLARARSE QUE CUAN-
DO SE ADMINISTRA UN ANTIBIÓTICO DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN CON-
TIEMPO NECESARIAMENTE SÉPTICO (POR EJEMPLO: EXTRACCIÓN DENTAL POR ABSCESO APICAL, CIRUGÍA DE TRAUMATIZADOS, ETC.), NO SE ES-
TA HACIENDO PROFILAXIS, SINO QUE SE ESTÁ TRATANDO LA BACTERE-
MIA QUE SEGURAMENTE EXISTE, ANTES DE QUE ESTA DÉ MANIFESTACIONES CLÍNICAS. EN TAL CASO CONVIENE ESCOGER EL ANTIBIÓTICO A UTILIZAR DE ACUERDO CON LA FLORA NORMAL DEL SITIO OPERADO O--
BIEN DE ACUERDO CON EL GERME AISLADO DE LA LESIÓN QUE LLEVÓ--
A LA CIRUGÍA.

HAY UNA EXCEPCIÓN A LO DICHO HASTA AHORA, EN PACIENTES -
CON FIEBRE REUMÁTICA COMPROBADA (SIEMPRE CON DAÑO CARDÍACO), -
SE DEBE EVITAR NUEVAS INFECCIONES POR ESTREPTOCOCCO B HEMOFÍLICO g, A Y EN CONSECUENCIA ESTÁ INDICADO HACER PROFILAXIS DE--
LAS MISMAS CON PENICILINA, O CON SULFANAMIDAS DE ACCIÓN PRO--
LONGADA EN CASOS DE ALERGIA A LA PRIMERA.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBACTERIANO.

CONVIENE SEPARAR LAS NORMAS PARA AQUELLOS CASOS EN QUE -
SE CREE HABER FRACASADO CON EL PRIMER TRATAMIENTO Y AQUELLOS--
EN LOS QUE TUVO ÉXITO.

PARA CONSIDERAR QUE SE HA FRACASADO CON UN ANTIMICROBIANO, SE DEBE DEJAR PASAR CUANDO MENOS 48 HORAS EN CASOS AGUDOS Y UNA SEMANA EN CASOS CRÓNICOS. NO SE DEBE CAMBIAR DE TRATAMIENTO, PORQUE NO SE OBSERVA UNA RESPUESTA FAVORABLE EN PERÍODOS DE --- TIEMPO MÁS CORTOS QUE ÉSTOS. ADEMÁS SI EN GENERAL SERÍA PREFERIBLE INICIAR UN PRIMER TRATAMIENTO CON COMPROBACIÓN BACTERIOLÓGICA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN, ES ABSOLUTAMENTE IMPERATIVO TENER UN DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO ANTES DE CAMBIAR A UN SEGUNDO TRATAMIENTO.

EN CUANTO AL PACIENTE EN EL QUE SE HA TENIDO ÉXITO CON EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO, SE DEBE CONTINUAR ESTE POR 2-3 DÍAS DESPUÉS DE QUE HAN DESAPARECIDO LAS MANIFESTACIONES DE LA INFECCIÓN. ESTO ES DOBLEMENTE IMPORTANTE CUANDO SE HA UTILIZADO MEDICAMENTOS BACTERIOSTÁTICOS.

FINALMENTE HAY SITUACIONES EN QUE LA INFECCIÓN ESTÁ EN UN SITIO PROTEGIDO DE LOS FAGOCITOS. EN TALES CASOS EL TRATAMIENTO DEBE SER MUCHO MÁS PROLONGADO.

CAPÍTULO III

FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LA PARED BACTERIANA (CÁPSULA).

PENICILINAS.

ESTAS COMPRENEN UN GRAN GRUPO DE SUSTANCIAS QUE COMPARTEN UN NÚCLEO QUÍMICO COMÚN, EL ÁCIDO 6-AMINOPENICILÍNICO, Y UN MO-DO COMÚN ANTIBACTERIANO, LA SÍNTESIS DE LA SÍNTESIS DE LA PARED CELULAR.

LA PENICILINA FUÉ DESCUBIERTA CASUALMENTE POR FLEMING EN-- 1929 CUANDO OBSERVÓ QUE CULTIVOS DE ESTREPTOCOCOS SE LISARON AL CONTAMINARSE CON HONGOS PENICILINA. SUS ESFUERZOS POR EXTRAER LA SUSTANCIA FALLARON Y EN 1940 CHAIN, FLOREY Y Co. LOGRARON -- PRODUCIR CANTIDADES SIGNIFICATIVAS DE PENICILINAS A PARTIR DE - CULTIVOS DEL HONGO PENICILLIUM NOTATUM. SE OBTUVIERON VARIOS- PRODUCTOS DE FERMENTACIÓN QUE SE DENOMINARON PENICILINAS G, F,- K, X, O, ETC. Y DE ESTOS SE COMPROBÓ QUE LA PENICILINA G ERA LA MEJOR Y DESCONTINUARON LAS DEMÁS.

LAS 2 LIMITACIONES DE LA PENICILINA G ERA SU SENSIBILIDAD- A LA DESTRUCCIÓN POR B LACTAMASA Y SU RELATIVA INACTIVIDAD CON- TRA BACTERIAS G. POR LO QUE EN 1950 CHAIN, ROLINSON Y BATCHE- LOR, LLEVARON A CABO ESTUDIOS CON LOS CUALES SE LLEGÓ A SINTETI

ZAR O AISLAR MAS BIEN EL ÁCIDO 6-AMIUPPENICILÁMICO CON LO QUE NACEN LAS PENICILINAS SEMISINTÉTICAS.

LAS PENICILINAS CLÍNICAMENTE IMPORTANTES CAEN DENTRO DE 3 GRUPOS PRINCIPALES:

- a) ALTA ACTIVIDAD CONTRA g+ SENSIBLES A LA PENICILINASA (PENICILINAS, G, U Y BENZATÍNICA).
- b) ACTIVIDAD POCO MENOR CONTRA BACTERIAS G+ PERO RESISTENTES A PENICILINASA (ej NALCILINA).
- c) AMPLIO ESPECTRO CONTRA G+ Y G- INACTIVADAS POR PENICILINASA (AMPICILINA Y CABONICILINA).

A) ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

LAS PENICILINAS INHIBEN ESPECIFICAMENTE LA SÍNTESIS DE LAS PAREDES DE LAS CÉLULAS BACTERIANAS QUE CONTIENEN UN PEPTIDOGLUCANO. LA PENICILINA PUEDE INHIBIR LA TRANSPEPTIDACIÓN DE ENLACE CRUZADO TERMINAL DE LOS GLUCOPÉPTIDOS LINEALES, BLOQUEANDO LA SÍNTESIS DE PEPTIDOGLUCANO. CON ESTO LAS BACTERIAS O SE LISAN O SE TRANSFORMAN EN PROTOPLASTOS O EN BACTERIAS CARENTES DE PARED.

B) RESISTENCIA.

LA RESISTENCIA A LAS PENICILINAS CAE DENTRO DE VARIAS CATEGORÍAS:

- a) CIERTAS BACTERIAS COMO ESTAFILOCOCOS, BACILLUS SUBTILIS, GONOCOCOS, ETC., PRODUCEN R-LACTAMOSA CON LO QUE SE VUELVEN RESISTENTES A PENICILINAS, DESTRUYENDO EL ANILLO B LACTÁMICO.
- b) OTRAS BACTERIAS COMO LOS ORGANISMOS COLIFORMES PRODUCEN AMIDASA QUE HIDROLIZA A LA PENICILINA Y DESTRUYE GRAN PARTE DE SU ACTIVIDAD.
- c) OTRAS BACTERIAS PUEDEN SER RESISTENTES A LA ACCIÓN DE LAS PENICILINAS, PERO NO DESTRUYEN AL MEDICAMENTO.
- d) LOS ORGANISMOS METABOLICAMENTE INACTIVOS SON FENOTÍPICAMENTE RESISTENTES A LAS PENICILINAS.
- e) LOS ORGANISMOS RESISTENTES A LA METICILINA O A UNA -- ISORAZOBILPENICILINA SUELEN SER RESISTENTES A OTRAS-- PENICILINAS.

C) ABSORCIÓN, METABOLISMO Y EXCRECIÓN.

DESPUÉS DE ADMINISTRAR PARENTERAL, LA ABSORCIÓN DE LA MAYORÍA DE LAS PENICILINAS ES COMPLETA Y RÁPIDA. DEBIDO A LA IRRITACIÓN Y DOLOR LOCAL, DESPUÉS DE ADMINISTRAR I.M. A GRANDES DOSIS SE RECOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN I.V.

DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN BUCAL, SOLO SE ABSORBE UNA PORCIÓN DE LA DOSIS DE 1/3 A 1/20, DEPENDIENDO DE LA ESTABILIDAD EN ÁCIDO COMBINACIÓN CON LOS ALIMENTOS Y PRESENCIA DE ---

AMORTIGUADORES.

DESPUÉS DE LA ABSORCIÓN, LAS PENICILINAS SE DISTRIBUYEN--
AMPLIAMENTE EN LOS LIQUIDOS Y TEJIDOS CORPORALES.

FORMAS ESPECIALES DE DOSIFICACIÓN DE LA PENICILINA HAN SI
DO ELABORADAS PARA ABSORCIÓN RETARDADA CON OBJETO DE OBTENER--
NIVELES SANGUÍNEOS Y TISULARES BAJOS DURANTE LARGOS PERÍODOS.
UN EJEMPLO ES LA PENICILINA G BENZATÍNICA QUE A NIVELES DE ---
0.005 U/ml. MANTIENEN DURANTE 3 SEMANAS EL EFECTO.

LA MAYOR PARTE DE PENICILINAS ABSORBIDAS ES RÁPIDAMENTE -
EXCRETADA POR LOS RIÑONES EN LA ORINA, PEQUEÑAS CANTIDADES SON
EXCRETADAS POR OTRAS VÍAS. LOS INDIVIDUOS CON FUNCIONAMIENTO
RENAL DEFECTUOSO TIENDEN, IGUALMENTE A MANTENER NIVELES MÁS AL
TOS DE PENICILINA DURANTE MÁS TIEMPO. LA PENICILINA TAMBIÉN--
ES EXCRETADA EN LECHE Y ESPUTO EN NIVELES DE 3-15%

D) USOS CLÍNICOS.

LAS PENICILINAS SON CON MUCHO, LOS ANTIBIÓTICOS MÁS EFEC-
TIVOS Y LOS MÁS EXTENSAMENTE USADOS.

1.- LA PENICILINA G ES EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA --
LAS INFECCIONES CAUSADAS POR NEUNOCOCOS, TEPLEAMINA, MENINGO,-
ESTAFILO Y ESTREPTOCOCOS QUE NO PRODUCEN B LACTOMASA Y GONOCO-
COS, TREPLEAMINA PALLIDUM, BACILLUS ANTIACIS, CLOSTRIDIA LISTE
RIA Y BACTEROIDES. LA MAYORÍA DE ESTAS INFECCIONES RESPONDEN
A DOSIS DIARIAS DE PENICILINA G DE 0.6-S MILLONES DE U (o.36--

-3) G. LA INYECCIÓN I.M. INTERMITENTE ES LA MÁS USUAL.

2.- PENICILINA G BENZATÍNICA ES UNA SAL DE MUY BAJA SOLUBILIDAD EN EL AGUA PARA INYECCIÓN I.M. QUE PRODUCE NIVELES BAJOS PERO PROLONGADOS, POR EJEMPLO: UNA DOSIS DE 1.2 MILLONES-- DE U. ES SUFICIENTE (I.M.) PARA EL TRATAMIENTO DE FARINGITIS-- POR ESTREPTOCOCOS B HEM.

3.- LA AMPICILINA SE PUEDE DAR BUCAL EN DOSIS REPARTIDAS 3-6 g DIARIOS, PARA TRATAR LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS-- POR ORGANISMOS COLIFORMES G- O INFECCIONES BACTERIANAS SECUNDA RIAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO.

ES TAMBIÉN EL MEDICAMENTO DE SEGUNDA ELECCIÓN DESPUÉS DEL CLORAMFENICOL PARA EL TRATAMIENTO EN LA SALMONELOSIS SINTOMÁTICA EN NIÑOS DESNUTRIDOS A DOSIS DE 100 mg/kg/día I.M.

LA AMOXICILINA ES SIMILAR A LA AMPICILINA, PERO ES MEJOR- ABSORBIDA POR VÍA BUCAL.

LA CARBENICILINA Y LA TICARCILINA SE PARECEN A LA AMPICILINA, PERO TIENEN MÁS ACTIVIDAD CONTRA PSEUDOMONAS Y PROTEUS,-- AUNQUE MUCHAS KLEBSIELLAS SON MUY RESISTENTES. LA RESISTEN-- CIA SURGE RÁPIDAMENTE EN POBLACIONES SUSCEPTIBLES Y POR LO TAN TO, 300-500 mg/kg/DÍA SERÁN COMBINADOS CON YENTAMICINA EN EL-- TRATAMIENTO DE SEPTICEMIA POR PSEUDOMONAS.

4.- METICILINA, ISOXAZOLIL PENICILINAS (AXACILINA, CLOXACILINA, DICLOXACILINA Y PLUDOXACILINA) NALFICILINA Y OTRAS PENICILINAS RESISTENTES A LA BLACTEMASA, TIENEN UNA SOLA INDICACIÓN, ES DECIR EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR ESTAFILOCOCOS PRODUCTORES DE BLATAMASA

LA METICILINA ES ACIDOLÁSIL Y NO SE PUEDE DAR POR VÍA BU-CAL, POR LO QUE SE DAN 8-Rg I.V. EN SOLUCIÓN DE GLUCOSA AL 5% DIARIO EN INFECCIONES GRAVES POR ESTAFILOCOCOS PRODUCTORES DE-BLACTAMASA.

REACCIONES ADVERSAS.

LAS PENICILINAS POSEEN INDUDABLEMENTE MENOR TOXICIDAD DI-RECTA QUE OTROS ANTIBIOTICOS. LA MAYOR PARTE DE LOS EFECTOS-COLATERALES SERIOS SE DEBEN A LA HIPERSENSIBILIDAD.

A) ALERGIA.

TODAS LAS PENICILINAS SENSIBILIZAN Y REACCIONAN CRUZADA--MENTE. CUALQUIER PREPARACIÓN QUE CONTENGA PENICILINA PUEDE--INDUCIR SENSIBILIZACIÓN, INCLUSIVE LOS COSMÉTICOS O ALIMENTOS. EN GENERAL LA SENSIBILIDAD OCURRE EN PROPORCIÓN DIRECTA EN LA-DURACIÓN Y LAS DOSIS RECIBIDAS EN EL PASADO. LAS DETERMINAN-TE ANTIGÉNICAS RESPONSABLES PARECEN SER LOS PRODUCTOS DE DE--GRADACIÓN DE LAS PENICILINAS, PARTICULARMENTE EL AC. PENICILOI-CO Y LOS PRODUCTOS DE HIDROLISIS ALCALINA ENLAZADOS A LAS PRO-TEÍNAS DEL HUÉSPED.

CERCA DE 10-15% DE LAS PERSONAS QUE HAN TENIDO REACCIONES A LA PENICILINA TIENEN REACCIONES ALÉRGICAS CUANDO RECIBEN --- OTRA VEZ EL MEDICAMENTO. LA FRECUENCIA DE REACCIONES ALÉRGICAS EN NIÑOS PEQUEÑOS ES MUY POCA.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS PUEDEN IR DESDE URTICARIA, FIEBRE, HINCHAZÓN DE ARTICULACIONES, EDEMA ANGIOEURÓTICO, PRURITO INTENSO, PERTURBACIONES RESPIRATORIAS, ANAFILAXIA Y MUERTE.

B) TOXICIDAD.

PUESTO QUE LA ACCIÓN DE LA PENICILINA ESTÁ ENFOCADA HACIA LA PARED CELULAR BACTERIANA; ESTA NO ACTÚA SOBRE LAS CÉLULAS-- ANIMALES.

LOS EFECTOS TÓXICOS DE LA PENICILINA G SE DEBEN A LA IRRITACIÓN DIRECTA CAUSADA POR INYECCIÓN I.M. O I.V. DE CONCENTRACIONES EXCESIVAMENTE ALTAS; TALES DOSIS PUEDEN PRODUCIR DOLOR-INDURACIÓN LOCAL Y TROMBOFLEBITIS O DEGENERACIÓN DE UN NERVI-- INYECTADO ACCIDENTALMENTE.

GRANDES DOSIS DE PENICILINAS, DADAS BUCALMENTE PUEDEN PRODUCIR TRASTORNOS GASTROINTESTINALES COMO: NÁUSEA, VÓMITO Y DIARREA.

PROBLEMAS RELATIVOS AL USO DE PENICILINAS.

