



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

USOS CLINICOS DE LA LINCOMICINA Y CLINDAMICINA
EN ODONTOLOGIA.

TESIS CON
FALLA 15 ORGEN

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
FELIPE POZOS RUVALCABA

ASESOR: DRA. LUZ MARIA L. BARRAGAN FLORES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE GENERAL

	Pág.
INDICE GENERAL	1
DEDICATORIAS	3
INTRODUCCION	5
CAPITULO I	
FARMACOCINETICA	7
1.1 MECANISMOS DE ACCION	10
1.2 METABOLISMO DE EXCRECION	20
CAPITULO II	26
ACCION FARMACOLOGICA	
CAPITULO III	
USOS ODONTOLOGICOS	37
CAPITULO IV	41
ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE LA APLICACION DE LINCOMICINA Y CLINDAMICINA PARA LA ATENCION DE INFECCIONES.	

CAPITULO V	49
CASOS CLINICOS	
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	66

A mis Padres, que han sido y serán siempre mi ejemplo y aliciente para realizar grandes empresas..

Gracias por su paciencia, comprensión, su apoyo en todos los aspectos y sus sabios consejos que han hecho de mí un Profesionista.

A la Universidad Autónoma
de Guadalajara, a la Es--
cuela de Odontología, que
ha sido mi segundo hogar.

A la Dra. Luz Ma. Barragan F.,
gracias por sus enseñanzas, --
consejos y ayuda incondicio- -
nal.

Existen varios medicamentos usados por la Odontología.

Dentro de ésta Tesis nos daremos cuenta de la utilización de dos medicamentos (Lincomicina y Clindamicina), que nos sirven para el tratamiento de algunos microorganismos anaerobios encontrados dentro de la cavidad oral.

Así mismo veremos las ventajas y desventajas, usos y reacciones secundarios de dichos medicamentos.

Se podrán observar y analizar los diferentes casos clínicos de pacientes con la utilización de éstos medicamentos que hasta la fecha están bajo observación, sin que presenten ningún dato patológico aparente.

En esta Tesis, he reunido varios casos clínicos, en los cuales podremos ver y analizar los diferentes usos y reacciones de la Lincomicina y Clindamicina.

En cada uno de los casos clínicos, observaremos los síntomas de cada paciente, ya que cada caso nos muestra la historia clínica, en el cual deberá contar su nombre, edad, sexo, ocupación, padecimiento actual, sintomatología, cuadro clínico, - antecedentes personales, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y observaciones.

Como también estudiaremos desde la absorción, metabolismo, efecto y excreción del medicamento. - Cómo está compuesto, que tipo de microorganismos - ataca, y cuales son sus funciones de los medicamentos (Lincomicina y Clindamicina).

FARMACOCINETICA.-

Se entiende por farmacocinética el estudio de la evaluación cronológica de la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción de los fármacos y de sus metabolitos en el organismo intacto.

A continuación se presenta un esquema de la farmacocinética:

DOSIS DE FARMACO

ABSORCION

VOLUMEN DE DISTRIBUCION

ELIMINACION METABOLISMO

EXCRECION

INTERVALO DE DOSIFICACION

CONCENTRACION SANGUINEA

CONCENTRACION EN EL PUNTO DE ACCION

EPECTO

[6]

Las curvas dosis-tiempo son las relaciones entre las dosis de una droga y su duración de acción; el estudio de dichas relaciones se denominan farmacocinética. Dentro del estudio de la Cinética la droga en la vía intravenosa la vida media, se ha demostrado que la eliminación de las drogas del organismo biotransformación y/o excreción, se realiza en forma exponencial, o sea logarítmica. La cinética de la droga da una fórmula matemática semejante a la Cinética Química de primer orden. La concentración de la droga en el organismo desciende siguiendo una escala Logarítmica. La duración de acción de un fármaco está en relación con el logaritmo de la dosis o concentración inicial. La velocidad de eliminación depende de la concentración de la droga -- existiendo en el organismo en ese momento una velocidad que se disminuye a medida que se elimina la droga. Ya que el efecto farmacológico depende de la concentración plasmática de la droga; en Farmacocinética se considera dicha concentración con respecto al tiempo, lo que da lugar a las curvas dosis-tiempo, puesto que el tenor plasmático de una droga depende de la dosis administrada; por otra parte la cantidad de la droga eliminada en la unidad de tiempo-velocidad de eliminación

depende de la concentración de la droga existente en el organismo.

(177)

Un parámetro muy conveniente como medida cinética del proceso de eliminación, es la vida media de la droga, es decir: el tiempo necesario para que desaparezca del organismo, se determina por el tiempo requerido para que la concentración plasmática de la droga administrada por vía intravenosa se reduzca a la mitad de la inicial; la vida media constituye uno de los parámetros más importantes de la farmacocinética, ya que el conocimiento permite administrar drogas que alcancen un nivel sanguíneo efectivo sin peligro de intoxicación; existen diferencias considerables en la vida media de las distintas drogas, para la penicilina es alrededor de 30 Min. y de unas 1.5 Hrs. para algunas drogas de rápida eliminación, pero es de alrededor de 6 Hrs. para los salicilatos, de aproximadamente 48 Hrs. para la sulfametoxipiridaza, siendo drogas de eliminación lenta.