LAS PENICILINAS SON CON MUCHO LOS ANTIBIÓTICOS MÁS EXTENSAMENTE USADOS EN ODONTOLOGÍA, VARIOS CIENTOS DE TONELADAS DE ESTOS MEDICAMENTOS HAN SIDO ADMINISTRADOS A SERES HUMANOS DU--

RANTE LOS PASADOS 20 AÑOS. POR LO TANTO, LA PENICILINA ES -- CAUSA DEL ABUSO DE PENICILINAS QUE HAN HECHO DAÑO A LA HUMANIDAD.

LA HIPERSENSIBILIDAD.

OTROS PROBLEMAS EN EL USO DE PENICILINA SON:

- SATURACIÓN DE HOSPITALES CON PENICILINA, QUE HA PRODUCIDO UNA PRESIÓN DE SELECCIÓN SOBRE LOS MICROORGANISMOS-- SENSIBLES A ELLA.
- SUPRESIÓN DE FLORA NORMAL POR LO QUE EL PACIENTE SE --- VUELVE SUSCEPTIBLE A INFECCIONES SOBREGREGADAS EN LAS ZONAS DONDE SE PERDIÓ LA FLORA POR ANTIBIÓTICO.
- LOS PLASMIDIOS QUE PRODUCEN LA BLACTAMASA ESTÁN DISTRIBUYENDOSE CRECIENTEMENTE ENTRE LOS MICROORGANISMOS DE - GÉNEROS DIFERENTES.

PREPARACIONES EXISTENTES MÁS USUALES EN ODONTOLOGÍA.

AMOXICICLINA

CÁPSULAS 250 - 500 mg.

(Nc: AMOXIL, GAROTIL

POLIMAX).

SUSPENSIÓN BUCAL 125-250 mg 15ml

GOTAS PEDIÁTRICAS 15 ml.

AMPICILINA

TABLETAS 125 mg.

(BINOTAL, BROPICILINA

CÁPSULAS 250-500 mg.

PENBITRIN, PENTREXYL

SUSPENSIÓN BUCAL DE 125 mg/5 ml.

SAMOXIL)

200 - 500 mg./5 ml.

INYECTABLE FRASQUITOS DE 125, 250
500. 1000, 2000 y 4000 mg (I.M.--
I.V.).

PENICILINA G BENZATÍNICA

(BACILLIN, PARMAPEN)

TABLETAS 200,000 U

BENZETACIL

SUSPENSIÓN BUCAL 150,000 Y 300,000
U/ 5 ml.

INYECTABLE (I.M. ó I.V.)

300,000 U/ml/

600,000 U/ml 1, 1.5, 2 y 4 ml.

DICLOXACILINA SÓDICA

(DYCILL, DYNAPEN)

CÁPSULAS 125-250 mg.

BRISPEM.

SUSPENSIÓN BUCAL 62.5 mg/ 5 ml.

FRASCO 80 ml.

PENICILINA G PROCAÍNA

SUSPENSIÓN ACUOSA INYECTABLE I.M.

ó I.V. 300,000 U/ml FRASCO 10 ml.

500,000 U/ml. FRASCO 1,2, 10, 12ml.

600,000 U/DOSIS ÚNICA.

600,000 U/ml.

1,200,000 U/DOSIS

2,400,000 U/DOSIS.

| | |
|---|--|
| PENICILINA G SÓDICA | FRASCO O AMPOLLETAS PARA I.M.-I.V. DE 1-5 MILLONES DE U. UNGÜENTOS 5,000 U/g (TUBO 30g) |
| FENOXIMETIL PENICILINA (PENICILINA V, COMPOCILLIN PEN-VEC, V-CILLIN). | OBLEAS (SAL DE H.) 250 mg. GOTAS SUSPENSIÓN 125mg/GOTERO 1.5g. TABLETAS 125, 250, 300, 500 mg. Y POTÁSICA 125, 250, 300, 500 mg. SOLUCIÓN BUCAL (POTÁSICA) 125mg/-- 5ml. CON SABOR 40, 80, 100, 150,-- 200ml. 250mg/5ml. 80, 100, 150, 200ml. |

LAS PENICILINAS SON LOS ANTIBIÓTICOS DE PRIMERA ELECCIÓN-
EN EL TRATAMIENTO DE ABSCESOS BUCALES PRODUCIDOS POR BACTERIAS
GRAM-POSITIVAS, CELULITIS, OSTEÍTIS AGUDA (ALVÉOLO SECO), PRO-
FILAXIS POST-EXTRACCIÓN, TRATAMIENTO POST-QUIRÚRGICO, LESIONES
TRAUMÁTICAS Y FARINGITIS QUE AFECTAN BOCA.

CEFALOSPORINAS.

ES EL ÁCIDO AMINOCEFALOSPORANICO, SINTETIZACIÓN A PARTIR
DEL HONGO CEPHALOSPORIUM ACREMANIUM. SON SUSTANCIAS PARECI--
DAS A LA PENICILINA, PERO RESISTENTES A BLACTAMASA. SON ACTI
VAS CONTRA G + Y - . SON SUSTANCIAS DE COLOR CREMA LIBREMEN-
TE SOLUBLES EN AGUA Y RESISTENTES A CAMBIOS DE PH Y TEMPERATU-
RA.

ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

LAS CEFALOSPORINAS SON ACTIVAS IN VITRO A CONCENTRACIONES DE 1-10 mg/ml CONTRA LA MAYOR PARTE DE GRAMPOSITIVOS (EXCEPTO ST.PAECALIS). DENTRO DE G NEGATIVOS SON SUSCEPTIBLES E.CD:,- KLEBSIELLA Y PROTEUS MIRABILLIS.

SON SUSTANCIAS BACTERICIDAS, BLOQUEANDO LA TRANSPEPTIDACIÓN TERMINAL DE LA PARED CELULAR.

ABSORCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y EXCRECIÓN.

LA CEFALOTINA, CEPAZOLINA, CEFAPIRINA, Y CEFAMANDOL NO SON ABSORVIDAS EN FORMA ADECUADA DEL SISTEMA DIGESTIVO Y DEBEN ADMINISTRARSE POR VÍA PARENTERAL PARA TERAPÉUTICA GENERAL.

TODAS LAS CEFALOSPORINAS ADMINISTRADAS POR VÍA PARENTERAL SE ENCUENTRAN AMPLIAMENTE DISTRIBUIDAS EN LOS TEJIDOS Y LÍQUIDOS CORPORALES INCLUYENDO OJOS Y LÍQUIDO SINOVIAL.

LA EXCRECIÓN DE LAS CEFALOSPORINAS SE HACE PRINCIPALMENTE POR VÍA RENAL EN LA ORINA.

USOS CLÍNICOS.

LAS CEFALOSPORINAS PUEDEN ADMINISTRARSE EN LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:

- 1.- INFECCIONES POR GRAMPOSITIVOS EN ENFERMOS SENSIBLES A LA PENICILINA.

- 2.- INFECCIONES DEBIDAS A KLEBSIELLA, COLIFORMES Y PRÓTEIS.
- 3.- INFECCIONES MIXTAS, ABSCESOS DENTARIOS, GINGIVITIS - BACTERIANAS, CELULITIS PRODUCIDAS POR BACTERIAS RESISTENTES.
- 4.- SEPTICEMIA DEBIDA A M.O. "DESCONOCIDOS".
- 5.- PROFILAXIS QUIRÚRGICA.

REACCIONES ADVERSAS.

- A) TOXICIDAD: LA IRRITACIÓN LOCAL PUEDE PRODUCIR DOLOR - INTENSO DESPUÉS DE INYECCIÓN I.M. Y TROMBOFLEBITIS -- DESPUES DE INYECCIÓN I.V. REPETIDA, OTRAS REACCIONES-TÓXICAS INCLUYEN ANOFILAXIA, URTICARIA, ERUPCIONES CUTÁNEAS, FIEBRE, EOSINOFILIA, GRANULOCITOPENIA Y ANEMIA HEMOLÍTICA.
- B) ALERGIAS: ESTÁ COMPROBADO QUE LAS CEFALOSPORINAS PUEDEN SER SENSIBILIZANTES Y QUE LAS REACCIONES ESPECÍFICAS DE HIPERSENSIBILIDAD INCLUYEN ANAFILAXIA.
AUNQUE LA MAYOR PARTE DE PERSONAS HIPERSENSIBLES A LA PENICILINA PUEDEN TOLERAR LAS CEFALOSPORINAS.

DOSIFICACIÓN.

VÍA BUCAL:

CEFALEXINA Y CEFADRINA 0.5 g/6 HORAS, SU USO ESTÁ LIMITA

DO A INFECCIONES DEL SISTEMA URINARIO O INFECCIONES MENORES - DEL SISTEMA RESPIRATORIO, EXTRACCIÓN, ABSCEOS PERIAPICALES-- QUE AFECTAN HUESO, RESISTENTES POR ORGANISMOS SUSCEPTIBLES A- OTROS ANTIBIÓTICOS VÍA INTRAMUSCULAR Y M.O. g- E COLI g + STAF ATRWPR. PIOF., CEFAZOLINA 0.5 g C/4 HORAS O g C/6 HORAS EN NI ÑOS 100 mg/kg/DÍA.

VÍA INTRAVENOSA.

CEFALOTINA 1 gr. C/24 HORAS EN MENOCLISIS
CEFAZOLINA 1 gr. C/6 HORAS.

PREPARACIONES MÁS USUALES.

CEFALOTINA
SÓDICA (KEFLIN) POLVO SECO 1gr. EN FRASCO DE 10 Y---
100ml. 20 gr. EN FRASCO DE 200ml.---
PARA USO I.V.

CEFALEXINA OBLEAS 250-500 mg.
(KEFLEX)

CEFALEXINA
SÓDICA (ANCEF) SUSPENSIÓN BUCAL 125-250mg/5 ml.
FRASCOS 100-200-5ml.
FRASCOS 0.25, 0.5, 1, 5 Y 10 g.PARA
USO I.M. O I.V.

CEFRADINAS FRASCO CÁPSULAS 250-500 mg. Y 1 g.
(VERACEF) FRASCO SUSPENSIÓN 500mg. INYECTABLE

I.V. 1g. DIRACIÓ DEL TRATAMIE-
TO, 10 DÍAS.

UBICACIONES DE PRIMERA ELECCIÓ.

PENICILINAS NATURALES

ESTREPTOCOCO BETA HENDÍTICO
NEUMOCOCO.
NEISSERIA.
TREPONEMA.
ACTINOMICES
CLOSTRIDIA.
ANTRAX.

PENICILINAS RESISTENTES

A PENICILINASA.

AMPICILINAS

ESTAFILOCOCO.
SHIGELLA
SALMONELLAS (MENOS TYPHI)
PROTEUS MIRÁBILIS
HEMOPHILUS
E. COLI.

CARBENICILINA

PROTEUS
PSEUDOMONAS
E. COLI

CEFALOSPORINAS

KLEBSIELLA
E. COLI (PROTEUS)

CICLOSERINA

TUBERCULOSIS

CAPÍTULO IV

FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LA SÍNTESIS DE PROTEÍNAS. CLORAMFENICOL Y TETRACICLINAS.

CLORAMFENICOLAS.

FUÉ AISLADO POR PRIMERA VEZ DE LOS CULTIVOS DE STREPTOMYCES MENERUELAE. ES EL ÚNICO ANTIBIÓTICO DE IMPORTANCIA QUE ES COMPLETAMENTE SINTÉTICO Y PRODUCIDO COMERCIALMENTE COMO TAL.

ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

ES UN POTENTE INHIBIDOR DE LA SÍNTESIS PROTEÍCA Y TIENE POCO EFECTO SOBRE OTRAS FUNCIONES METABÓLICAS. Y TAMBIÉN INHIBE LA SÍNTESIS MITOCONDRIAL DE PROTEÍNAS EN LAS CÉLULAS DE LA MÉDULA ÓSEA DE MAMÍFEROS, PERO NO AFECTA GRANDEMENTE A OTRAS CÉLULAS INTACTAS.

ES BACTERIOSTÁTICO PARA MUCHAS BACTERIAS Y PARA LAS CICKTESIAS, PERO ES INFEFICAZ CONTRA CLAMIDIAS, SU ACCIÓN ES REVERSIBLE AL RETIRAR EL MEDICAMENTO. LA MAYOR PARTE DE G+ SON INHIBIDAS POR EL CLORAMFENICOL A CONCENTRACIÓN DE 1-10 1/g ml Y A G- A DOSIS DE 0.2-5 1/g/ml. SALMONELLAS, BACTEROIDES Y HEMOPHILUS INFLUENZAE SON SENSIBLES AL CLORAMFENICOL.

RESISTENCIA.

NO HAY RESISTENCIA CRUZADA CON OTROS ANTIBIÓTICOS. SOLO EXISTE EL PROBLEMA DE QUE LOS PLASMIDIOS PRODUCEN CLORAMFENICOL ACETILTRAMUSFERAZA.

ABSORCIÓN, METABOLISMO Y EXCRECIÓN.

DESPUES DE SU ADMINISTRACIÓN BUCAL, EL CLORAMFENICOL CRISTALINO ES AMPLIAMENTE ABSORVIDO. UNA VEZ ABSORVIDO ES DISTRIBUIDO VIRTUALMENTE EN TODOS LOS TEJIDOS Y LÍQUIDOS CORPORALES, INCLUYENDO SNC Y LCR.

EL CLORAMFENICOL PENETRA A LAS CÉLULAS CON FÁCILIDAD, PERO ES INACTIVADO EN EL CUERPO POR CONJUGACIÓN CON ÁCIDO GLUCORÓNICO (EN HÍGADO) O POR REDUCCIÓN HASTA ARILAMINAS INACTIVAS. EXCRETADO 90% POR ORINA Y SOLO PEQUEÑAS CANTIDADES POR BILIS - EN HECES.

USOS CLÍNICOS.

ES UN POSIBLE MEDICAMENTO DE ELECCIÓN, SOLO EN POCOS TIPOS DE INFECCIONES.

- 1.- INFECCIÓN SINTEMÁTICA POR SALMONELLAS..
(S. THIPY ES RESISTENTE A CLORAMFENICOL EN CENTROAMÉRICA).
- 2.- MENINGITIS O LARINGOTRAQUEITIS POR H. INFLUENZAE QUE NO RESPONDEN A AMPICILINA.
- 3.- BACTEREMIA OCASIONAL CAUSADA POR GRAMNEGATIVOS QUE SE ESPERA QUE SEAN RESISTENTES A OTROS MEDICAMENTOS.

- 4.- INFECCIONES POR BACTEROIDES Y OTROS ANAEROBIOS.
- 5.- INFECCIÓN MENINGOCOIXICA EN PACIENTES SENSIBLES A LA--
PENICILINA.
- 6.- EN OCASIONES SE USA TÓPICA EN INFECCIONES OCULARES.

DOSIFICACIÓN.

| INFECCIONES POR: | EJEMPLO | DOSIS. |
|------------------|-------------------|---|
| SALMONELLAS | FIEBRE TIFOIDEA O | ADULTOS 2-3g/DÍA. |
| | PARATIFOIDEA. | BUCAL. NIÑOS 30-50mg/kg/- DÍA BUCAL POR 14- 21 DÍAS. |
| HINFLUENZAE | MENINGITIS O | NIÑOS 50mg/kg/día |
| | LARINGOTRAQUEITIS | BUCAL 8DÍAS |
| | NEUMONIA | ADULTOS |
| COLIFORMES | BACTEREMIAS | 5g/DÍA |
| | GRAVES | 50mg/kg/DÍA TÓPICA EN OJOS. |

REACCIONES ADVERSAS.

- 1.- TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, GENERALMENTE SE PRESEN
TAN VÓMITOS, NÁUSEA Y DIARREA EN PACIENTES ADULTOS --
QUE TOMAN 1.5-2.5 grs. DIARIOS DE CLORAMFENICOL.
- 2.- ALTERACIONES DE LA MÉDULA ÓSEA.
CUANDO LOS ADULTOS TOMAN MÁS DE 50 mg/kg/DÍA, GENERAL
MENTE PADECEN TRASTORNOS DE LA MADURACION DE ERITROCI
TOS DESPUÉS DE 1-2 SEMANAS DE NIVEL SÉRICOS SUPERIORES

A 25-30 kg/ml, ADEMÁS DE ANEMIA Y RETICULOCITOPENIA. ESTOS DESAPARECEN GENERALMENTE CUANDO DESAPARECE EL-- CLORAMFENICOL.

3.- TOXICIDAD PARA LOS RECIÉN NACIDOS.

PRODUCE EL SÍNDROME GRIS, CON VÓMITO, FLACIDEZ, HIPO-
TERMIA, COLOR GRIS, CHOQUE Y COLÁPSO. DESPUÉS DE LA
ADMINISTRACIÓN DE DOSIS DE 75mg./kg/DÍA EN ÉSTOS.

PARA EVITAR ESTOS EFECTOS SE DOSIFICA A 50mg/kg/DÍA O
MENOS EN NIÑOS A TÉRMINO Y DE 30 mg/kg/DÍA EN PREMATU
ROS.