Vía Extravascular: vida media si las drogas se suministran por boca o se inyectan por vía subcutá--

nea o intramuscular.

En la Farmacocinética, intervienen además del proceso de eliminación el de la absorción, y para la mayoría de las drogas es de Cinética de primer orden; al comienzo la cantidad total de droga administrada se encuentra en el lugar de la absorción y la velocidad de la misma es máxima para declinar luego en forma exponencial o logarítmica a nivel sanguíneo del fármaco, se va elevando así como la velocidad de eliminación hasta que alcanza una máxima velocidad de absorción y eliminación. Dicho nivel desciende siempre en forma exponencial o logarítmica, se entiende por ésto, una absorción y eliminación de cinética de primer orden. La vida se determina como el caso de la vía intravenosa a partir de la curva de declinación sanguínea.

(1)

1.1 MECANISMO DE ACCION

La dosis elevada de antibioticos Estreptomici-
na, Neomicina, Kanamicina, Lincomicina; Gentamicina

na, Tetraciclina, Polimicinas, pueden producir bloqueo neuromuscular. Los mecanismos de acción están plenamente aclarados y no son los mismos para todas las drogas.

(4)

El resultado producido de la transmisión muestra algunas de las características del fracaso por falta de Ca^{2+} ó exceso de Mg^{2+} ; probablemente dependa de una acción antes de la unión por virtud de la - - cual disminuye a la salida de la acetilcolina.

(11)

Los estudios sobre la distribución, absorción y excreción de los fármacos, condujeron al concepto de que el cuerpo podría considerarse compuesto por distintos compartimientos; un fármaco es transferido de un compartimiento a otro de acuerdo con la cinética de primer orden, el modelo más simple -modelo de un compartimiento- asume que tras su administración los fármacos se distribuyen de forma homogénea por los - tejidos y líquidos del organismo. En éste modelo el volumen aparente de distribución se determina mediante la siguiente ecuación:

(11)

CANTIDAD DE FARMACOS EN EL ORGANISMO

Vd=

CONCENTRACION DEL FARMACO EN EL PLASMA

Al determinar el volumen aparente de distribución, no se presupone que la concentración del fármaco en los diversos tejidos sea igual que en el plasma, sin embargo, se asume que los cambios de la concentración Plasmática, reflejan variaciones de la Hística. Si el fármaco está concentrado en algunos tejidos, su volumen aparente de distribución puede ser muy grande, incluso mayor que el volumen en agua corporal total.

(9)

En la mayoría de los casos la absorción y la eliminación de los fármacos se producen de acuerdo con una curva de caída exponencial, éste proceso sigue una cinética de primer orden, en otras palabras, por unidad de tiempo se absorbe o se elimina una fracción constante de fármacos; el tiempo para completar el 50% del proceso, se conoce como tiempo medio, que es independiente -

de la concentración del fármaco. La medición del tiempo medio, puede comprenderse con el cálculo de mostrando que son necesarios 4 tiempos para el proceso exponencial que complete un 94%, así pues, la eliminación completa del fármaco requiere más de 4 tiempos medios.

En algunos casos la eliminación es un proceso de orden cero, es decir, se elimina la misma cantidad de fármaco por unidad de tiempo; el mejor ejemplo lo tenemos en el alcohol, se acepta que la saturación de las enzimas metabolizantes son responsables de la desviación con respecto a la cinética de primer orden. En otros casos la tasa de eliminación guarda relación con la dosis, de modo que las dosis pequeñas se manejen de acuerdo con una cinética de primer orden, pero el tiempo medio se prolonga al aumentar la dosis; la aspirina y fenitofina son 2 ejemplos de fármacos cuya eliminación está relacionada con la dosis.

Absorción: proceso por el cual un fármaco alcanza los líquidos de distribución. La velocidad -

de éste proceso depende del método de administración solubilidad y otras propiedades del fármaco.

(8)

Los fármacos se administran por vía oral en diferentes formas: soluciones y suspensiones, capsulas y tabletas con diversos revestimientos; -- cuando el fármaco no está en solución, la velocidad de absorción dependera de 2 procesos: el proceso de solución y el de absorción propiamente dicho, la solubilización de un fármaco puede ser alterada por manipulaciones farmacéuticas con la -- consiguiente repercusión en la velocidad de absorción, pero éste proceso de absorción se caracteriza básicamente en las membranas del tracto gastrointestinal.

(6)

En general la absorción de fármacos a nivel del tracto gastrointestinal puede explicarse por simple difusión a través de una membrana dotada de las características de una estructura lipóide con poros ocupados por agua. La simple difusión -

no explica la captación de azúcares y otras sustancias nutritivas cuya absorción requiere de la participación de mecanismos activos. Un principio - - útil derivado de los datos experimentales, es el siguiente: la membrana limitante es permeable a -- las formas ionizadas, éste principio tiene considerable valor predictivo. Los ácidos débiles, como los salicilatos y los barbitúricos permanecen en gran parte no ionizados en el contenido gástrico - de carácter ácido y por lo tanto, se absorben bien a éste nivel. La bases débiles son: como la quinina y la adrenalina y las aminas cuaternarias altamente ionizadas como el tetraetilamonio no absorben de forma significativa en el estómago, la alcalinización del contenido gástrico disminuiría la absorción de los ácidos débiles y aumentaría la de las bases débiles.