4.- INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS. PUEDE ELEVAR LA
CONCENTRACIÓN Y PROLONGAR LA ACCIÓN DE FENITOÍNA O DE
TOLBUTAMIDA.

PREPARACIONES EXISTENTES.

CLORAMFENICOL

CÁPSULAS 50, 100, 250mg.

P.I.V. 500mg/AMPOLLETA 1g. (POLVO
SECO) FRASCO.

CREMA AL 1%, 30g.

POLVO FRASCO 15ml/25mg. POLVO
OFTÁLMICO.

ÓTICO 15ml. AL 0.5% EN PROPIL-
ENGLICOL.

PALMITATO DE C.

SUSPENSIÓN BUCAL 150mg/5ml.

SUCCIÓN DE C.

250mg. Y 1g PARA USO I.V.

Y SÓDICO.

TETRACICLINAS.

LAS TETRACICLINAS FORMAN UN GRAN GRUPO DE MEDICAMENTOS --
CON UNA ESTRUCTURA BÁSICA Y ACTIVIDAD COMUNES:

- a) LA CLOROTETRACICLINA STREPTOMYCES AUREOFACIENS(1948).
b) OXITETRACICLINA STREPTOMYCES RIMOSUS (1950).
c) TETRACICLINA DE UN STREPTOMYCES O POR DEHALOGE
 NACIÓN CATALÍTICA DE LA CLOROTE--
 TRACICLINA. (1953).
d) DEMETILCLOROTETRACICLINA POR DEMETILACIÓN DE LA CLOROTETRA
 CICLINA.

ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

SON BACTERIOSTÁTICOS PARA MUCHAS BACTERIAS G- Y + INCLU--
YENDO ANAEROBIAS Y FUERTEMENTE INHIBITORIAS DEL CRECIMIENTO DE
LAS MYCOBACTERIA, RICKETSIIAS MYCOPLASMA, FORMAS L.CTLAMIDIAE Y
PROTOZOARIES, (ALGUNOS) GONOCOCOS PRODUCTORES DE PENICILINASA.
SON INHIBIDORAS DE LA SÍNTESIS DE PROTEÍNAS.

ABSORCIÓN, METABOLISMO Y EXCRECIÓN.

LAS TETRACICLINAS SON ABSORVIDAS UN POCO IRREGULARMENTE -
EN SISTEMA GASTROINTESTINAL, DEBIDO A LA BAJA SOLUBILIDAD DE--
LOS MEDICAMENTOS EN PH ALCALINO Y POR LA QUELACIÓN CON Ca^{++} O--
 Fe^{++}

UNA GRAN PROPORCIÓN DE LAS TETRACICLINAS ADMINISTRADAS BU
CALMENTE SE QUEDA EN LA LUZ DEL INTESTINO, MODIFICA LA FLORA--

UNA GRAN PROPORCIÓN DE LAS TETRACICLINAS ADMINISTRADAS BU
CALMENTE SE QUEDA EN LA LUZ DEL INTESTINO, MODIFICA LA FLORA--
INTESTINAL Y ES EXCRETADA EN HECES.

LAS TETRACICLINAS SE DEPOSITAN ESPECÍFICAMENTE EN HUESOS-
Y DIENTES EN DESARROLLO COMO RESULTADO DE SU QUELACIÓN POR EL-
CALCIO.

LA TETRACICLINA MARCADA CON TANECIO SE CONCENTRA EN LOS -
INFARTOS AGUDOS DEL MIOCARDIO, LO CUAL CONSTITUYE UN POSIBLE--
MÉTODO DE EXPLORACIÓN.

SE EXCRETAN PRINCIPALMENTE EN HECES.

USOS CLÍNICOS.

SON LOS MÁS TÍPICOS ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO.
SON EFICACES CONTRA GRAN NÚMERO DE MICROORGANISMOS, POR LO QUE
SON USADOS INDISCRIMINADAMENTE.

LAS TETRACICLINAS SON EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN EN:

- a) COLERA O INFECCIONES POR MYCOPLASMANEUMONÍA.
- b) INFECCIONES POR E COLI, BACTEROIDES ENTEROBACTES, CROS
TRIDIUM.
- c) SON EFICACES EN INFECCIONES MIXTAS POR BACTERIAS RELA-
CIONADAS CON VÍAS AÉREAS (EJ. SINUSITIS Y BRONQUITIS).
- d) ENFERMEDADES RICKETSIANAS.
- e) AMIBIASIS Y PALUDISMO (P.PALCIPARUM).
- f) INFECCIONES POR GONOCOCOS RESISTENTES A PENICILINAS.

- g) ERRADICA EL ESTADO DE PORTADOR DE MENINGOCOCO.
- h) ALVEOLITIS, ABSCESOS, GINGIVOSTOMIADITIS, CELULITIS--
BACTERIANA.

DOSIS BUCAL MEDIA DE TETRACICLINAS.

- 0.25 g. 4 VECES AL DÍA ADULTOS.
- 20 mg/kg/DÍA EN NIÑOS

DOSIS PARENTERAL.

- I.M. O I.V. 0.1-0.5g/DÍA 6-12 HORAS ADMINISTRAR
- I.M. O I.V. 10-15mg/kg/DÍA EN NIÑOS.

REACCIONES ADVERSAS.

LAS REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD (FIEBRE YATRÓGENA, --
ERUPTIONES CUTÁNEAS) A LAS TETRACICLINAS PARECEN SER INFRECUE-
TES. LA MAYOR PARTE DE LOS EFECTOS COLATERALES SE DEBEN A TO-
XICIDAD DIRECTA DEL MEDICAMENTO O A LA ALTERACIÓN DE LA FLORA-
NORMAL.

- A) EFECTOS GASTROINTESTINALES SECUNDARIOS:
VÓMITO, NÁUSEA Y DIARREA (MANIFESTACIONES MÁS FRECUEN-
TES PARA DESCONTINUAR LA MEDICACIÓN.
- B) ESTRUCTURAS ÓSEAS Y DIENTES.

LAS TETRACICLINAS SE UNEN FUERTEMENTE AL CALCIO DEPOSITA-
DO EN HUESO O DIENTES DE RECIENTE FORMACIÓN EN PREESCOLARES.

CUANDO EL MEDICAMENTO SE DÁ DURANTE EL EMBARAZO SE PUEDE DEPOSITAR EN LOS DIENTES FETALES PRODUCIENDO FLUORESCENCIA, CAMBIO DE COLOR, DISPLASIA DEL ESMALTE, TAMBIÉN PUEDE DEPOSITARSE EN HUESO DONDE PUEDE PROVOCAR DEFORMIDAD O INHIBICIÓN DEL CRECIMIENTO. SI EL MEDICAMENTO SE DÁ A LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DURANTE LARGOS PERÍODOS, PUEDEN RESULTAR CAMBIOS SEMEJANTES.

C) TOXICIDAD RENAL:

PUEDEN CAUSAR ACIDOSIS TUBULAR RENAL Y OTRAS FORMAS DE LESIÓN RENAL QUE DAN POR RESULTADO RETENCIÓN DE NITRÓGENO DESPUÉS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CADUCOS.

D) TOXICIDAD HEPÁTICA:

PROBABLEMENTE DETERIORAN EL FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO O LLEGAN A NECROSIS HEPÁTICA DESPUÉS DE ADMINISTRACIONES INTRAVENOSAS PROLOGADAS O EN EL EMBARAZO.

E) TOXICIDAD HÍSTICA LOCAL:

LA ADMINISTRACIÓN LOCAL PUEDE PRODUCIR TROMBOSIS VENOSA Y LA I.M. PUEDE PROVOCAR IRRITACIÓN DOLOROSA.

F) FOTOSENSIBILIZACIÓN:

EN PERSONAS RUBIAS.

G) REACCIONES VESTIBULARES:

MAREO, VÉRTIGO, NÁUSEA Y VÓMITO.

PREPARACIONES MÁS USUALES.

CLOROTETRACICLINA (AMENEOMYCIN) TETRANACE, TETRAX.

CÁPSULAS 250mg.

I.V. 500mg.

UNGÜENTO 30mg/g/ (3%) 15-30g.

UNGÜENTO OPTÁLMICO 10mg/g 3-5-g.

METACICLINA (RONDONMYCIN).

CÁPSULAS 150-300mg.

JARABE 75mg/5ml. FRASCO 66-48ml.

OXITETRACICLINA (TERRAMYCIN) TERRAMICINA TERRADOS

CÁPSULAS 125-250mg.

TABLETAS 250mg.

JARABE 125mg/5ml 60-48ml.

GOTAS PEDIÁTRICAS 100mg/ml. (20 GOTAS)

I.M. AMPOLLETAS 2ml CON 50 y 125mg/ml con 2% DE LIDO
CAINA.

I.V. 250-500mg.

UNGÜENTO 30mg/g CON SULFATO DE POLIMIXINA B--
10,000 U/g 15-30g.

ÓTICA 5mg/g CON SULFATO DE POLIMIXINA B---
10,000 U/g 3.5g.

POLVO TÓPICO ENVASE AGITADOR DE 30g CONTENIENDO--
30mg/g MAS POLIMIXINA B (SULFATO)---
10,000 U/g.

SUPOSITARIOS VAGINALES 100mg CON SULFATO DE POLIMIXINA-
B 100,000 U PAQUETES CON 10.

MINOCICLINA (MINOCIN, VECTRIN)

CÁPSULAS 50-100mg.

JARABE 50mg/5ml 60 ml.

I.V. FRASCO 100mg.

AMINOGLUCÓSIDOS Y POLIMIXINAS.

AMINOGLUCÓSIDOS.

FORMAN UN GRUPO DE MEDICAMENTOS QUE COMPARTEN SUS CARACTERÍSTICAS QUÍMICAS, ANTIMICROBIANA, FARMACOLÓGICAS Y TÓXICAS. EN LA ACTUALIDAD EL GRUPO INCLUYE A LA ESTREPTOMICINA, NEOMICINA, TOLOTAMICINA, SISOMICINA, NEFLUMICINA Y OTRAS.

TODAS INHIBEN LA SÍNTESIS DE PROTEÍNAS BACTERIANAS.

LAS BACTERIAS ANAEROBIAS SON A MENUDO RESISTENTES A LOS AMINOGLUCÓSIDOS DEBIDO A QUE LA PENETRACIÓN DE LA MEMBRANA CELULAR ES UN PROCESO QUE REQUIERE ENERGÍA QUE DEPENDE DE OXÍGENO.

TODOS LOS AMINOGLUCÓSIDOS SON MÁS ACTIVOS EN UN PH ALCALINO. SON POTENCIALMENTE OFOTÓXICOS. TODOS PUEDEN ACUMULARSE EN PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL.

ESTREPTOMICINAS.

AISLADA DEL STEPTOMYCES GRISENS Y DE CAPAS DEL STEPTOMYCES HUMIDUS. AMBOS CON PROPIEDADES SEMEJANTES.

ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

ACCIÓN BACTERICIDA POR DAÑO IRREVERSIBLE A LA CÉLULA DESPUÉS DE QUE EL MEDICAMENTO INTERFIERE EN LA SINTESIS DEL RNAM.

ABSORCIÓN, METABOLISMO Y EXCRECIÓN.

NO ES ABSORVIDA SIGNIFICATIVAMENTE EN TRACTO GASTROINTESTINAL. DESPUÉS DE INYECCIÓN I.M. ES FÁCILMENTE ABSORVIDA EN EL LUGAR DE LA INYECCIÓN.

ES AMPLIAMENTE DISTRIBUÍDA A LÍQUIDOS Y TEJIDOS CORPORALES, PERO NO EN SNC, CCR O ARTICULACIONES, A MENOS QUE EXISTA INFLAMACIÓN. SE EXCRETA PRINCIPALMENTE EN ORINA.

USOS CLÍNICOS.

A) TUBERCULOSIS Y OTRAS INFECCIONES MYCOBACTERIANAS EN FORMAS PULMONARES Y OTRAS NO DISEMINADAS DE TB. SE INYECTA I.M 1g. DE ESTREPTOMICINA A LA SEMANA O DIARIAMENTE DUANTE MESES COMO PARTE DE LA TERAPÉUTICA COMBINADA (5-10mg/kg/DÍA DE ISO--NIACIDA).

EN NEUMONÍA TUBERBULOSA AGUDA, EN LA DISEMINACIÓN MILITAR O EN LA MENINGITIS DE LOS NIÑOS INICIALMENTE SE DEBEN ADMINIS--TRAR 1mm HASTA 60mg/kg/DIA COMBINADOS CON ISONIACIDA.

B) INFECCIONES NO TUBERCULOSAS. EN LAS INFECCIONES GENE--RALIZADAS COMO PESTE SE DAN 1m 2-4g DIARIOS EN DOSIS C/4-8 HO--RAS.

C) TRATAMIENTO COMBINADO.- POR EJEMPLO EN ENDOCARDITIS EN TEROCOXICA SE PUEDEN DAR 1m 1-2g/DIARIOS DE ESTREPTOMICINA, -- ADEMÁS DE R-60g DE PENICILINA I.V. O 4-12g I.V. DE AMPICILINA DIARIAMENTE.

REACCIONES ADVERSAS.

- a) ALERGIA.- POR HIPERSENSIBILIDAD PUEDEN APARECER FIEBRE ERUPCIONES CUTÁNEAS, ETC.
- b) TOXICIDAD.-
 - 1o.- EL DOLOR EN EL SITIO DE INYECCIÓN ES COMÚN Y SE PUEDE EVITAR INYECTÁNDOLA CON ANESTESIA.
 - 2o.- EL EFECTO TÓXICO MÁS SERIO ES EL TRASTORNO DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR, VÉRTIGO Y PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO.
 - 3o.- A ALTAS DOSIS PRODUCE NEFROTÓXICO

PREPARACIONES:

FRASCO DOSIS MÚLTIPLES I.M.
CONTENIENDO 1-5g. POLVO PARA DISOLVER Y AMPOLLETA CON 0.5g/ml. (1-10ml).

KANAMICINA-NEOMICINA.

GRUPO CONSTITUÍDO POR MEDICAMENTOS MUY RELACIONADOS QUÍMICAMENTE.

NEOMICINA AISLADA DEL STREPTOMYCES FRADIAL EN 1949.

KANAMICINA AISLADA DEL STREPTOMYCE KANAMYCETICUS 1 57.

ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

SON BACTERICIDAS A CONCENTRACIONES DE 1-10mg/ml. PARA BACTERIAS G+ Y- Y MYCOBACTERIAS PERO SON SUSCEPTIBLES PROTEUS, PERO PSUDOMONAS Y ESTREPTOCOCOS SON RESISTENTES.

ABSORCIÓN, METABOLISMO Y EXCRESIÓN.

SON ABSORVIDAS EN FORMA SIGNIFICATIVA DE APARATO DIGESTIVO. DESPUÉS DE ADMINISTRACIÓN BUCAL ES SUPRIMIDA LA FLORA DE INTESTINO Y EL MEDICAMENTO ES EXCRETADO EN HECEES. SE EXCRETA POR ORINA CUANDO SE ADMINISTRA I.V. Y POR BILIS.

USOS CLÍNICOS.

A) USO TÓPICO.

SOLUCIONES 1-5mg/ml. SOBRE SUPERFICIES INFECTADAS O INYECTADAS EN ARTICULACIÓN, CAVIDADES HISTICAS O ABSCESSOS Y PLEURA.

UNGÜENTOS CON 1-3mg/g EN LESIONES CUTÁNEAS O NORINAS - PARA SUPRECIÓN DE ESTAFILOCOCOS.

AEROSOL.- INFECCIONES DE VÍAS AÉREAS INFERIORES.

B) USO BUCAL.

- REDUCCIÓN PREOPERATORIA DE FLORA INTESTINAL 1g CADA 4-6 HORAS/2-3 DÍAS ANTES DE LA OPERACIÓN.
- DOSIS DE 1g C/6 HORAS DE PAROMOMICINA ES EFECTIVO EN TRATAMIENTO DE AMIBIASIS INTESTINAL.
- PARA INFECCIONES POR E COLI, SIGELLA O SALMONELLA.

MACRÓCIDOS.

ESTÁN FORMADOS POR UNA BACTERIA, UNA PORCIÓN CETÓNICA Y UN AMINOAZÚCAR. LA ESTRUCTURA DE LA VANCOMICINA NO ES BIEN--CONOCIDA Y LA DE LA LINOMICINA NO ES LA DE UN MACRÓCIDO, PERO--AMBAS DROGAS TIENEN PROPIEDADES IMPORTANTES EN COMÚN CON ÉSTOS Y POR ELLO SE INCLUYEN.

LOS MACRÓCIDOS SON ANTIBIÓTICOS DE ESPECTRO ESTRECHO, MUY SEMEJANTES A LAS PENICILINAS NATURALES. SON EFECTIVOS CONTRA LA MAYOR PARTE DE BACTERIAS G+. EN PARTICULAR SE LES HA EN--CONTRADO UTILIDAD EN EL MANEJO DE INFECCIONES POR ESTREPTOCO--COS PRODUCTORES DE PENICILINASA.

SE INCLUYEN EN ESTE GRUPO: LINCOMICINA, ERITROMICINA, LEU--COMICINA, VANCOMICINA.

ERITROMICINA.

ES OBTENIDA DEL STREPTOMYCES ERYTHREUS (1952). SON EFEC--TIVAS CONTRA LOS G+, ESPECIALMENTE PNEUMOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y CORINEBACTERIAS A CONCENTRACIONES DE 0.02-2---mg/ml NEISSERIA, MYCOPLASMA, HEMOFILUS Y CLOMIDIA TRACOMATIS--SON SUSCEPTIBLES TAMBIÉN.

ABSORCIÓN, METABOLISMO Y EXCRECIÓN.

LAS ERITROMICINAS BÁSICAS SON RÁPIDAMENTE DESTRUÍDAS POR--LOS ÁCIDOS EN ESTÓMAGO.

EL ESTEARATO DE ERITROMICINA ES ACIDO RESISTENTE PERO NOTAN BIEN ABSORBIDO COMO LOS ESTERES DE ERITROMICINA.

PORSONIMCRETADAS EN GRAN PARTE POR BILIS (HECES) Y SOLO 5%

USOS CLÍNICOS.

MEDICAMENTO DE ELECCIÓN EN ALGUNAS INFECCIONES POR CORYNE BACTERIAS (PORTADORES DE DIFTERIA, SEPTICEMIA POR DIFTEROIDES, ERITRASMA) Y EN LA ENFERMEDAD CAUSADA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE.

SON MUY ÚTILES COMO SUBSTITUTO DE LAS PENICILINAS EN PERSONAS SUSCEPTIBLES A ÉSTAS ÚLTIMAS Y CON INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS O NEUMOCÓCICAS.

DOSIS BUCAL - 0.5 g C/6 HORAS ADULTOS
40mg/kg/DÍA NIÑOS

DOSIS I.V. - 0.5g C/8-12 HORAS ADULTOS
40mg/kg/DÍA NIÑOS

REACCIONES ADVERSAS.

- 1.- EFECTOS GASTROINTESTINALES: AMOREXIA, NÁUSEA VÓMITO, Y OCASIONALMENTE DIARREA ACOMPAÑAN A LA ADMINISTRACIÓN BUCAL.
- 2.- TOXICIDAD HEPÁTICA: (HEPATITIS AGUDA COLESTÁTICA CON FIEBRE E ICTERICIA O MAL FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO SUBCLÍNICO.

PREPARACIONES USUALES PARA ODONTOLOGÍA.

| | |
|--|---|
| ERITROMICINA BASE (LLOTYCIN) | UNGUENTO AL 1% TABLETAS 250-500mg. |
| ESTOLATO DE ERITROMICINA (LLOSONE LAURITRAM) | CÁPSULAS 125-250mg. TABLETAS MASTICABLES 125mg. TABLETAS 500mg. SUSPENSIÓN BUCAL 125-250 mg/5ml GOTAS DE 100mg/10ml. POLVO PARA SUSPENSIÓN BUCAL 125mg/5ml. |
| ESTEARATO DE ERITROMICINA (PANTOMICINA) | TABLETAS 125-250-500mg. SUSPENSIÓN ORAL FRASCO 100ml. |

INDICACIONES DE PRIMERA ELECCIÓN.

| | |
|----------------|---|
| ESTREPTOMICINA | (TUBERCULOSIS, PASTEURILLA TULARENSIS Y PESTIS). |
| KANAMICINA | (E COLI, ESTAFILOCOCO) |
| NEOMICINA | (USO TÓPICO CUALQUIER G-) |
| MACRÓLIDOS | ALÉRGICOS A PENICILINA CON ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS. |
| TETRACICLINAS | BROUCELLA, CÓLERA, RICKETTSIAS (MENOS TIFO) PSITIAOSIS Y TRACOMAOSTEO MIELITIS. |
| CLORAMFENICOL | TIFOIDEA Y TIFO. |

CAPÍTULO V

FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LA MEMBRANA CELULAR

FUNGICIDAS.

LOS FÁRMACOS QUE SE UNEN A ESTEROLES SON FUNGICIDAS. LA ANFOTERICINA B ES ACTIVA EN INFECCIONES POR HISTOPLASMA, CÁNDIDA, ASPERGILLUS, CRIPTOCOCOS, MUCOR, COCCIDIADIUM Y BLASTOZOOS. ES EL ÚNICO ANTIMICROBIANO EXISTENTE PARA ESTAS MICOSIS.

LA ANFOTERICINA B ES ADMINISTRADA POR VÍA I.V., INICIALMENTE SE DA 0.25mg/kg/DÍA Y LA DOSIS SE AUMENTA GRADUALMENTE HASTA ALCANZAR ENTRE 1-1.5mg/kg/DÍA. EL MEDICAMENTO DEBE DISOLVERSE EN SOLUCIÓN GLUCOSADA Y NUNCA EN SOLUCIÓN SALINA.

LOS DEFECTOS INDESEABLES SECUNDARIOS SON FRECUENTES Y SEVEROS; PRODUCE DAÑO RENAL IRREVERSIBLE, FIEBRE Y TROMBOCITOPENIA EN SITIO DE LA INYECCIÓN. POR LO QUE DEBE USARSE SOLO EN PACIENTES CON MICOSIS PROFUNDAS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA.

MISTATINA.

FUNGICIDA PARTICULARMENTE EFECTIVO CONTRA CÁNDIDA ALBICANS. LAS INFECCIONES INTESTINALES POR ESTE HONGO, QUE SE VEN DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO Y EN PERSONAS DEBILITADAS PUEDEN SER TRATADAS CON 1-2g. DIARIOS DE MISTATINA VÍA ORAL. LAS INFECCIONES EN BOCA, CONJUNTIVAS Y GENITALES SE PUEDEN TRATAR EN FORMA TÓPICA.

ES TÓXICO POR VÍA PARENTERAL.

INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS.

| MEDICAMENTO | EFECTO |
|--|--|
| AMINOGLUCÓSIDOS ANESTÉSICOS O MIORRELAJANTES | PRODUCE PARÁLISIS RESPIRATORIA. |
| SULFATO DE AMIKACINA | CLORURO DE TUBOCURARINA |
| NEOMICINA | BROMURO DE DECAMETANIO |
| KAMICINA | CLORURO DE SUCCIMILCOLINA |
| ESTREPTOMICINA | ETER |
| GENTAMICINA | |
| TOBRAMICINA | ANTICOAGULANTES INGERIBLES |
| | FUROSEMIDA |
| | ÁCIDO ETACRÍNICO |
| | DIURÉTICOS DE ACCIÓN RÁPIDA OTOTOXICIDAD |
| | ANTIBIÓTICOS POLIPÉPTIDOS NEFROTOXICIDAD. |
| ANFOTERICINA B | DIGITÁLICOS HIPOPOTACE--MIA. |
| | NEORRELAJANTES USADOS EN CIRUGÍA AUMENTAN EL EFECTO NEURO RRELAJANTES. |
| | AMINOGLUCÓSIDOS |
| | POLIPÉPTIDOS NEFROTOXICIDAD. |
| CEFALORIDINA | AMINOGLUCÓSIDOS NEFROTOXICIDAD. |

| | | |
|----------------|-----------------|------------------------|
| ERITROMICINA | CLINDAMICINA | DISMINUCIÓN DE LOS -- |
| | PENICILINA | EFFECTOS DE LAS PENICI |
| | SALBUTAMOL | NAS. |
| CLORHIDRATO DE | AGENTES DE BLO- | AUMENTA EL BLOQUEO -- |
| CLINDAMICINA | QUEO NEUROMUSCU | NEUROMUSCULAR. |
| | LAR. | |

INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS.

| | | |
|---------------|--------------------|-------------------------|
| FURAZOLIDINA | ALCOHOL ETÍLICO | REACCIÓN ANTABÚCICA |
| CLORAMFENICOL | ANTICOAGULANTES | EFFECTO ANTICOAGULANTE |
| | FENITOÍNA | NIVELES SÉRICOS DEL-- |
| | | ANTICONSULSIVO, PRODU |
| | | CE NISTAGMO, ANTAXIA |
| | | Y LETARGIA. |
| | MEPERIDINA | EFFECTOS ANTICOLINÉRGIC |
| | | COS. |
| LINCOMICINA | ERITROMICINA | ANTAGONISMO |
| | CAOLIN PECTINA | AUMENTO DE LA ABSOR-- |
| | | CIÓN DEL ANTIBIÓTICO. |
| PENICILINA | CLORAMFENICOL | ANTAGONISMO E INTERFE |
| | ERITROMICINA | FERENCIA DE LOS EFEC- |
| | TETRACICLINA | TOS DE LA PENICILINA. |
| | PROBENECID | |
| TETRACICLINA | ANTICOAGULANTES | DISMINUCIÓN DE LA PRO |
| | | TROMBINA PLASMÁTICA |
| | BICARBONATO DE Na, | |
| | Y ANTIÁCIDOS. | DISMINUCIÓN DE LAS TE |
| | PENICILINA | TRAS. |

SALES DE HIERRO DISMINUCIÓN DE LA
ABSORCIÓN DE AM--
BAS.

CAPÍTULO VI

INFECCIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL

EL TEMA DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL, PODRÍA OCUPAR POR SÍ SOLO UN VOLUMEN IMPORTANTE SI SE INCLUYERAN LAS DESCRIPCIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES QUE EN ELLA SE ENCUENTRAN, POR LO QUE EN ESTE CAPÍTULO TRATAREMOS SOLAMENTE DE DAR UNA DESCRIPCIÓN OBJETIVA DE CADA ENFERMEDAD Y SU TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA DE PRIMERA ELECCIÓN.

MUCHOS DE LOS PROCESOS AGUDOS QUE SE PRESENTAN EN LA CAVIDAD BUCAL EVIDENCIAN LA EXISTENCIA DE UNA INFECCIÓN AGUDA POR MICROORGANISMOS. SIN EMBARGO, LOS ESTADOS INFLAMATORIOS DE LA MUCOSA BUCAL TAMBIÉN SE ENCUENTRAN ENTRE LOS SÍNTOMAS CARDINALES DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS Y OTRAS ALTERACIONES SISTÉMICAS QUE ESTÁN MÁS ALLÁ DEL PROPÓSITO DE UNA CONSIDERACIÓN DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

CUALQUIER ESTADO SISTÉMICO PRIMARIO CAPAZ DE AFECTAR ADVERSAMENTE LA MUCOSA BUCAL PUEDE DESEMPEÑAR UN PAPEL IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DE UNA INFECCIÓN BUCAL, ASÍ COMO PRESENTAR UN COMPLEJO SINTOMÁTICO QUE SE MANIFIESTA CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LAS SUPERFICIES MUCOSAS BUCALES.

LA SUPRESIÓN DEL SISTEMA INMUNE, LAS ENFERMEDADES MALIGNAS, LA CARIES, Y LAS IATROGENIAS DENTALES SON CAUSA IMPORTANTE EN LAS INFECCIONES AGUDAS DE CAVIDAD BUCAL.

BARRERAS CORPORALES FRENTE A LA INFECCIÓN.

UN INDIVIDUO VIVE EN ARMONÍA CON SU FLORA BACTERIANA NORMAL, PERO ESTE EQUILIBRIO PUEDE QUEDAR ALTERADO POR LA ENFERMEDAD.

LAS DEFENSAS DEL HUÉSPED SON UN FACTOR IMPORTANTE QUE DETERMINA EL QUE SE PRODUZCA O NO LA INFECCIÓN.

TALES DEFENSAS COMPRENEN LAS BARRERAS ANATÓMICAS COMO -- LAS MUCOSAS Y TEJIDOS DUROS DE LA BOCA INTACTOS, BARRERAS FISIOLÓGICAS COMO EL PH DE SALIVA Y LÍQUIDOS DEL SURCO GINGIVAL-- FACTORES DE INMUNIDAD COMO SON: LOS ANTICUERPOS ESPECÍFICOS,-- LAS CÉLULAS FAGOCITARIAS, COMO LOS NEUTRÓFILOS O LOS MACRÓFAGOS DEL SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA ENFERMEDAD ES CAUSADA POR-- MICROORGANISMOS QUE POR LO COMÚN SON DE LA FLORA NORMAL DE LA BOCA Y QUE EN CONDICIONES NORMALES NO SON VIRULENTOS PARA EL-- HUÉSPED.

LOS MICROORGANISMOS QUE NO FORMAN PARTE DE LA FLORA NORMAL Y QUE SE ENCUENTRAN EN EL HUÉSPED, ES PREDECIBLE QUE CAUSARÁN ENFERMEDAD.

FLORA NORMAL DE LA BOCA.

LA BOCA ALBERGA INNUMERABLES MICROORGANISMOS EN UN ECOSIS-
TEMA DE COMPLEJIDAD CONSIDERABLE.

LOS MICROORGANISMOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA FLORA NORMAL-
DE LA BOCA SON A GRANDES RASGOS:

COCOS GRAMNEGATIVOS: NEISSERIA PHARYNGIS Y BRANHAMELLA---
CATARRHALISI (AEROBIOS) ANAEROBIOS: NEILLONELLA.

BACILOS Y FILAMENTOS GRAMPOSITIVOS: BACTOBACILOS, CORYNE-
BACTERIUM, BACILLUS, ACTINOMYCES, ARACHNIA, EUBACTERIUM, PRO--
PIONIBACTERIUM, BACTERIONEMA, ROTHIA, BIFIDOBACTERIUM, CLOSTY-
DIUM.

BACILOS Y FILAMENTOS GRAMNEGATIVOS: HAEMOPHYLUS, EIKENE-
LLA, CAMPYLOBACTER (VIBRIO), BACTEROIDES FRAGILIS.

LEPTOTRICHIAS, ACTINOBACILLOS, COLIFORMES, ESPIROQUETAS,-
LEVADURAS MICOPLASMA, PROTOZOARIOS, VIRUS.

TODOS ESTOS MICROORGANISMOS FORMAN PARTE DE LA FLORA NOR-
MAL DE LA BOCA Y POR LO GENERAL NO SON VIRULENTOS PARA EL HOM-
BRE, SIEMPRE Y CUANDO LAS BARRERAS CORPORALES NO SE ROMPAN.

LA CARIES DENTAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SON LOS PADE-
CIMIENTOS BUCALES MAS COMUNES EN LOS CUALES LOS MICROORGANIS--
MOS DE LA FLORA NORMAL TIENEN UN PAPEL IMPORTANTE. MUCHAS---
OTRAS INFECCIONES SE ENCUENTRAN EN LA BOCA Y TEJIDOS ASOCIADOS

Y PUEDEN SER CAUSADAS POR BACTERIAS, VIRUS Y HONGOS. TAMBIÉN PUEDEN DESARROLLARSE INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y OTRAS RELACIONADAS CON CIRUGÍA BUCAL.

SIGNOS DE INFECCIÓN.

ESTOS INCLUYEN ULCERACIÓN DE LAS MUCOSAS, INFLAMACIÓN, SECRECIONES SINUSALES, MANCHAS ROJAS O BLANCAS SOBRE LAS MUCOSAS (FÍSTULAS) E INDURACIÓN DEL TEJIDO BLANDO. LOS SÍNTOMAS INCLUYEN DOLOR, AUMENTO DE TEMPERATURA CORPORAL, PÉRDIDA DE LA FUNCION DE LA PARTE INFECTADA, INFLAMACIÓN (NO SIEMPRE), LINFA DENOPATÍA Y MALESTAR GENERAL.

LOS DATOS DE LABORATORIO EN LA INFECCIÓN INCLUYEN UN AUMENTO DE LOS LEUCOCITOS Y DE LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN ERI TROCÍTICA.

EL DESCUBRIMIENTO DE UN MICROORGANISMO FUERA DE SU HABITAT ES PRUEBA DE INFECCIÓN. ASÍ COMO UNA INTENSA PROLIFERACIÓN DE DETERMINADA BACTERIA (M.O) EN ASOCIACIÓN CON UN SÍNDROME CLÍNICO ESPECÍFICO, CONSTITUYE UNA PRUEBA DE PRESUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA.

A CONTINUACIÓN PRESENTO UN CUADRO DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE CAVIDAD BUCAL Y SU PROBABLE AGENTE CAUSAL.

BASADA EN ESTE CUADRO ENUNERO LAS INFECCIONES AGUDAS DE CAVIDAD BUCAL MÁS COMUNES Y SU TERAPÉUTICA DE PRIMERA ELECCIÓN.

INFECCIONES BUCALES.

NOMENCLATURA

MICROORGANISMO CAUSAL

1.- CARIES DENTAL

STREPTOCOCUS MUTANS.

2.- INFECCIONES QUIRÚRGICAS

E INFECCIONES RELACIONADAS CON TEJIDOS DUROS

BACTEROIDES ACTINOMYCES---
CAPNOCYTOPHAGA.
ACTINOBACILLUS Y OTROS.