(2)

La absorción a nivel del intestino delgado es en principio similar a la gástrica, excepto que el pH del contenido intestinal suele ser de 6.6: interesa destacar que los estudios de distribución - de fármacos entre el plasma y el líquido del integ

tino delgado, tiende a indicar que en la zona inmediatamente adyacente a la membrana intestinal absorbente, el pH alcanza un valor de 5.3. Los fármacos debilmente ácidos y debilmente básicos se absorben bien en el intestino delgado, pero la absorción de los ácidos y bases muy ionizadas es deficiente; existen mecanismos especiales para la absorción de azúcares, aminoácidos y compuestos relacionados con los alimentos normales. Algunos iones inorgánicos, como el sodio y el cloro, se absorben bien a pesar de encontrarse en forma iónica.

(7)

En la cavidad bucal, la mucosa se comporta -- también como una membrana lipídica con poros, y -- los poros fármacos pueden absorberse tras la administración sublingual. La nitroglicerina suele administrarse de la siguiente forma: los efectos farmacológicos sobre el vaciamiento gástrico, pueden efectuar notablemente la absorción; así, la DL50 de la cloroquina, es mucho más elevada cuando ésta se administra a las ratas por vía oral, que cuando se deposita el fármaco directamente del intestino. Esta diferencia obedece a que la cloroquina inhibe

la evacuación gástrica.

(13)

Tras la administración intravenosa de un fármaco se asistena a una rápida distribución por los diversos compartimientos del cuerpo; la velocidad de la absorción de un fármaco inyectada por vía -- subcutánea o intramuscular, depende fundamentalmente de dos factores: solubilidad del preparado y -- flujo sanguíneo local. Las suspensiones o preparados coloidales se absorben más lentamente que las soluciones acuosas, muchas veces se aprovecha éste compartimiento cuando se desea prolongar el tiempo de absorción. Por ejemplo: se añade protamina a la insulina a fin de formar una suspensión y en ello reducir la velocidad de absorción de la insulina a partir del depósito subcutáneo. Las diversas suspensiones de penicilina inyectable, son buenos -- ejemplos de preparados cuya acción terapéutica se prolonga debido a un alentecimiento de su absorción.

(15)

El flujo sanguíneo a través de un tejido, in-

fluye en la velocidad de absorción de un fármaco a partir del lugar de inyección. La absorción a partir del tejido celular subcutáneo, puede ser muy lenta en caso de insuficiencia circulatoria periférica. Este fenómeno se ha observado en la administración subcutánea de morfina a pacientes en estado de shock, análogamente, el mayor flujo sanguíneo por unidad de masa en el tejido muscular, comparativamente al que se registra en el tejido adiposo, esto explica que la absorción de un fármaco sea más rápida cuando se administra por vía IM que cuando se hace por vía subcutánea.

Algunas consecuencias prácticas de éstos hechos pueden tener verdadera importancia clínica. - Enfriando la zona de inyección se consigue entorpecer la absorción, efecto que es deseable si se ha inyectado inadvertidamente una dosis excesiva o comienzan a aparecer reacciones indeseables en un paciente susceptible, por el contrario el masaje sobre la zona de inyección del fármaco acelerará su absorción.

Desde el punto de vista de su absorción, los

fármacos de uso médico pueden sistematizarse en tres categorías: -fármacos completamente absorbidos, -fármacos no significativamente absorbidos y -fármacos parcialmente absorbidos. Ejemplos de fármacos con buena absorción: -las sulfamidas, -la digitaloxina, -el ácido acetilsalicílico y -los barbitúricos. Entre los fármacos no absorbidos, figuran la estreptomicina, la neomicina y la kanamicina. Finalmente la penicilina G, como ciertos glucósidos digitálicos y el dicumarol se absorben de forma parcial o variable.

(3)

Los fármacos cuya absorción es incompleta y variables, representan un problema para el médico, puesto que la pauta de dosificación no puede utilizarse como guía para establecer si un tratamiento es o no adecuado. En ésta situación es muy útil determinar la concentración sanguínea del fármaco, o seguir cuidadosamente un efecto característico. La forma de prescripción del fármaco tiene una gran influencia sobre la absorción, la solución es absorbida con rapidez y --

las tabletas con revestimiento entérico se utilizan habitualmente para conseguir niveles mantenidos del fármaco con el organismo, pero a pesar de la popularidad de ésta forma de presentación no puede considerarse como un método fiable pues es impredecible en qué medidas se absorbera el fármaco. Existen grandes variaciones individuales en la evacuación gástrica y en la velocidad de disolución de tales preparaciones, éstas pueden incluso eliminarse y ser modificadas con las heces.

(4)

1.2 METABOLISMO EXCRECION.

La vía importante para la excreción de la mayoría de los fármacos, es el riñón. Muchos fármacos se eliminan también por la bilis, sin embargo ésta vía es cuantitativamente, por cuanto los fármacos tras alcanzar la luz intestinal pueden ser reabsorbidos, la excreción de fármacos con la leche pueden tener alguna importancia para el lactante, pero no constituye una vía importante de excreción para la madre, la eliminación de los fármacos a través de los pulmones, glándulas sali

vales y sudoríparas y heces, es únicamente importante en casos especiales, que se discutirán al tratar de los fármacos en particular.