3.- ENFERMEDADES PERIODONTALES.

a) ALVÉOLO SECO (OSTEITIS AGUDA) ACTINOMYCES

b) ABSCESO DENTAL

ESTREPTOCOCOS Y ANAEROBIOS BUCALES.

c) OSTEOMIELITIS

STAFILOCOCCUS ANREUS MÁS COMÚN Y OTRAS BACTERIAS.

d) ANGINA DE LUDWIG

ANAEROBIOS BUCALES, STREPTOCOCUS BETA-HEMOLÍTICOS.

e) PERICORONITIS

ANAEROBIOS BUCALES COMO BACTEROIDES GINGIVALES.

f) HERIDAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS.

ESTREPTOCOCOS BUCALES
ESTAFILOCOCCO ANREUS
BACTEROIDES.

4.- INFECCIONES BACTERIANAS

DE TEJIDOS BUCALES BLANDOS.

| NOMENCLATURA | MICROORGANISMO CAUSAL |
|---|--|
| a) ESTOMATITIS ESTREPTOCÓCICA Y AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA. | ESTREPTOCOCO BETA-HEMOLÍTICO (GRUPO A LANCEFIELLO) |
| b) DIFTERIA | CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE |
| c) ANGINA DE VINCENT | BACTEROIDES GINGIVALES, FUSO ESPIROQUETAS. |
| d) GONORREA | NEISSERIA GONORHOE. |
| e) SÍFILIS | TREPONEMA PALLIDIUM |
| f) SIALODENITIS AGUDA | STAPHYLOCOCCUS AUREUS STREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS |

1.- CARIES DENTAL

LA CARIES ES: PROCESO PATOLÓGICO ASOCIADO A LA DISOLUCIÓN Y DESINTEGRACIÓN GRADUALES DEL ESMALTE Y LA DENTINA, CON INVASIÓN EVENTUAL DE LA PULPA DENTAL, SI ESTE NO ES TRATADO.

LA CARIES DENTAL NO SE ATRIBUYE A UN AGENTE PATOLÓGICO---ÚNICO, SINO QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO: LACTOBACILLUS ADIPIPHILUS, STREPTOCOCOS MUTANS Y MITIOR, ENBACTERIUM, ARACHNIA,--ACTINOMYCES Y LEVADURAS (CAPACES DE PRODUCIR UN PH DE 5.5 O MENOR), ASÍ COMO EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y LA FALTA DE HIGIENE BUCAL SON LAS CAUSAS PRINCIPALES DE LA PRODUCCIÓN DE CARIES.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CARIES ES SIN DUDA ALGUNNA LA CAVITACIÓN DE LA PIEZA DENTAL AFECTADA.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

LA CARIES PUEDE PRESENTARSE COMO UNA MANCHA SUPERFICIAL-QUE VA DEL BLANCO AL CAFÉ O MARRÓN CON O SIN CAVITACIÓN A SIM-
PLE VISTA.

HAY ZONAS EROSIONADAS O ABRASIVAS DEBIDAS A LA DISOLU-
CIÓN DEL ESMALTE Y DENTINA.

SE PRESENTA DOLOR AL CAMBIO DE TEMPERATURA BUCAL Y EN ES-
TADOS AVANZADOS DE CARIES, DONDE ESTÁ AFECTADA LA PULPA, HAY-
DOLOR AL MORDER, A LA PERCUCIÓN, CON SABORES ÁCIDOS O DULCES,
ETC.

LA CARIES COMO TAL NO ES TRATADA CON AGENTES ANTIBACTE-
RIANOS, YA QUE ESTE PROCESO ES IRREVERSIBLE, PERO LO TOCAMOS-
EN ESTE TEMA POR SER LA CAUSA PRINCIPAL DE LAS LESIONES PULPA-
RES Y SUS SECUELAS EN LA BOCA.

TRATAMIENTO: EL TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL INCLUYE:
PROFILAXIS (APLICACIONES DE FLUOR E HIGIENE BUCAL), OBTURA-
CIÓN DE LAS CAVIDADES CARIOSAS EN ESTADÍOS TEMPRANOS, ALIMEN-
TACIÓN BALANCEADA Y BAJA EN HIDRATOS DE CARBÓN Y ACTUALMENTE-
SE UTILIZA INMUNIZACIÓN (VACUNAS) CON PREPARACIONES DE STRÉP-
TOCOCCUS MUTANS DEL SERÓTIPO C INCLUYENDO CÉLULAS MUERTAS Y--
VIVAS EN ANIMALES, LOS CUALES ESTÁN DANDO INFORMES DE REDUC-
CIÓN IMPORTANTE DE CARIES.

PULPITIS.

INFECCIÓN DE LA PULPA.

CONFORME LA LESIÓN CARIOSA AVANZA, LA PULPA SE INFLAMA, - YA SEA COMO RESULTADO DE LA INVASIÓN DIRECTA DE BACTERIAS O -- POR EFECTO DE SUS PRODUCTOS DIFUSIBLES. ESTA RESPUESTA INFLA MATORIA, DENOMINADA PULPITIS DÁ COMO RESULTADO NECROSIS PULPAR

EL AUMENTO EN LA PRESIÓN, POR LA FORMACIÓN DE PUS EN LA-- PULPA, IMPULSA A LOS MICROORGANISMOS HACIA EL ÁPICE DEL DIENTE DONDE SE ESTABLECE UNA LESIÓN PERIAPICAL. ESTA OSTEÍTIS PE RIAPICAL PUEDE EXTENDERSE HASTA QUE EL PEIOSTIO DEL ALVÉOLO ES AFECTADO PRODUCIENDO LA LESIÓN CARACTERÍSTICA DE UN ABSCESO -- DENTAL. SI SE DEJA SIN TRATAR EL ABSCESO DESCARGARÍA SU PUS- HACIA LA BOCA O A TRAVÉS DE LA PIEL DE LA CARA..

EN RARAS OCASIONES EL PUS SE ABRE PASO A LO LARGO DE LOS- PLANOS APONEURÓTICOS FACIALES.

DE LAS MUESTRAS RECOGIDAS DE ABSCESOS, SE HA DEMOSTRADO-- QUE LA MAYORÍA CONTIENEN UNA MEZCLA DE MICROORGANISMOS DONDE-- PREDOMINAN ANAEROBIOS, COMO COCOS, ACTINOMYCES, BACTEROIDES ME LAMINOGENICUS Y GINGIVALIS Y VEILLONELLA, ASI COMO STAFILOCOCO AURENS Y ST.ALBUS LOS CUALES SON FLORA NORMAL DE LA BOCA.

LAS PULPITIS SE DIVIDEN EN:

PULPITIS AGUDA Y CRÓNICA: CERRADA O LOCALIZADA, PULPITIS SUPURATIVA LOCALIZADA, PULPITIS CRÓNICA GENERALIZADA, GANGRENA

Y NECROSIS DE LA PULPA, PULPITIS ABIERTA CRÓNICA O AGUDA ETC. DEPENDIENDO DEL ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD Y SU FORMA DE PRESENTARSE CLÍNICAMENTE.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL TIPO PRECISO DE PROCESO MORBOSO PRESENTE EN LA PULPA, ES MUCHAS VECES IMPOSIBLE Y HAY QUE ACEPTAR QUE CUALQUIER VALORACIÓN ES IMPRECISA.

EL DIAGNÓSTICO SE BASARÍA ENTONCES EN LA ANAMNESIS DE LA ENFERMEDAD, PRUEBAS TÉCNICAS, RADIOGRAFÍAS Y PRUEBAS DE PERCUSIÓN, PARA DE ESTE MODO PODER DAR LA TERAPÉUTICA ADECUADA.

TRATAMIENTO.

- 1.- ELIMINAR LA CAUSA DE LA INFECCIÓN.
- 2.- TRATAMIENTO CONSERVADOR ODONTOLÓGICO (ENDODONCIA OPERATORIA, ETC.).
- 3.- BASÁNDONOS EN LA SUSCEPTIBILIDAD DEL GERMEN, PODEMOS ADMINISTRAR EL ANTIBIÓTICO ADECUADO, GENERALMENTE LAS PULPITIS AGUDAS RESPONDEN A LA AMPICILINA (PENBITRIN, PENTREXYL) A DOSIS MEDIAS Y EN PACIENTES ALÉRGICOS ERITROMICINA O TETRAX.

ABSCESO PERIAPICAL.

EL ABSCESO PERIAPICAL, COMUNMENTE DENOMINADO ABSCESO ALVEOLAR AGUDO, COMIENZA GENERALMENTE EN LA REGIÓN PERIAPICAL Y ES PROVOCADO POR UNA PULPA NECRÓTICA. PUEDE APARECER CASI INMEDIATAMENTE DESPUES DE UN TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS PULPARES

Ó DESPUÉS DE UN LARGO PERÍODO DE LATENCIA, PUEDE DESEMBOCAR RE
PENTINAMENTE EN UNA INFECCIÓN AGUDA CON LOS SÍNTOMAS DE INFLA-
MACIÓN, TUMOR, FIEBRE Y PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN.

EL EMPLEO PRECOZ DE UN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CORRECTO,-
EN DOSIS ADECUADAS PUEDE SER EXTREMADAMENTE IMPORTANTE, EN UNA
INFECCIÓN GRAVE QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA.

LOS ABSCESOS UNA VEZ LOCALIZADOS, DEBEN SER INCIDIDOS QUI-
RURGICAMENTE.

DEBE TOMARSE UNA DETERMINACIÓN RÁPIDA CON RESPECTO AL DES-
TINO MÁS DESEABLE PARA UN DIENTE, O VARIOS INVOLUCRADOS EN EL-
DESARROLLO DE UNA INFECCIÓN AGUDA.

UNA VEZ EVALUADOS, SI SE VAN A CONSERVAR SE PROCEDE A TRA-
TAMIENTO DE CONDUCTOS NECRÓTICOS Y EVALUACIÓN DE PUS. SI ES-
TO NO DA RESULTADO, SE PROCEDE A LA EXTRACCIÓN.

LA FILOSOFÍA DE NUNCA EXTRAER UN DIENTE EN PRESENCIA DE -
INFECCIÓN HA SIDO ABANDONADA DEBIDO AL USO DE ANTIBIÓTICOS.

CUANDO ESTA INDICADA UNA ACCIÓN DEFINITIVA EN PRESENCIA -
DE INFECCIÓN AGUDA, EL PACIENTE DEBE SER PROTEGIDO CON LA ADMI-
NISTRACIÓN DE DOSIS ADECUADAS DE ANTIBIÓTICOS PARA ASEGURAR UN
NIVEL SANGUÍNEO RÁPIDO Y SOSTENIDO.

EN ESTE CASO PODRÍAMOS EMPEZAR CON:

PENICILINA G CRISTALINA Y PENICILINA G PROCAÍNA EN DOSIS:

ADULTOS 600-1,000,000 U I.M. Y LUEGO CONTINUAR CON AMPICILINA-
(EJEMPLO: PENTREXYL 500mg 3 VECES/DÍA POR 3 DÍAS) Y DESPUÉS. --
C/6 HORAS 3 DÍAS MÁS). O BIEN:

LLOSONE CÁPSULAS 500mg. (CON LAS MISMAS DOSIS).

ALVÉOLO SECO (OSTEÍTIS LOCALIZADA AGUDA).

LA ALVEOLITIS SECA ES UNA DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERA
TORIAS MÁS COMUNES Y ASOMBROSAS.

LA ETIOLOGÍA DE LA ALVEOLITIS ES DESCONOCIDA, PERO LOS SI
GUIENTES FACTORES AUMENTAN LA INCIDENCIA DE ESTA SECUELA DOLO-
ROSA DE LAS EXTRACCIONES: TRAUMATISMO, INFECCIÓN, DISMINUCIÓN-
DEL SUMINISTRO VASCULAR DEL HUESO CIRCUNVECINO Y ESTADO SISTÉ-
MICO GENERAL.

LA ALVEOLITIS SECA SE DESARROLLA 3-4 DÍAS DESPUÉS DE LA -
EXTRACCIÓN Y SE CARACTERIZA POR LA FORMACIÓN DE COÁGULOS FAL--
SOS DESPUÉS DE UNA HEMORRAGIA PROFUSA Y CONTINUA; ADemás DEL--
DOLOR INTENSO, HAY MAL OLOR Y MALESTAR GENERAL, CON AUMENTO DE
TEMPERATURA CORPORAL.

CLÍNICAMENTE EL ESTADO PUEDE DESCRIBIRSE COMO UN ALVÉOLO-
EN EL QUE SE HA NECROSADO EL COÁGULO SANGUÍNEO PRIMARIO Y SE--
MANTIENE DENTRO DEL ALVÉOLO COMO UN CUERPO EXTRAÑO Y SÉPTICO,-
POR LO QUE ES RECHAZADO Y EL HUESO RESPONDE DE MANERA DE REPA-
RARLO.

TRATAMIENTO.

ESTE SE BASA EN EL MANEJO ADECUADO DE LAS MANIOBRAS INTRA BUCALES, EVITAR LA CONTAMINACIÓN, CIRUGÍA ATRAUMÁTICA, NIVEL-- DE SALUD GENERAL ADECUADO EN EL PACIENTE.

ADEMÁS DEL USO DE ANALGÉSICOS Y PALEATIVOS LOCALES, TALES COMO EL GEL FOAM, IRRIGACIONES SALINAS, ETC., EL TRATAMIENTO - ANTIMICROBIANO DEBERÁ SER INICIADO INMEDIATAMENTE PARA EVITAR-- UNA POSIBLE SEPTICEMIA. EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO GENERAL-- MENTE YO LO EMPEZARÍA CON BENCETAZIL 1 AMPOLLETA I.M. 1,000,000 Y CONTINUAR CON CEFALOSPORINA (VERACEL) O AMPICILINA (PEN----- TREXYL) A DOSIS MEDIAS 500mg. TRES VECES AL DÍA (2 DÍAS), LUE-- GO 500mg. 2 VECES AL DÍA.

INFECCIONES PERICORONARIAS.

AUNQUE LAS INFECCIONES PERICORONARIAS PUEDEN PRESENTARSE-- EN CUALQUIER MOMENTO EN LA VIDA, LAS INFECCIONES PERICORONA--- RIAS APARECEN MÁS COMUNMENTE DURANTE LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y-- LOS COMIENZOS DE LA EDAD ADULTA.

LA INFECCIÓN PERICORONARIA DE LA INFANCIA SE ASOCIA CON - LA ERUPCIÓN DENTAL CUANDO EL TEJIDO PERICORONAL SE INFLAMA Y-- LLEGA A FORMAR UN ABSCESO FLUCTUANTE.

OTRO TIPO DE PERICORONITIS ES EL QUE SE PRESENTA EN TORNO AL TERCER MOLAR INFERIOR Y ES EL MÁS COMÚN.

LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DE LA INFECCIÓN PERICORONARIA SON: LINFADENOPATIA SUBMANDIBULAR, TRISMUS, DOLOR EN LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR Y UN ESTADO GENERAL DE MALESTAR CON ELEVACIÓN DE LA TEMPERATURA, DIFICULTAD AL DEGLUTIR Y SENSIBILIDAD EXTREMA A LA PALPACIÓN EXTERNA O INTRAORAL, TODO ESTO DEBIDO A LA ACUMULACIÓN DE PUS BAJO LA ENCÍA INFLAMADA.

ESTE PROCESO INFECCIOSO ES DE IMPORTANCIA, YA QUE PUEDE DERIVAR EN CELULITIS, LO QUE NOS LLEVA A BUSCAR EL ANTIBIÓTICO ADECUADO PARA SU TRATAMIENTO, APARTE DEBE ELIMINARSE LA CAUSA DE LA INFECCIÓN QUE EN MUCHOS CASOS SERÁ LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE NO ERUPCIONADO O INCLUIDO. EN ESTE CASO EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PUEDE SER PREVENTIVO ANTES DE LA EXTRACCIÓN O BIEN ADMINISTRAR PENICILINAS (PEMPROCILINA O PM-VI-K) O BIEN LLOSONE O TETRAX.

ENFISEMA INFECTADO:

EL ENFISEMA INFECTADO AGUDO GENERALMENTE ES CAUSADO POR EL USO INESTRICTO DE JERINGAS DE AIRE A PRESIÓN O ATOMIZADORES QUE EMPLEAN AIRE COMPRIMIDO. AL SECAR EL CONDUCTO RADICULAR CON AIRE COMPRIMIDO PUEDE FORZARSE MATERIAL SÉPTICO HACIA EL FORAMEN APICAL Y DE AHÍ A TEJIDOS BLANDOS ADYACENTES, PRODUCIENDO UN ENFISEMA Y CELULITIS SÉPTICA.

OSTEOMIELITIS.

LA OSTEOMIELITIS AGUDA ES UNA INFECCIÓN QUE EMPIEZA EN LA PORCIÓN ESPONJOSA DEL HUESO Y POR LO GENERAL ENTRA POR VÍA DE-

UNA HERIDA O UNA ABERTURA A TRAVÉS DE LA CORTICAL ÓSEA (POR--- EJEMPLO UN ALVÉOLO DESNUDO).

ESTA INFECCIÓN PUEDE ENTRAR COMO RESULTADO DE UNA INFEC--- CIÓN PERIAPICAL O PERICORONARIA PREVIA A CUALQUIER INTERVEN--- CIÓN QUIRÚRGICA, O PUEDE SER INTRODUCIDA POR UNA PUNCIÓN DE -- AGUJA, PRINCIPALMENTE SI SE HAN UTILIZADO MÉTODOS DE PRESIÓN O SE HA ADMINISTRADO ANESTESIA INTRAÓSEA.

LA OSTEOMIELITIS AGUDA APARECE CON MÁS FRECUENCIA EN MAXI LAR INFERIOR QUE EN SUPERIOR.

LA INFECCIÓN PUEDE ESTAR LOCALIZADA O AFECTAR TODA LA ES- TRUCTURA MEDULAR.

LOS SÍNTOMAS SON: DOLOR PROFUNDO, PERSISTENTE, ACOMPAÑADO FRECUENTEMENTE DE PARESTESIAS DE LABIO EN FORMA INTERMITENTE. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS QUE RECUBREN LA ZONA, ACOMPAÑADO DE - UNA PERIOSTITIS, MALESTAR GENERAL Y FIEBRE.

POR LO GENERAL SI INVADE TEJIDOS BLANDOS FORMARÁ UN ABSCE UO.

DADO QUE SE PRESENTAN AMPLIAS VARIACIONES EN LA EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS, EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO A VECES ES DIFÍCIL.

TRATAMIENTO: ANTES DE INICIAR UN CULTIVO DE EXUDADO, DEBE RA EMPLEARSE UN ANTIBIÓTICO A GRANDES DOSIS.

POR EJEMPLO: EN UN ADULTO SE INICIARÍA ASÍ:

PENICILINA G CRISTALINA ACUOSA (1,000,000 U I.M.) MEZCLADA CON PENICILINA G PROCAINA (600,000 U I.M.) Y LUEGO CONTINUAR CON PENICILINA V (PEN-VI-K).

EN PACIENTES ALÉRGICOS PODEMOS ADMINISTRAR ERITROMICINA (LLOSONE) 2gr. DIARIOS 2-3 DIAS Y LUEGO CONTINUAR CON 500mg. - CADA 8 HORAS.

ADEMÁS DEBERÁ DRENARSE EL PUS ACUMULADO CON DRENAJE ABIERTO Y DEJAR APÓSITO QUIRÚRGICO. (SECUESTRECTOMÍA).

CELULITIS AGUDA.

LA CELULITIS AGUDA ES UNA INFECCIÓN QUE INVADE LOS TEJIDOS BLANDOS, LA CUAL NO PUEDE SER DETENIDA POR LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL ORGANISMO, YA SEA POR LO ABRUMADOR DE LA INFECCIÓN O POR LA ALTA VIRULENCIA DEL GERMEN PRODUCTOR, POR LO QUE FORMA ZONAS INFECTADAS EXTENSAS Y APARTADAS DEL FOCO INICIAL DE INFECCIÓN.

CUANDO LA RESPUESTA FISIOLÓGICA NO LOGRA CONCENTRAR LA INVASIÓN DE LA INFECCIÓN Y LOS AGENTES TERAPÉUTICOS SON NULOS, - SE PRODUCE LA MUERTE.

UNA CELULITIS DE ORIGEN DENTARIO GENERALMENTE ESTÁ CONFINADA A LA ZONA GENERAL DE LOS MAXILARES.

LOS TEJIDOS BLANDOS SE PONEN GROSERAMENTE DUROS A LA PAL-

PACIÓ*ÓN* POR EL EDEMA, EN ESTE ESTADÍO NO HAY SUPURACIÓ*ÓN*, PUES-
NO ESTÁ LOCALIZADA LA INFECCIÓ*ÓN*.

HAY AUMENTO DE TEMPERATURA, AUMENTO DEL RECUENTO LEUCOCI-
TARIO, AUMENTO DE PRESIÓ*ÓN* CARDÍACA, MALESTAR GENERAL.

GENERALMENTE LA CELULITIS ES PROVOCADA POR BACTERIAS PRO-
DUCTORAS DE PUS (ESTAFILOCOCOS POR EJEMPLO).

CUANDO LA INFECCIÓ*ÓN* SE LOCALIZA, HAY PUS LAUDABLE (VISI-
BLE O PALPABLE). EL MATERIAL PURULENTO PUEDE LABRAR SU CAMI-
NO, DONDE PUEDE EVACUARSE ESPONTÁNEAMENTE O SER INTERCEPTADO-
QUIRURGICAMENTE.

DEPENDIENDO DE SU UBICACIÓ*ÓN* Y LA PROXIMIDAD DE LAS ES---
TRUCTURAS ANATÓMICAS QUE GUÍAN SU AVANCE, EL PUS PUEDE DRENAR
EN NARIZ, SENO MAXILAR, VESTÍBULO BUCAL, PISO DE LA BOCA, CA-
RA O LA FOSA INFRATEMPORAL. PUEDE ABRIRSE PASO HACIA BÓVEDA
CRANEANA Y PRODUCIR BACTEREMIAS (CASO PUBLICADO POR HAYMAKER).

LA INFECCIÓ*ÓN* INICIADA EN CUALQUIER ZONA ES LIMITADA AUTO-
MATICAMENTE POR LAS RESISTENTES CAPAS APONEURÓTICAS QUE DELI-
MITAN LAS REGIONES MAXILARES Y LA BOCA, AUNQUE PUEDE EXTENDER
SE POR VÍA LINFÁTICA O SANGUÍNEA.

TRATAMIENTO.

LA EVACUACIÓ*ÓN* DEL PUS, EN EL MOMENTO QUE SE FORMA UN PUN-
TO ERITEMATOSO SOBRE LA SUPERFICIE AFECTADA.

AL DRENAR EL PACIENTE EMPIEZA A RECUPERARSE.

PERO CUANDO SON INVADIDOS LOS ESPACIOS APONEURÓTICOS O ZONAS INACCESIBLES EN EL CONSULTORIO, EL DRENAJE QUIRÚRGICO SE--
HACE EN EL HOSPITAL.

LOS ANTIBIÓTICOS DETIENEN EL AVANCE DE LA INFECCIÓN, PERO NO VAN A EVACUAR LA PUS.

ANGINA DE LUDWIG.

LA ANGINA DE LUDWIG PUEDE DESCRIBIRSE COMO ABRUMADORA CELULITIS SÉPTICA GENERALIZADA DE LA REGIÓN SUBMAXILAR. AUNQUE NO SE VE CON FRECUENCIA, LA ANGINA DE LUDWIG, CUANDO APARECE--
GENERALMENTE ES LA EXTENCIÓN DE UNA INFECCIÓN DE UN MOLAR INFERIOR HACIA EL PISO DE LA BOCA, DADO QUE LAS RAÍCES SE ENCUENTRAN POR DEBAJO DE LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO MILOHIOIDEO. GENERALMENTE SE OBSERVA DESPUÉS DE UNA INFECCIÓN.

SE CARACTERIZA POR UNA MARCADA INDURACIÓN. LOS TEJIDOS--
ESTÁN ACARTONADOS Y NO SE DEPRIMEN A LA PRESIÓN. NO EXISTE--
FLUCTUACIÓN. LOS TEJIDOS SE GANGRENAN Y CUANDO SE LOS CORTA--
TIENEN UN ASPECTO PARTICULAR CARENTE DE VIDA, AUNQUE BIEN DELIMITADO EL TEJIDO COMPROMETIDO DEL TEJIDO NORMAL.

ESTÁN INVOLUCRADOS TRES ESPACIOS APONEURÓTICOS A AMBOS LADOS: LOS ESPACIOS SUBMAXILAR, SUBMENTONIANO Y SUBLINGUAL. SI EL COMPROMISO NO ES BILATERAL NO ES ANGINA DE LUDWIG.

ADEMÁS EL PACIENTE TIENE ASPECTO DE BOCA ABIERTA, POR LA ELEVACIÓN DEL PISO DE LA BOCA Y LA LENGUA PROTRUIDA.

LA INFECCIÓN A MENUDO ES CAUSADA POR UN ESTREPTOCOCO HEMOLÍTICO, AUNQUE PUEDE SER UNA MEZCLA DE MICROORGANISMOS AEROBIOBIOB, QUE PUEDEN SER RESPONSABLES DE LA PRESENCIA DE GAS EN LOS TEJIDOS.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

ESCALOFRÍOS, FIEBRE, EL AUMENTO DE LA SALIVACIÓN, RIGIDEZ EN LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA Y LA INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA.

SE ENCUENTRA ENGROSADO EL PISO DE LA BOCA Y LOS TEJIDOS DEL CUELLO, ASÍ COMO LA LARINGE ESTÁN ADEMATIZADOS. LA RESPIRACIÓN SE VUELVE DIFÍCIL.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN ANTIBIÓTICOS EN DOSIS MASIVAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ASÍ COMO MANIOBRAS PARA MANTENER VÍA RESPIRATORIA PERMEABLE (TRAQUEOSTOMÍA).

HERIDAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS.

ESTAS INFECCIONES NO SON COMUNES DESPUÉS DE CIRUGÍA INTRABUCAL A PESAR DEL GRAN NÚMERO DE BACTERIAS QUE RODEAN LOS BORDES DE LA HERIDA.

ES MÁS FRECUENTE LA INFECCIÓN DE LAS LESIONES FACIALES -- QUE DE LAS HERIDAS DENTRO DE BOCA Y LA CAUSA MÁS COMÚN DE ---- ELLAS SON LOS ESTAFILOCOBOS. LOS ESTREPTOCOCOS Y ESTAFILOCO-

COS BUCALES Y ANAEROBIOS COMO LA ESPECIE BACTEROIDES Y COCOS--
PUEDEN CAUSAR LA INFECCIÓN DE HERIDAS EN EL INTERIOR DE LA BO
CA.

EL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS SOLO SE EMPLEARÁ EN ES--
TOS CASOS CUANDO LA SINTOMATOLOGÍA SEA MUY MARCADA, YA QUE LA
BOCA SANA SOLA GENERALMENTE.

INFECCIONES BACTERIANAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

ESTOMATITIS ESTREPTOCÓCICA.

ESTA HA SIDO DESCRITA COMO UNA LESIÓN ROJA, DOLOROSA QUE
DESARROLLA POR LO GENERAL EN PALADAR DURO, DE LA CUAL SE AIS-
LAN EN GRAN CANTIDAD ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS, CASI ---
SIEMPRE DEL GRUPO A DE LANCEFIELD.

GENERALMENTE HAY ESTOMATITIS ESTREPTOCÓCICA CUANDO HAY-
FOCOS INFECCIOSOS EN FARINGE.

ES ACONSEJABLE EL TRATAMIENTO CON PENICILINAS. COMO DI
JIMOS. ANTES LA ESTOMATITIS ESTREPTOCÓCICA SE ASOCIA A FARIN--
GOAMIGDALITIS, POR LO QUE EL TRATAMIENTO ES A BASE DE PENICI-
LINAS, QUE EN ORDEN DE ELECCIÓN PODRÍAMOS ADMINISTRAR.

- 1) PENICILINA PROCAÍNA 400,000 U PARA MENORES DE 6 AÑOS--
Y 800,000 U PARA ADULTOS VÍA DE ADMINISTRACIÓN I.M.--
CADA 24 HORAS POR 4 DÍAS SEGUIDA DE PENICILINA BENZA-
TÍNICA 600,000 U PARA LOGRAR EFECTOS A LARGO PLAZO.

2) ERITROMICINA: SE EMPLEA COMO SUSTITUTO EN PERSONAS ALÉRGICAS A PENICILINAS A DOSIS DE 56-100mg. KG/DÍA/10 DÍAS VÍA ORAL.

3) AMOXICLINA (AMOXIL): NIÑOS 125 - 250mg CADA 8 HORAS ORAL POR 10 DÍAS.

ADULTOS 250 - 500mg C/8 HORAS ORAL/10 DÍAS.

ABSCESO PERIODONTAL.

LLAMADO TAMBIÉN BOLSA PERIODONTAL POR LA FORMA QUE TIENE ESTE. GENERALMENTE EL ABSCESO COMIENZA COMO UNA AGLOMERACIÓN FOCAL DE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES EN UN LOCUS NECRÓTICO DENTRO DEL TEJIDO CONJUNTIVO.

EL ABSCESO PERIODONTAL DERIVA DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA MARGINAL Y LA PULPA SUELE SER NORMAL. EL ABSCESO CASI SIEMPRE DRENA DIRECTAMENTE DENTRO DE LA ZONA DEL SURCO A TRAVÉS DE LA ROTURA NECRÓTICA EN EL EPITELIO DE LA BOLSA.

SE ENCUENTAN EN EL ABSCESO BACTEROIDES GINGIVALIS, ESTREPTOCOCOS FACULTATIVOS, BACILOS ANAEROBIOS GRAMNEGATIVOS, COMO ST. ALBUS.

LOS SÍNTOMAS GENERALES VARÍAN SEGÚN LA INTENSIDAD DEL PROCESO INFLAMATORIO Y CONSISTEN EN LINFADENOPATÍA, FIEBRE BAJA, MALESTAR.

GINGIVITIS.

LA GINGIVITIS ES LA INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS CARACTERIZADA CLINICAMENTE POR TUMEFACCIÓN, ENROJECIMIENTO, CAMBIO DE LOS CONTORNOS NORMALES Y HEMORRAGIA.

GENERALMENTE HAY BOLSAS GINGIVALES RESULTANTES DE LA TUMEFACCIÓN TISULAR QUE NO AFECTAN EL HUESO.

PODEMOS CLASIFICAR LAS GINGIVITIS EN:

GINGIVITIS INFLAMATORIA SIMPLE, GINGIVITIS DE LA DIABETES MELLITUS, GINGIVITIS GRAVÍDICA, GINGIVITIS LEUCÉMICA, GINGIVITIS POR DIFENILHIDANTOINA, GINGIVITIS HIPOVITAMINOSIS Y GINGIVITIS POR METALES PESADOS.

EL TRATAMIENTO ES LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTORES IRRITATIVOS LOCALES Y EL CONTROL DE LOS FACTORES PREDISPONENTES GENERALES.

LOS FACTORES GENERALES, TALES COMO TOXICIDAD MEDICAMENTOSA, DIABETES, CARENCIAS NUTRITIVAS DEBEN CORREGIRSE.

EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON GINGIVITIS SOLO ES RECOMENDABLE CUANDO SE HARÁ ALGÚN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O COMO PROFILAXIS DE ESTE ÚLTIMO.

EN PACIENTES LEUCÉMICOS GENERALMENTE LA GINGIVITIS SE COMPLICA CON MONILIASIS, ESTOMATITIS HERPÉTICA O ESTOMATITIS-ESTREPTOCÓCICA POR LO QUE SE DEBERÁN TRATAR LOCALMENTE Y CON-

EL AGENTE MEDICAMENTOSO MÁS FAVORABLE.

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE.

ESTE TIPO DE ESTOMATITIS SE PRESENTA COMO ULCERACIONES--
DOLOROSAS AGUDAS EN LA MUCOSA ORAL AISLADAMENTE O POR BROTES.
LA FRECUENCIA Y LA GRAVEDAD VARÍAN DESDE LA APARICIÓN DE UNA-
LESIÓN OCASIONAL DOS O TRES VECES AL AÑO HASTA UNA ESTOMATITIS
GENERALIZADA QUE SE PRODUCE CADA MES.

MÁS QUE TRATAR ESTE PADECIMIENTO CON ANTIBIÓTICOS LO MEN-
CIONO PORQUE ALGUNAS VECES SE PRESENTA EN PACIENTES QUE PRE--
SENTAN ALGÚN PROCESO INFECCIOSO AGUDO Y QUE TIENEN BAJAS LAS-
DEFENSAS DEL ORGANISMO.

DIFTERIA.

EL ORGANISMO CAUSAL DE LA DIFTERIA ES EL CORYNE BACTE---
RIUM DIPHTHERIAL Y OTROS.

TIENE UN PERÍODO DE INCUBACIÓN DE 3-5 DÍAS Y SE ADQUIE--
RE DE PERSONA A PERSONA POR LAS GOTITIAS DE PFLUGGER O INDI--
RECTAMENTE POR UNAS AMÍGDALAS INFECTADAS.

LA INFECCIÓN SE PRESENTA COMO DE LOCALIZACIÓN SENCILLA,-
FORMA PROGRESIVA Y FORMA TÓXICA.