En las transformaciones que experimentan los fármacos a nivel del riñón, intervienen dos mecanismos principales: -filtración glomerular con -- reabsorción túbular variables y secreción tubular. La vida media de un fármaco en el organismo depende también de factores extrarrenales, como la capacidad de fijación a las proteínas plasmáticas, la existencia de depósitos hísticos y sobre todo la velocidad con el fármaco es metabolizado.

(8)

La situación más frecuente, es que el fármaco se filtre a través de glomérulos y sea parcialmente reabsorbido a nivel de los túbulos dado que la reabsorción del agua es cuantitativamente superior a la mayoría de los fármacos, la concentración de éstos en la orina suele ser más elevada que en el plasma. El estudio de la excreción de los electrólitos débiles ha revelado la existen--

cia de una relación importante entre el pH de la orina y el comportamiento de éstos fármacos en el riñón. En general los medicamentos se eliminan en mayor cantidad si la orina es ácida mientras que los compuestos ácidos se excretan mejor si la orina es alcalina, la magnitud de ésta dependencia del pH está influenciada también por la constante dedisociación del propio fármaco para explicar tales resultados, se ha postulado que la fracción no disociada se reabsorbe más rápidamente que la forma iónica del fármaco.

Esta tesis se ve apoyada por la conocida liposolubilidad de los electrolitos no disociados. Se ha propuesto una aplicación práctica de éste conocimiento al tratamiento de la intoxicación fenobarbital, dado que en el fenobarbital, es un ácido débil con un pH de 7.3, su disociación está muy influenciada por cambios del pH dentro de los límites que se registran en la orina de los mamíferos, la alcalinización de la orina mediante la administración del bicarbonato de sodio, aumenta considerablemente la excreción de fenobarbital.

Ya que normalmente la orina es ácida, los fármacos débilmente ácidos requeriran mucho tiempo para ser eliminados exclusivamente por el riñón, pero el metabolismo de los fármacos tiende a transformarlos en ácidos más fuertes con lo cuál aumenta la proporción de formas iónicas y disminuye su reabsorción tubular, además de la filtración glomerular y la reabsorción pasiva tubular. Los túbulos renales pueden secretar activamente aniones y cationes orgánicos. Ejemplo de aniones orgánicos: son el aminohipurato sódico, el yodopiraceto, el rojo fenol y la penicilina entre los cationes orgánicos se incluyen el tetraetilamonio, el nepiperfenidol y la N-metilnicotamina, éstos procesos secretores pueden afectar también otros aniones y cationes, como el ácido salicílico, la quinina y la tolazolina; los diversos cationes y aniones compiten por la secreción tubular activa.

Los fármacos que como la penicilina además de filtrarse en el glomérulo se secretan a nivel de los tubulos, tienen una vida media muy corta. Se han hecho esfuerzos para inhibir el proceso de se-

creción tubular mediante los fármacos tipo probenecid, que se desarrolló específicamente para este fin, sin embargo, suele ser más simple prolongar la vida media de los fármacos mediante el lentecimiento de su absorción, ésta es la razón por la cual se han desarrollado muchas preparaciones de penicilina que se absorben lentamente tras su inyección muscular.

(4)

El efecto neto final de la absorción, excreción y metabolismo de los fármacos, pueden ser -- descritos en las formas de las curvas de desaparición, de los fármacos utilizando los datos de la concentración sanguínea e histórica de los mismos. El estudio de desaparición de los fármacos indica que siguen una curva de desaparición exponencial.

Los fármacos pueden administrarse en una sola dosis o de forma repetida, a partir de ésta -- curva es posible calcular el volumen aparente de distribución, puesto que se conoce la cantidad total del fármaco y la concentración sanguínea pue-

de explotarse al tiempo cero, la relación entre éstas cifras proporciona el volumen aparente de distribución.

Si el fármaco se administra por vía oral en una sola dosis, la curva tendrá una rama ascendente, un pico y una rama descendente. Las variaciones en la absorción y la eliminación, pueden influir mucho en la curva de concentración y reflejar los cambios en el efecto máximo, el tiempo necesario para conseguir el efecto máximo y la duración de la acción del medicamento.

(7)

ACCION FARMACOLOGICA.-

La lincomicina, se produce por el crecimiento *Streptomyces Lincolnesis*, la Clindamicina es el é rívado 7-désoxi-7-cloro de la Lincomicina. La Lincomicina se une a las sub-unidades ribosomica 50s, e inhibe la unión adecuada del extremo aminoácido del aminoacil tRNA a ésta sub-unidad; la clindamicina actúa probablemente en forma similar.

La lincomicina es una alternativa útil de la eritromicina en diversas infecciones por cocos - - gram (+) incluyendo estafilococos, estreptococos - y neumococos, es inactiva contra bacterias gram -- (-), la lincomicina se absorbe parcialmente en el tubo digestivo, su absorción se retrasa por la prg sencia de alimento, se distribuye ampliamente en - los tejidos incluyendo hueso, líquido pleural, en los líquidos peritoneales, cruza la placenta, peng tra poco en el líquido cefalorraquídeo excepto - -

cuando están inflamadas las meninges, en cuyo caso penetra mucho más, se escruta la orina y sus principales efectos secundarios son trastornos gastrointestinales que incluyen casos graves ocasionales de la llamada colitis por antibiótico (o colitis - pseudomembranosa), se han observado así mismo reacciones de hipersensibilidad y discrasias sanguíneas.

(7)

La clindamicina es prácticamente igual a la lincomicina, es un poco más potente y se absorbe mejor en el intestino y sus efectos secundarios son similares.

Acción farmacológica: el espectro antimicrobiano de la lincomicina y la clindamicina es muy reducido, abarca especialmente algunas bacterias gram (+) como el estafilococos incluido el resistente a la penicilina, tetraciclina, cloranfenicol y eritromicina. Los estreptococos hemolíticos Alfa y Beta y el enterococo muy poco susceptible, y el

neumococo, son algo sensibles también al género - - clostridium y el Corynebacterium Diphtheriac, son bacteriostáticos y sobre todo bactericidas in-vitro e in-vivo, existiendo poca diferencia en la concentración que provoca uno u otro de éstos efectos, y son capaces de dar lugar a resistencia bacteriana - sobre todo al estafilococo, que puede ser cruzada a los macrólidos.

(10)

Mecanismo de Acción: éstos antibióticos son -- aceptados e inhiben la síntesis protéica en las bacterias, ya que impiden la unión del ácido ribonucleico mensajero con el ribosoma en una acción semejante a los macrólidos.

La absorción, destino y excreción, la lincomicina y la clindamicina se absorben perfectamente en el tractogastrointestinal y por vía intramuscular; por vía bucal la lincomicina -500 mg, produce un nivel sanguíneo máximo a las 4 Hrs. -4 mcg/ml en ayunas y la mitad si se ha ingerido con alimentos, y - el antibiótico permanece en la sangre de 6 a 12 - -

Hrs.; la absorción no es muy completa y si lo es, la clindamicina -150 mg produce una concentración sanguínea máxima de 6 mcg/ml que no se modifica - sustancialmente si se ingiere alimentos por vía - intramuscular; 600 mg de lincomicina, la concentración plasmática máxima se alcanza de 1 a 2 Hrs. unos 10 mcg/ml y existen niveles sanguíneos hasta 24 Hrs. por vía intravenosa; 300 mg de lincomicina, el nivel máximo es inmediato 15 mcg/ml.

(13)

Estos antibióticos se distribuyen por todos los órganos como el pleural, peritoneal y la biliar, pero pasan poco al líquido cefalorraquídeo, a menos que exista meningitis. La lincomicina es inactivada parcialmente en el organismo y el resto se excreta por el riñón, dentro de las 24 Hrs. dicha excreción disminuye notablemente cuando - - existe insuficiencia renal, en cuyo caso, los niveles sanguíneos son sustancialmente superiores - que en los sujetos normales; la eliminación del - organismo no es muy rápida, y la vida media de la lincomicina es al rededor de 5 a 10 Hrs. en la in

suficiencia renal, la de la clindamicina es de 2 a 5 Hrs.

(11)

Los fármacos antimicrobianos actúan en 4 formas principales:

1.- Inhibición de reacciones metabólicas esenciales en el citoplasma del microorganismo, su toxicidad selectiva, depende de la inhibición de una reacción que es esencial para el microorganismo infectante, pero no para el huésped. Las sulfamidas, son los ejemplos principales de fármacos -- que actúan en ésta forma.

2.- Interferencia en la síntesis de la pared bacteriana, que se rompe haciendo que la célula estalle en un medio ambiente hipotónico. Los principales fármacos que actúan en ésta forma son las penicilinas, cefalosporinas, cicloserinas, vancomicina, bacitracina y novobiocina, su toxicidad selectiva se debe a que las células de los huéspedes no hay para el celular.

3.- Alteración de la membrana plasmática vecina de a la superficie interna de la pared celular, las polimixinas y las tirotrricinas, son los principales ejemplos de ésta categoría y causan alteraciones de la permeabilidad incompatible con la supervivencia de la materia, su toxicidad selectiva se debe a que no se unen a las membranas plasmáticas de las células insensibles pero no se conoce la razón de tal hecho.

4.- Transtorno de la síntesis y proteínas por interferencias con las síntesis RNA (por ejemplo rifamicina) o más comunmente por acción del nivel del ribosoma. La estreptomycin y aminoglucocidos relacionados con las tetraciclinas y el cloranfenicol - son fármacos importantes que actúan a nivel de los ribosomas, su toxicidad selectiva resulta de barreras para la difusión que los excluyen de algunas células o de diferencias en los sitios de unión y enzimas, blanco en distintas células.

La lincomicina, no está relacionada desde el punto de vista estructural con los antibióticos men

cionados hasta ahora, su espectro antibacteriano recuerda al de la eritromicina, es efectiva contra ciertos gérmenes gram (+) y bacteroides. Pueden administrarse por vía oral, intramuscular o intravenosa, la dosis habitual en el adulto es de 05 grs cada 6 - 8 Hrs., entre los efectos adversos, se incluyen trastornos gastrointestinales, exantemas cutáneos y reacciones anafilactoides; la lincomicina ha sido sustituida por la clindamicina.