AL PRINCIPIO LA LENGUA Y LA FARINGE ESTÁN ENROJECIDAS,--
SECAS Y CUBIERTAS DE MOCO, MIENTRAS LAS AMÍGDALAS PRESENTAN-
UNAS MANCHAS BLANCO-GRISÁCEAS. ESTA SEUDOMEMBRANA SE VA --

ADHIRIENDO A AMÍGDALAS HASTA FORMAR UNA MEMBRANA BLANCO-GRISÁCEA CON BORDES ROJIZOS QUE PUEDEN AFECTAR PALADAR BLANDO.

LA MEMBRANA CONTIENE FIBRINA, LEUCOCITOS CORYNEBACTERIUM DIPHTHERICAE Y OTROS MICROORGANISMOS.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

SE PRESENTA FIEBRE HASTA 39°C., ENROJECIMIENTO DE LA MUCOSA BUCAL, DIFICULTAD PARA DEGLUTIR Y PARA RESPIRAR, TOS Y MALESTAR GENERAL.

DESPUES DE 4-6 DÍAS LA FIEBRE REMITE Y LA MEMBRANA VA DESAPARECIENDO YA QUE SE NECROSA. AL CABO DE 9 DÍAS APARECEN ULCERACIONES SUPERFICIALES Y A LAS 2 SEMANAS DESAPARECEN TODAS LAS ALTERACIONES FARÍNGEAS.

DEBE DIFERENCIARSE DE LA AMIGDALITIS AGUDA Y DE LA ANGINA NECRÓTICA.

GONORREA.

LA ESTOMATITIS GONORREÍCA ES EXTREMADAMENTE RARA, LO QUE NO DEJA DE SER SORPRENDENTE DADA LA FRECUENCIA DE LA GONORREA.

LA ESTOMATITIS GONORREÍCA SE CARACTERIZA POR UNA SENSACIÓN PRURIGINOSA Y QUEMANTE JUNTO CON LESIONES EROSIONADAS DE ASPECTO LINEAL O APLANADO RECUBIERTAS POR UNA SEUDOMEMBRANA AMARILLENTA. LA MUCOSA ORAL EN SU CONJUNTO OFRECE UNA COLORACIÓN ROJO VIVO Y EL FLUJO SALIVAL ESTÁ DISMINUÍDO.

LAS FROTIS DEMUESTRAN LA PRESENCIA DE NUMEROSOS DIPLOCOCOS GRAMNEGATIVOS (NEISSERIA GONORREA) LOCALIZADOS EXTRA E INTRACELULARMENTE EN LOS NEUTRÓFILOS POLIMORFONUCLEARES.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: SE DEBERÁ DIFERENCIAR DE CANDIDIASIS.

TRATAMIENTO.

PENICILINA G PROCAÍNICA ACUOSA 4.8 MILLONES U I.M. INYECTADA EN 2 ó MÁS SITIOS EN UNA SOLA VISITA JUNTO CON I_g. DE -- PROBENECID VÍA ORAL ANTES DE LAS INYECCIONES.

Y PARA GONOCOCOS RESISTENTES CEFALOSPORINAS + BENCETAZYL.

SIFILIS.

LA SIFILIS ES UNA ENFERMEDAD CAUSADA POR EL TREPHONEMA - PALLIDUM, UN MICROORGANISMO QUE SE MUEVE GRACIAS A LA FLEXIÓN ACTIVA DE SU CUERPO ESPIRAL.

AUNQUE ES CONSIDERADA ENFERMEDAD VENÉREA, PUEDE TRANSMITIRSE POR MANIOBRAS INTRAORALES ENTRE PROFESIONALES (DENTISTAS).

EN LAS FASES INICIALES DE LA SIFILIS, INCLUSO EN LA FORMA CONGÉNITA DEL LACTANTE, LAS CARACTERÍSTICAS LESIONES DE -- LOS LABIOS Y LA BOCA PUEDEN SUGERIR EL DIAGNÓSTICO.

PERÍODO PRIMARIO (AGUDO). DESPUÉS DE UN PERÍODO DE INCUBACIÓN DE 3 SEMANAS APARECE UN INFILTRADO INFLAMATORIO, EROSI

VO O ULCERADO EN EL LUGAR DE LA INFECCIÓN: ES EL CHANCRO. NO ES INFRECUENTE OBSERVARLO EN LOS LABIOS (PLIEGUE CENTRAL O COMISURAS), PUNTA DE LA LENGUA, AMÍGDALAS, ENCÍAS U OTRAS PARTES DE LA CAVIDAD ORAL.

EL CHANCRO MADURO ES UN NÓDULO REDONDO U OVALADO INDOLORO DURO, ROJO MARRONOSO, QUE SE ULCERA CASI EN TODA SU SUPERFICIE; LA BASE DE LA ÚLCERA ES BRILLANTE Y OFRECE UN ASPECTO LIMPIO Y "CLARO". EN LA LENGUA EL CHANCRO SUELE LOCALIZARSE EN LA PUNTA.

GENERALMENTE HAY GANGLIOS TUMEFACTOS E INDOLOROS, QUE SON UN DATO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, YA QUE EN ELLOS ES FÁCIL ENCONTRAR EL TREPONEMA PALLIDUM.

EL DIAGNÓSTICO SE LLEVA A CABO MEDIANTE:

- 1.- VDRL.- PRUEBA ANTIGÉNICA NO TREPONÉMICA.
- 2.- PRUEBA ANTICUERPOS ANTITREPONEMA (AB-ATFS).
- 3.- EXAMEN MICROSCÓPICO DIRECTO DE EXUDADO FRESCO.
- 4.- EXAMEN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO (PARA SÍFILIS SECUNDARIA).

TRATAMIENTO.

DEBERÁ ADMINISTRARSE:

PENICILINA G BENZATÍNICA (EJEMPLO BENZETAZYL) 1.2 MILLONES DE U EN CADA NALGA PARA UN TOTAL DE 2.4 MILLONES DE U EN UNA SOLA APLICACIÓN, Y REPETIR LA DOSIS UNA SEMANA DESPUÉS.

OTROS REGÍMENES DE PENICILINA NO SON DESEABLES.

SIALADENITIS AGUDA.

CUALQUIER INFLAMACIÓN AGUDA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES --
PUEDE DENOMINARSE SIALADENITIS AGUDA.

LO QUE SE CONSIDERA, SIN EMBARGO, EN ESE CASO SON LAS ADE
NOPATÍAS AGUDAS INESPECÍFICAS NO RELACIONADAS CON OTROS ESTA--
DOS PATOLÓGICOS.

SINTOMATOLOGÍA.

ESTAS TUMEFACCIONES SON GENERALMENTE DE APARICIÓN RÁPIDA,
AUNQUE PUEDE SER LA FASE AGUDA DE ALGÚN ESTADO CRÓNICO. LA--
GLÁNDULA ESTÁ DOLORIDA Y TENSA, GENERALMENTE DE UN SOLO LADO Y
PUEDE VERSE PUS EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO O SE LO PUEDE HA--
CER SALIR DEL MISMO. HAY AUMENTO DE TEMPERATURA CORPORAL, DI
FICULTAD PARA HABLAR O PARA LLEVAR PRÓTESIS.

SI NO SE CONTROLAN ESTAS INFECCIONES PUEDEN LOCALIZARSE--
POR DEBAJO DE LA PIEL Y NECESITARÁN DRENAJE QUIRÚRGICO.

ETIOLOGÍA: PREDORIVAN STREPTOCOCO SALIVARIUS Y VIRIDANS,--
ASÍ COMO PAROTIDITIS EPIDÉRMICA UNILATERAL.

TRATAMIENTO: DEBERÁ BASARSE EN LOS RESULTADOS DE CULTIVOS
DE EXUDADO. AUNQUE SE PUEDE INICIAR EL TRATAMIENTO EN FORMA--
"EMPÍRICA" CON PENTREXYL 500mg, MAS PENICILINA G PROCAÍNICA--
800,000 U I.M. POR 3 DÍAS.

BENZETACIL.

| | | | |
|---------------------------------------|---------|-----------|---------|
| FÓRMULA PARA ACCIÓN PROLONGADA: | 600,000 | 1,200,000 | 2400000 |
| DIBENCILETILENDIAMINA DIPENICILINA G. | 600,000 | 1,200,000 | 2400000 |
| DILVENTE: (AGUA INYECTABLE) | 1.5 ml. | 3.0ml. | 6.0ml. |

FÓRMULA PARA ACCIÓN RÁPIDA Y PROLONGADA.

| | |
|---------------------------|--------------|
| DIBENCILETILENDIAMINA | 1,200,000 U. |
| DIPENICILINA G. | 600,000 U. |
| PENICILINA G PROCAÍNICA | 300,000 U. |
| PENICILINA G POTÁSICA | 300,000 U. |
| AMPYENTE: AGUA INYECTABLE | 1.5ml. |

INDICACIONES:

BENZETACIL ACCIÓN PROLONGADA Y BENZETACIL COMBINADO, ESTÁN INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DEBIDAS A MICROORGANISMOS SENSIBLES A PENICILINAS. INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS COMO: FARINGITIS, AMIGDALITIS, ETC., EN EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE FIEBRE REUMÁTICA.

SE USA COMO PRIMERA ELECCIÓN EN PADECIMIENTOS COMO SIFILIS, GONORREA, CELULITIS, ABSCESOS DENTALES O INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS.

CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD A LA PENICILINA.

PRECAUCIONES: USESE CON CUIDADO EN PACIENTES ASMÁTICOS.

REACCIONES SECUNDARIAS: HIPERSENSIBILIDAD AL MEDICAMENTO.

DOSIFICACIÓN:

ADULTOS: 1,200,000 U I.M. 1 SOLA INYECCIÓN C/12 HORAS.

PARA SÍFILIS 2,400,000 U REPARTIDA EN 2 DOSIS EL MISMO DÍA.

NIÑOS: 600,000 U I.M. C/12 o 24 HORAS.

CAPÍTULO VII

DIEZ ANTIBIÓTICOS PARA ODONTOLOGÍA

A CONTINUACIÓN PRESENTO UN CUADRO DE UN SELECTO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS QUE A MI PARECER SON LOS QUE NOS OFRECEN TODAS -- LAS CUALIDADES NECESARIAS DE UN ANTIBIÓTICO PARA USO EN ESTOMATOLOGÍA.

PENPROCILINA (LAKESIDE).

| | | |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| FÓRMULA: | 400 | 800 |
| PENICILINA G SÓDICA CRISTALIZADA | 1,000,000 U | 2,000,000 U |
| PENICILINA G PROCAÍNICA | 3,000,000 U | 600,000 U |
| DILVENTE | 2ml. | 2ml. |

INDICACIONES:

INDICADA EN INFECCIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS SUSCEPTIBLES A PENICILINA. ESTÁ INDICADO COMO ANTIBIÓTICO DE -- PRIMERA ELECCIÓN PARA CUALQUIER INFECCIÓN AGUDA, CON ORIGEN -- BACTERIANO (NO RESISTENTE) Y COMO PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES POR ESTREPTOCOCOS.

CONTRAINDICACIONES:

PERSONAS HIPERSENSIBLES A LA PENICILINA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

AL IGUAL QUE CON TODAS LAS PENICILINAS PUEDEN PRESENTARSE

REACCIONES ALÉRGICAS.

DOSIS:

1 AMPOLLETA I.M. CADA 8, 12, 24 HORAS POR EL TIEMPO QUE -
EL MÉDICO CREA NECESARIO.

PRESENTACIÓN:

FRASCO ÁMPULA CON DILVENTE.

PENTREXYL.

FÓRMULA: ANPICILINA.

DESCRIPCIÓN: PENTREXYL ES UNA PENICILINA SEMISINTÉTICA DE
AMPLIO ESPECTRO Y ACTIVIDAD BACTERICIDA CONTRA GÉRMENES GRAM--
NEGATIVOS SENSIBLES, VIRTUALMENTE ATÓXICO.

PENTREXYL DIFUNDE RÁPIDAMENTE EN LA MAYORÍA DE LOS LÍQUI--
DOS Y TEJIDOS, SE EXCRETA POR ORINA.

INDICACIONES:

PENTREXYL ESTÁ INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES-
DE PIEL, TEJIDOS BLANDOS, PERIODONTITIS, ALVÉOLO SECO, ABSCE--
SOS BUCO-DENTARIOS DEBIDOS A MICROORGANISMOS, TALES COMO STREP
TOCOCOS, PIÓGENES, STAPHILOCOCO AURENS NO PRODUCTOR DE PENICI-
LINASA.

CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD A PENICILINAS. REACCIONES SECUNDARIAS:
ERUPCIONES CUTÁNEAS, DIARREA, NÁUSEA, VÓMITO Y ALERGIAS VARIAS.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

PUEDE ADMINISTRARSE VÍA ORAL I.M o I.V.

NIÑOS 250-500mg. C/6 HORAS.

ADULTOS 500mg o 1g. C/6 HORAS.

DOSIS PONDERAL 100-200mg/kg/DÍA CADA 6 HORAS.

PARA VÍA I.V. DILUYASE EN 10 ó 20 ml. DE SUERO FISIOLÓGICO Y PASARLA LENTAMENTE.

PARA NEMOCLISIS: ÚSESE SOLUCIÓN ISOTÓNICA O DEXTROSA AL 5%.

PRESENTACIONES:

PENTREXYL INYECTABLE.

AMPOLLETAS DE 1g. AMPICILINA - 3ml. AGUA INYECTABLE.

500mg. AMPICILINA - 2ml. AGUA INYECTABLE.

250mg. AMPICILINA - 2ml AGUA INYECTABLE.

125mg. AMPICILINA - 2ml. AGUA INYECTABLE.

PENTREXYL ORAL:

TABLETAS DE 1g.

CÁPSULAS 250 y 500mg.

SUSPENSIÓN FCO. 60ml. DE 125, 250 y 500mg.

ILOSONE.

FÓRMULA: ESTOLATO DE ERITROMICINA (LILLY).

DESCRIPCIÓN: LLOSONE ES LA SAL LAURIL-SULFATO DEL ÉSTER PROPIÓNICO DE ERITROMICINA.

INHIBE LA SÍNTESIS DE PROTEÍNAS SIN MODIFICAR LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS NUCLEÍCOS.

SI SE ADMINISTRA POR VÍA ORAL SE ABSORBE DE MANERA FÁCIL, RÁPIDA Y CONFIABLE, YA ABSORVIDA LA ERITROMICINA BASE SE DIFUNDE RÁPIDAMENTE A TODOS LOS LÍQUIDOS DEL ORGANISMO.

INDICACIONES:

STREPTOCOCCUS PIÓGENES (GRUPO A BETA HEMOLÍTICO).

STREPTOCOCCUS ALFA HEMOLÍTICOS (GRUPO VIRIDANS).

PROFILAXIS A CORTO PLAZO DE ENDOCARDITIS BACTERIANA, GINGIVITIS BACTERIANA, ABSCEOS DENTALES, PERICORONITIS, PRE Y POSTQUIRÚGICO DE EXODONCIA Y CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL.

EN PACIENTES HIPERSENSIBLES A LA PENICILINA.

CONTRAINDICACIONES:

ILESONE ESTÁ CONTRAINDICADO EN PACIENTES ALÉRGICOS A ERITROMICINA Y EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA.

PRECAUCIONES: YA QUE SE EXCRETA POR HÍGADO, DEBERÁ TENERSE CUIDADO AL ADMINISTRARLO EN PACIENTES CON ALTERACIONES HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, ETC.).

DURANTE EL EMBARAZO DEBERÁ ADMINISTRARSE CON SUMO CUIDADO.

NO ADMINISTRAR JUNTO A CUMARÍNICOS.

EFFECTOS COLATERALES:

CÓLICO ABDOMINAL, NÁUSEAS, VÓMITO Y DIARREA. CON DOSIS-
PROLONGADAS HAY LA POSIBILIDAD DE DESARROLLO DE HONGOS O BACTE-
RIAS RESISTENTES Y ALERGIAS GRAVES E INCLUSO ANAFILAXIA.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

ADULTOS: 250 mg. C/6 HORAS QUE SE PUEDE AUMENTAR A 4g. O MÁS
AL DIA SEGÚN LA INFECCIÓN.

NIÑOS: 30 a 50 mg/kg/DÍA.

PRESENTACIONES:

ILOSONE CÁPSULAS 250 mg. FRASCO

ILOSONE TABLETAS 500 mg.

ILOSONE SUSPENSIÓN ORAL DE 125 a 250 mg/5ml.

VERA CEF.

FÓRMULA: CEFRADINA.

DESCRIPCIÓN VERACEL ES UNA CEPALOSPORINA SEMISINTÉTICA, -
DE AMPLIO ESPECTRO BACTERICIDA, ACTIVO CONTRA BACTERIAS GRAM-
NEGATIVAS O GRAM-POSITIVAS.

VERACEL ES ESTABLE EN MEDIO ÁCIDO Y ES ABSORVIDA RÁPIDA--
MENTE DESPUÉS DE SU ADMINISTRACIÓN ORAL EN AYUNAS.