(8)

La clindamicina está muy relacionada con la lincomicina, en cuanto a su estructura de hecho solo se diferencia de ella por la presencia de cloro en lugar del grupo 7-Hidróxilo. El espectro de actividad incluye ciertos gérmenes gram (+) actinomicos y bacteroides fragilis, se administra oralmente y la dosis usual para el adulto oscila entre 150 y 450 mg cada 6 Hrs., la dosis intravenosa es de 250 a 750 mg cada 6 Hrs.; el fármaco puede ser bactericida o bacteriostático y actúa inhibiendo la síntesis proteica en la sub-unidad 30S del ribosoma, sus efectos adversos incluyen manifestaciones gastroin-

testinales, neutropenia, eosinofilia, exantemas y -- elevación de la GOT.

Aunque la clindamicina ha dado excelentes resultados en el tratamiento de las infecciones por gérmenes anaerobios, tras su uso se han registrado algunos casos de colitis pseudomembranosa grave, con esta complicación sería limitada su utilidad. El clorhidrato de clindamicina se presenta en cápsulas de 75 y 150 mg, el palmitato de clindamicina se expende en gránulos para preparar una suspensión con 75mg/5ml. También se dispone del fosfato de clindamicina en solución inyectable con 150mg/ml.

(4)

La actividad antibacteriana es semejante a la eritromicina, en su actividad in-vitro contra neumococos, streptococos y estreptococos viridians. Casi todas estas cepas bacterianas, se inhiben con una -- concentración de 0.04ug/ml. Las cepas resistentes a la clindamicina, lo son también a menudo a la eritromicina. La resistencia a la clindamicina se ha desarrollado durante el tratamiento de la endocarditis -

estafilocócica. La clindamicina es inactiva contra los neumococos y neiserias meningitidis en las concentraciones que pueden lograrse clínicamente, la clindamicina es más activa que la eritromicina contra muchas bacterias anaerobias, específicamente *B fragilis* y más de un 90% de cepas son inhibidas -- por 2 ug/ml.

(6)

Prácticamente todos los bacilos anaerobios -- gram (-) son los resistentes al igual que el *M. pneumoniae*; cepas de *Toxoplasma gondii* han sido inhibidas por la clindamicina en infecciones oculares experimentales.

La importancia clínica de éste fenómeno se -- desconoce. La clindamicina también se encuentra en abscesos en animales experimentales solamente al -- alrededor del 10% de la clindamicina administrada, -- es excretada inalterada en la orina y en las heces, se encuentran pequeñas cantidades de droga, sin embargo la actividad antimicrobiana persisten en las heces durante 5 días o más, después de interrumpir la administración paraenteral de clindamicina. El

desarrollo de los microorganismos susceptibles en el contenido colónico, permanece inhibido durante y hasta dos semanas.

(9)

La mayor parte de las drogas es inactivada por el metabolismo a N-dimentilclindamicina, los cuales son excretados en la orina y en la bilis. La vida media de clindamicina puede ser prolongada en pacientes con una disminución marcada de la función renal, la dosis debe ser modificada de acuerdo a las determinaciones de la concentración plasmática de la droga, la acumulación de la droga también puede producirse con insuficiencia hepática severa si no se ajustan a la dosis en forma adecuada.

(7)

Preparados, vías de administración y dosis: el clorhidrato de clindamicina se vende para la administración oral en cápsulas que contienen 75 a 150 mg el clorhidrato - palmitato de clindamicina (clincinpediátrico). Es una preparación de gránulo de sabor artificial para suspensión hasta una concentra-

ción entre 75mg/5ml; el fosfato de clindamicina se -
destina al uso intramuscular o intravenoso. La dosis
oral de clindamicina para adultos es de 150 a 300mg
cada 6 Hrs., para infecciones severas es de 300 a --
400mg cada 6 Hrs., los niños deben recibir de 8 a --
12mg/kg por día de clorhidrato de palmitato en 3 o 4
dosis divididas para infecciones severas de 13 a 25
mg/kg por día, sin embargo los niños que pesan menos
de 10kg deben recibir cucharaditas de clorhidrato de
palmitato de clindamicina (37.5mg) 3 veces por día -
como dosis mínima para infecciones serias debidas a
cocos aerobios gram (+), y a los anaerobios más sen-
sibles la administración intravenosa o intramuscular
se recomienda en dosis de 600 a 1200mg por día o en
2 o 4 porciones iguales para adulto, para infeccio-
nes más severas, especialmente la causa probada o --
sospechosa es de *B fragilis* peptococ o especies de -
clostridium a parte de *C perfringens*, se sugiere la -
administración parenteral de 1200 a 2700mg por día -
de clindamicina en situaciones de riesgo mortal debi
das a aerobias, estas dosis pueden aumentarse a dó-
sis diarias de hasta 4800mg, se han dado por vía in-
travenosa a adultos, los niños deben recibir de 10 a
40mg/kg por día en 3 o 4 dosis divididas, en las in-
fecciones severas se recomienda una dosis diaria mí-
nima de 300mg cualquiera que sea el peso corporal.

USOS ODONTOLÓGICOS.

Usos terapéuticos: aunque muchas infecciones por cocos gram (+) responde favorablemente a la clindamicina, la gran frecuencia de diarrea y la existencia de colitis exigen la limitación de usos a la infección donde sea claramente superior a otros agentes, - las infecciones para las cuales la clindamicina está particularmente indicada, son las producidas por anaerobios especialmente *B fragilis*. Ha sido empleado satisfactoriamente en combinación con aminoglucidos, en infecciones como consecuencia de filtraciones fecales (abscesos intra-abdominales o pélvicos peritonitis) y éste régimen es superior a las combinaciones de una aminoglucósido y penicilina o cefalotina. Otras drogas que son eficaces contra microorganismos anaerobios tales como el metronidazol, la cefoxitina, el cloranfenicol o la tetraciclina parecen ser tan efectivas, como la clindamicina no es útil en el tratamiento de los abscesos cerebrales dado que su penetración en el sistema nervioso central es escaso, en éstos casos se prefiere el metronidazol o el cloranfenicol en

combinación con la penicilina.

(13)

El papel terapéutico desempeñado por la clindamicina en el tratamiento de la neumonía por aspiración, la neumonía posobstructiva o los abscesos pulmonares aún deben ser clasificados, pero hasta el momento parece presentar una alternativa razonable a la penicilina, aunque la clindamicina es efectiva en forma tópica o por vía oral en el acné vulgar -- preferible en el empleo en agentes de menor toxicidad.

Efectos indeseables: la incidencia registrada de diarrea asociada con la administración de la clindamicina, oscila entre 2 y 20% el promedio, parece ser de un 8% una cantidad de pacientes que han desarrollado una colitis pseudomembranosa caracterizada por diarrea, dolor abdominal, fiebre, moco y sangre en las heces fecales. Este síndrome puede ser fatal y es provocado por toxinas secretadas por cepas de *C. difficile* resistentes a la clindamicina.

(13)

Esta enfermedad actualmente es conocida como colitis asociada a los antibióticos, y puede ser causada por la mayoría de los antibióticos, pero particularmente es común con la clindamicina. No está relacionada con la dosis y puede aparecer -- después de un tratamiento oral o parenteral, la enfermedad puede comenzar durante el tratamiento o retardarse varias semanas después de la interrupción de la droga. La toxina puede ser secreta da en las heces de casi todos los pacientes mediante un ensayo de citotoxicidad, si se producen diarreas o colitis significativas durante el tratamiento de clindamicina debe interrumpirse inmediatamente la administración de la droga.

La erupción se produce aproximadamente en el 10% de los pacientes tratados con clindamicina, otras reacciones que no son comunes incluyen eritema multiforme exudativo (síndrome de Stevens-Johnson) elevación reversible de SGOT y SGPT granulocitopenia, trombocitopenia y reacciones anafí

láticas, la tromboflebitis local puede seguir a la administración intravenosa. La clindamicina - puede inhibir transmisión neuromuscular y puede potenciar el efecto de un agente bloqueador neuromuscular administrado con comitante.

(1)

Lincocin penetra...

Lincocin actúa

en amigdalitis/
faringitis
90% de
eficacia*

- estructura química diferente
- altos niveles séricos
- rápida penetración en tejido infectado
- seguridad comprobada

INDICACIONES

Tratar las amigdalitis y faringitis bacterianas.

INDICACIONES Lincocin es un antibiótico de estructura química diferente perteneciente al grupo de los lincosamidas. Lincocin es un antibiótico de acción bactericida que penetra en los tejidos infectados.

Se administra por vía oral en forma de comprimidos. Cada comprimido contiene 100 mg de lincocina.

CONTRINDICACIONES Hipersensibilidad a los antibióticos de estructura química diferente.

PRECAUCIONES Como todo antibiótico puede producir efectos secundarios. Se recomienda suspender el tratamiento si aparecen síntomas de alergia o de hipersensibilidad.

Evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento. Evitar el uso de otros medicamentos sin la autorización del médico.

Evitar el uso de leche y derivados lácteos durante el tratamiento. Evitar el uso de alimentos que contengan hierro durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Evitar el uso de bebidas que contengan cafeína durante el tratamiento. Evitar el uso de bebidas que contengan alcohol durante el tratamiento.

Lipha

1988. Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

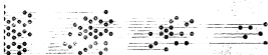
Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

Lincocin es un medicamento de uso humano.

acné— problema tópico



solución tópica

(FORMA DE USO) 1987

• Eficacia Clínica

• Buena Tolerancia

• Fácil Dosificación y Aplicación

en acné
actúa



Dacortin T[®] fue comparado con tretinoína al 0.05% y placebo en un estudio multicéntrico doble ciego, que incluyó a más de 300 pacientes con acné. Los resultados, de acuerdo a los médicos, reportó que la terapia fue de buena a excelente después de 8 semanas de tratamiento.

DACORTIN T[®] Dexametasona 0.05% en crema, de uso tópico.

FORMA DE USO: Véase el prospecto.

FORMA DE DOSIFICACIÓN: Véase el prospecto.

4 mg de dexametasona

INDICACIONES: DACORTIN T[®] es un corticoide que actúa sobre las células inflamatorias y reduce la inflamación. Evita el acné leve a moderado.

CONTRAINDICACIONES: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico.

PRECAUCIONES: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Efectos secundarios: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Interacciones: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Embarazo y lactancia: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso pediátrico: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso geriátrico: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades crónicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades autoinmunes: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades infecciosas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades cardiovasculares: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades respiratorias: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades renales: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades hepáticas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades endocrinas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades neurológicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades hematológicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades inmunológicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

DACORTIN T[®] Dexametasona 0.05% en crema, de uso tópico. Véase el prospecto.