INDICACIONES:

VERACEL ADMINISTRADO POR VÍA ORAL ES EFICAZ EN EL TRATA--
MIENTO DE GINGIVITIS BACTERIANA, ABSCESOS DENTALES, PERICORONI-
TIS, CLULITIS, FLEMORASA, OCASIONADAS POR STAPHILOCOCCUS AURENS

(RESISTENTES A PENICILINAS) ADEMÁS ACTIVA CONTRA CEPAS DE E.-- COLI, KLEBSIELLA, PROTEUS MIRABILIS, SALMONELLA, SHIGELLA, ES TREPTOCOCO B HEMOLÍTICO.

ADEMÁS SE USA COMO PROFILÁCTICO DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL.

CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD O CEFALOSPORINAS.

REACCIONES SEUNDARIAS:

COMO OTRAS CEFALOSPORINAS, LAS REACCIONES INDESEABLES ESTAN LIMITADAS ESENCIALMENTE A TRASTORNOS GASTROINTESTINALES E HIPERSENSIBILIDAD (URTICARIA, LEUCOPENIA, NEUTROPENIA Y EOSINOFILIA). OTRAS REACCIONES INCLUYEN DISNEA Y CONGESTIÓN TORÁXICA.

DOSIS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

ADULTOS: 250mg. C/6 HORAS ó 500mg. C/12 HORAS.

NIÑOS: 25 a 50 mg/kg/DÍA C/6 HORAS.

EL TRATAMIENTO DEBERÁ TENER UNA DURACIÓN MÍNIMA DE 48-72 HORAS Y HASTA DE 10 DÍAS EN CASO DE INFECCIÓN GRAVE.

PRESENTACIONES:

VERACEF CÁPSULAS 250 y 500 mg.

VERACEF TABLETAS 1g.

VERACEF SUSPENSION ORAL 250 mg./100 ml.

VERACEF I.M. 500mg. DE CEFRADINA Y 10mg. DE LIDOCAÍNA

Y AGUA INYECTABLE 2ml.

VERACEF I.V. 1g. DE CEFRADINA Y 4ml. AGUA INYECTABLE.

PEN-VI-K.

PENICILINA V POTÁSICA.

ANTIBIÓTICO DE ESPECTRO MEDIO CONTRA ESTREPTOCOCOS, LOS-
CUALES SON DESTRUÍDOS EN 48-96 HORAS DESPUÉS DE LA PRIMERA DO-
SIS.

ESTÁ INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CAUSA-
DAS POR ESTREPTOCOCOS, TALES COMO FARINGITIS Y AMIGDALITIS,--
ASÍ COMO EN INFECCIONES DE LA BOCA COMO ABSCESOS DENTARIOS O-
LESIONES POR CORTADURAS.

ES BIEN ABSORVIDA VÍA BUCAL, YA QUE NO ES DESTRUÍDA POR-
EL JUGO GÁSTRICO. SU ACCIÓN ES RÁPIDA Y TIENE SABOR AGRADA-
BLE.

GENERALMENTE LA UTILIZO EN MIS PACIENTES DESPUÉS DE LA -
ADMINISTRACIÓN DE PEMPROCILINA COMO REFUERZO DE ÉSTA Y A DO--
SIS DE 200,000 A 400,000 U. DE PENICILINA V C/6 HORAS POR 10-
DÍAS.

CONTRAINDICACIONES:

NO ADMINISTRARSE EN PACIENTES ALÉRGICOS.

PRESENTACIÓN Y DOSIS:

TABLETAS 400,000 U.

SUSPENSIÓN 200,000 U /5ml.

DOSIS ADULTOS Y NIÑOS MAYORES 1 TABLETA C/6HORAS.

NIÑOS 1 CUCHARADA DE 5ml. C/6HORAS.

BRISPEN.

DICLOXACILINA SÓDICA MONOHIDRATADA.

DESCRIPCIÓN: BRISPEN HA DEMOSTRADO SER ESPECIALMENTE----
EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR ESTAFILOCOCOS PRO
DUCTORES DE PENICILINASA, ASÍ COMO POR DIPLOCOCOS Y ESTREPTO-
COCOS. BRISPEN ES UN AGENTE ANTIBACTERIANO DEL GRUPO DE LAS
PENICILINAS ISOXAZOLÍNICAS. BRISPEN RESISTE LA DESTRUCCIÓN--
DEL ÁCIDO GÁSTRICO Y ES BIEN ABSORVIDO EN EL TRACTO GASTROIN
TESTINAL.

INDICACIONES: ESTÁ INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS IN-
FECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS, TALES COMO: ALVEOLITIS,-
ABSCEOS DENTARIOS, CELULITIS, GINGIVITIS, PERIODONTITIS, IN-
FECCIONES POSTQUIRÚRGICAS BUCALES DEBIDAS A ESTAFILOCOCCUS SUS
CEPTIBLES. YO GENERALMENTE LO UTILIZO EN PACIENTES QUE CUR-
SAN ENFERMEDADES QUE BAJAN RÁPIDAMENTE LAS DEFENSAS DEL ORGA-
NISMO (POR EJEMPLO: LUPUS ERITEMATOSO) Y QUE RECIBIRÁN ALGÚN-
TRATAMIENTO DENTAL.

PARA ERRADICAR ESTREPTOCOCOS DEBERÁ EMPLEARSE POR 10 ---
DÍAS.

CONTRAINDICACIONES:

NO ADMINISTRAR A PACIENTES QUE ANTERIORMENTE PRESENTARON REACCIÓN ALÉRGICA AL MEDICAMENTO.

DOSIS Y PRESENTACIÓN:

ADULTOS Y ADOLESCENTES 125 a 500mg. CADA 6 HORAS.

NIÑOS 25 - 50mg/kg/ DE PESO/DÍA.

BRISPEN PUEDE ENCONTRARSE EN FORMA DE CÁPSULAS DE 250mg. POLVO PARA SUSPENSIÓN DE 62.5mg/5ml. Y JARABE DE 125mg./5ml. FRASCOS ÁMPULA DE 250-500mg/5ml.

TETREX.

CLORHIDRATO DE TETRACICLINA.

TETREX ES UN ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO CONTRA MICROORGANISMOS GRAMNEGATIVOS Y GRAMPOSITIVOS.

FARMACOLOGÍA: ES PRIMORDIALMENTE BACTERIOSTÁTICO Y SE CREE QUE EJERCE EFECTO ANTIICROBIANO AL INHIBIR LA SÍNTESIS PROTEÍCA. LAS TETRACICLINAS SE ABSORBEN RÁPIDAMENTE Y SE LIGAN A LAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS EN DIVERSOS GRADOS. SE CONCENTRAN EN HÍGADO Y BILIS, SE EXCRETAN POR ORINA Y HECES FECALLES EN FORMA BIOLÓGICAMENTE ACTIVA.

INDICACIONES: TETREX-ESTÁ INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS, ABSCESOS DENTARIOS, ALVEOLITIS, PERIODONTITIS, OSTÉITIS E INFECCIONES POSTQUIRÚRGICAS PRODUCIDAS POR STREPTOCOCO PYÓGENES Y STAPHYLOCOCCUS AURENS

(NO ES EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA ESTOS GÉRMESES), SOLO--
ESTÁ INDICADO CUANDO LA PERSONA ES SENSIBLE A PENICILINAS.

CONTRAINDICACIONES: TETREX ESTÁ CONTRAINDICADO EN PERSO--
NAS SENSIBLES AL MEDICAMENTO, EN EMBARAZADAS Y EN MENORES DE -
10 AÑOS.

REACCIONES SECUNDARIAS: A LARGO PLAZO PUEDEN PRODUCIR DE-
COLORACIÓN PERMANENTE DE LOS DIENTES, SI ES USADO EN MENORES -
DE 10 AÑOS O EN MUJERES EMBARAZADAS.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN.

ADULTOS 1 CÁPSULA DE 500mg C/12 HORAS O 1 CÁPSULA DE 250-
mg. C/6 HORAS SEGÚN EL CASO.

NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS 125mg. C/6 HORAS.

PRESENTACIONES:

CÁPSULAS 500mg. CON 8

CÁPSULAS 250mg. CON 8 y 16.

SUSPENSIÓN 125mg/5ml.

PUEDE SUSTITUIRSE POR TERRAMICINA Y TETRANASE.

GENTACARNOT.

FÓRMULA: SULFATO DE GENTAMICINA EQUIVALENTE A 20 y 80mg.-
DE GENTAMICINA BASE.

ANTIBIÓTICO BACTERICIDA DE ESPECTRO INTERMEDIO INDICADO -
PARA INFECCIONES SUPURATIVAS CAUSADAS POR BACTERIAS GRAMNEGATI
VAS.

CONTRAINDICACIONES: ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD, --
UREMIA Y DISFUNCIÓN RENAL GRAVE, EN CUYO CASO LA GENTAMICINA -
ESTÁ INDICADA SOLO CUANDO LA INFECCIÓN PONE EN PELIGRO DE MUER
TE AL PACIENTE.

PRECAUCIONES Y REACCIONES SECUNDARIAS:

GENTACARNOT PUEDE PROVOCAR DISFUNCIÓN VESTIBULAR EN PA---
CIENTES CON FUNCIÓN RENAL NORMAL EN LOS CUALES NO SE SIGUEN --
LAS INSTRUCCIONES PARA SU EMPLEO. NO SE RECOMIENDA SU USO DU
RANTE EL EMBARAZO.

EN ODONTOLOGÍA MUY POCAS VECES SE USA GENTAMICINA A NIVEL
CONSULTORIO, PERO CON FRECUENCIA SE USA A NIVEL HOSPITALARIO--
SOBRE TODO EN PACIENTES CON LEUCEMIA, LOS CUALES SON MUY SUS--
CEPTIBLES A LAS LESIONES BUCALES.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA.

DOSIS:

PEDIÁTRICA: 1mg./kg PESO/DÍA CADA 8-12 HORAS.

EN INFECCIONES GRAVES 3mg/kg/DIA 3 DOSIS.

ADULTOS: PACIENTES CON FUNCIÓN RENAL NORMAL 1mg./kg/DÍA
CADA 8-12 HORAS Y EN INFECCIONES GRAVES 3-5mg/kg
DÍA CADA 8 HORAS DISMINUYENDO LA DOSIS CUANDO EL
PACIENTE MEJORE.

EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN RENAL: PRIMERA DOSIS IGUAL---

(3-5mg/kg/DÍA CADA 8 HORAS) DESPUÉS SOLO LA MITAD DE LA DOSIS USUAL.

PRESENTACIÓN:

CAJA CON UNA AMPOLLETA DE 20 u 80 mg. DE GENTAMICINA EN 2ml.

LINCOCIN:

FÓRMULA: LINCOMICINA. ES UN MEDICAMENTO BACTERÍCIDO ESPECIALMENTE CON MICROORGANISMOS ANAEROBIOS (ENTEROCOCOS Y ESPECIAL B FRÁGILIS Y OTROS ANAEROBIOS).

METABOLISMO Y EXCRECIÓN: LA LINCOMICINA ES FÁCILMENTE ABSORVIDA EN EL INTESTINO, SI SE TOMAN APARTADAS DE LAS COMIDAS. SE EXCRETA PRINCIPALMENTE POR BILIS Y ORINA. ES UNO DE LOS ANTI BIÓTICOS QUE PENETRAN PLACENTA Y ALCANZAN BUENAS CONCENTRACIONES EN MÚSCULO CARDÍACO.

USOS CLÍNICOS:

GENERALMENTE LA LINCOMICINA SE USA EN ODONTOLOGÍA COMO PROFILAXIS A CUALQUIER TRATAMIENTO BUCAL, EN PACIENTES CON PADECIMIENTOS CARDÍACOS ACTIVOS Y EN PERSONAS SENSIBLES A ERITROMICINAS. ES EMPLEADO TAMBIÉN EN INFECCIONES AGUDAS POR ANAEROBIOS-- (BACTEROIDES) Y ENFERMEDADES ÓSEAS POR ESTAFILOCOCOS.

REACCIONES ADVERSAS: DIARREA, NÁUSEA, ERUCCIONES CUTÁNEAS Y ALGUNAS VECES DETERIORO DE LAS FUNCIONES HEPÁTICAS.

PRESENTACIONES DE LINCOCIN: CAPSULAS 250 y 500mg., JARABE 250mg /ml, INYECTABLE: 300mg/ml EN FRASCOS DE 2 y 10ml.

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

MUCHO ES LO QUE PODRÍA DECIRSE PARA COMENTAR EN GENERAL- EL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS, YA QUE POR DESGRACIA, SU MAL MANEJO SE HALLA BASTANTE EXTENDIDO. SE CONSIDERA QUE EL ODONTÓLOGO DEBE REGRESAR AL USO JUICIOSO DE ESTAS DROGAS. QUE ESTAS NO DEBEN ALEJARSE DE LAS REGLAS GENERALES QUE SE EMPLEAN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE TODO ANTIBIÓTICO.

QUE NO ES RECOMENDABLE MANEJARLOS CON UN INADECUADO CONOCIMIENTO DE SU CONSTITUCIÓN QUÍMICA, FARMACOLOGÍA, TOXICIDAD, EFECTOS INDESEABLES Y MODO DE ACCIÓN.

LA UTILIZACIÓN DE UN ANTIBIÓTICO DEBERÍA SER RESULTADO DE UN ESTUDIO CLÍNICO QUE IDENTIFIQUE EN FORMA CERTERA EL PADECIMIENTO AL QUE SE ENFRENTA EL ODONTÓLOGO.

CUANDO NO ES POSIBLE ESPERAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO PARA DETERMINAR EL TIPO DE MICROORGANISMO CAUSAL DE LA ENFERMEDAD, DEBERÁ UTILIZARSE EN FORMA EMPÍRICA UN ANTIBIÓTICO PARA DETENER LA INFECCIÓN, PREVIA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

UNA VEZ IDENTIFICADO EL MICROORGANISMO CAUSAL Y PREVIA HISTORIA CLÍNICA, LAS DOSIS RECOMENDADAS OSCILAN ENTRE 60-100 mg/kg/DÍA SEGÚN LA GRAVEDAD DEL CASO, EN ADULTOS Y EN NIÑOS - USAR LA REGLA DE YOUNG.

EL BUEN MANEJO DEL GRUPO DE ANTIBIOTICOS, DE LOS QUE HABLAMOS AL FINAL DE ESTE TRABAJO, NOS DARÁ LA SEGURIDAD QUE REQUERIMOS PARA EL TRATAMIENTO DE NUESTROS PACIENTES.

ESTE GRUPO REPRESENTATIVO POSEE LAS CUALIDADES NECESARIAS DE UN ANTIBIÓTICO A NIVEL ODONTOLÓGICA Y EN NUESTRAS MANOS ESTÁ EL QUE SEAN BIEN EMPLEADOS.

POR ÚLTIMO, TODO PACIENTE QUE ENTRA A NUESTRO CONSULTORIO ES PORQUE HA DEPOSITADO EN NOSOTROS SU CONFIANZA Y ES POR ELLO QUE NO DEBEMOS DEFRAUDARLOS, TRATANDO DE CONOCER MEJOR NUESTRO TRABAJO, YA QUE DE ELLO DEPENDE LA SALUD DE ELLOS.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BIRO CARLOS E.
TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA.
EDITORIAL DIÓGENES S.A.
MÉXICO 1980
7a. EDICIÓN.
128 PÁGINAS.

- 2.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEÚTICAS.
EDICIONES PLM S.A. DE C.V.
MÉXICO, 1985
32a. EDICIÓN
1315 PÁGINAS.

- 3.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.
EDICIONES PLM S.A. DE C.V.
MÉXICO, 1986
1a. EDICIÓN
190 PÁGINAS.

- 4.- GORLIN ROBERT J.
HENRY M. GOLDMAN
THOMA PATOLOGÍA ORAL
SALVAT EDITORES S.A.
MÉXICO 1981
1273 PÁGINAS.

- 5.- HILL MC.GRAW.
CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.
VOL. 2 PERIODONTOLOGÍA
MÉXICO, 1988
EDITORIAL INTERAMERICANA
427 PÁGINAS.

6.- KRUGER

CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA

MÉXICO, 1986

5a. EDICIÓN.

685 PÁGINAS.

7.- MEYERS FREDERIK H.

ERNEST JAWETZ

ALAN GOLDFIEN

MANUAL DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA.

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO

MÉXICO, 1980

1a. EDICIÓN

190 PÁGINAS

8.- REVISTAS MÉDICAS DE DIFERENTES LABORATORIOS.

LAKESIDE, WYETH VALES, LILLY

LEPETIT ETC.

9.- TERAPÉUTICA MÉDICA.

ELABORADO POR EL GRUPO DE TRABAJO

DE LA DIVISIÓN S.U.A. ABIERTA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.A.M.

MÉXICO, 1981

192 PÁGINAS.

10.- VELÁZQUEZ TOMÁS.

ANATOMÍA PATOLOGÍA DENTAL Y BUCAL.

EDITORIAL FORNIER, S.A.

MÉXICO, 1978

3a. EDICIÓN

298 PÁGINAS.