INDICACIONES: DACORTIN T[®] es un corticoide que actúa sobre las células inflamatorias y reduce la inflamación. Evita el acné leve a moderado.

CONTRAINDICACIONES: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico.

PRECAUCIONES: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Efectos secundarios: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Interacciones: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Embarazo y lactancia: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso pediátrico: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso geriátrico: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades crónicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades autoinmunes: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades infecciosas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades cardiovasculares: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades respiratorias: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades renales: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades hepáticas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades endocrinas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades neurológicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades hematológicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades inmunológicas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades infecciosas: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades cardiovasculares: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades respiratorias: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.

Uso en pacientes con enfermedades renales: Véase el prospecto y el prospecto de uso tópico. Evite el uso prolongado de DACORTIN T[®] en áreas de la piel que son susceptibles a infecciones.



Pharmacia
New York, NY 10018, USA
Distribuidor exclusivo en México
Pharmacia Corporation
1000 First Street
New York, NY 10018, USA

Pharmacia, S.A. de C.V. División de Farmacia, S.A. de C.V. México, D.F. 06700

Provit

PROVIT, *solución oral*
PROVIT LA *solución oral* (provit oral)
Clorhidrato de Lisaciclina monohidratada
Equivale a XX 500 mg
a Lisaciclina base
Cada 10 ml equivale a 100 mg
PROVIT solución *de uso pediátrico* y *oral*

PROVIT

Caja con 12 cápsulas de 500 mg de
Clorhidrato de Lisaciclina monohidratada.
Equivale a 500 mg de Lisaciclina base.
Caja con 12 cápsulas de 300 mg de
Clorhidrato de Lisaciclina monohidratada.
Equivale a 300 mg de Lisaciclina base.

Es un antibiótico diferente a los demás, tiene acción bacteriostática contra los gérmenes Grampositivos. Interacciona estérilmente y neurotóxicos que causan las infecciones más comunes y ejerce una profunda acción contra ellos gracias a los efectos niveles semejantes a su forma. No presenta resistencia cuando con alguno otro agente antibacteriano gracias a su estructura química diferente. No se han observado efectos renales, tóxicos, dermatológicos, reológicos ni de otra índole.

INDICACIONES: Infecciones del tracto respiratorio superior e inferior como Amigdalitis, Bronquitis, faringitis, Neumonía, sinusitis, otitis, así como también en heridas infectadas, foliculitis, acné, celulitis, otitis, impetigo, escarlatina, etc. en que el germen causante sea Grampositivo.

CONTRAINDICACIONES: Rara en literatura se tenga mayor experiencia clínica no se recomienda en el recién nacido, en la profilaxis de la frecuencia del neumatismo auricular agudo y en pacientes con enfermedades renales, hepáticas, endocrinas o metabólicas preexistentes. Debe usarse con precaución en mujeres embarazadas.

Hipersensibilidad a la droga, otros medicamentos y por hongos.

REACCIONES SECUNDARIAS: Duraes, ocasionalmente náusea, malestar, eructos, renales, vaginitis, eritema y comedia.

DOSES ADULTOS: Casos leves: 1 cápsula 3 veces al día.

Casos graves: 3 cápsulas cuatro veces al día.

NIÑOS: La dosis usual es de 30 a 50 mg por kg de peso por día, divididos en 2, 3 o 4 tomas a intervalos iguales. En infecciones más graves se puede doblar la dosis.

NOTA: Para absorción óptima se recomienda no ingerir alimento alguno, excepto agua durante un período de 1 o 2 horas antes y después de la administración del medicamento.

30 LI
30 LI
5 mg
4 mg
5 mg
5 mg
3 mg
mg
3 mg
3 mg
5 mg
1 mg
1 mg
3 mg
1 mg
1 mg
1 mg

CAPITULO IV

ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE LA APLICACION DE LINCOMICINA Y CLINDAMICINA PARA LA ATENCION DE INFECCIONES.

Una evaluación combinada en perspectiva de P_g nicilina contra clindamicina en el tratamiento de infecciones odontogénicas.

ADULTO: Bacterias: IP. Infecciones bacterianas: MI. Técnicas Bacteriológicas.

Bacteriodes: IP. Método combinado. Microbica-resistencia al fármaco: Hembra:

Humano: Macho: Resistencia a la penicilina: - Estudio en perspectiva.

Distribución aleatoria: Enfermedades dentales: MI.

ABSTRACTO: Se compararon en perspectiva, el -

estudio de combinar penicilina y clindamicina en el tratamiento de infecciones orofaciales tanto moderadas como severas de origen odontogénico, las cuales produjeron pus en aspiración.

Se escogieron al azar 27 pacientes a quienes se les administró penicilina, obteniéndose un resultado satisfactorio con 22 (81%). Los otros cinco tuvieron una notable mejoría. Los 28 pacientes tratados con clindamicina, 23 (82%) tuvieron un resultado satisfactorio y cinco (18%) mejoraron. Sólo un paciente a quien se le administró penicilina y dos que recibieron clindamicina desarrollaron diarrea. Los resultados bacteriológicos mostraron un promedio de 6.1 organismos por cultivo (2.5 aerobios y 3.6 anaerobios).

Los índices de resistencia para aislar anaerobios fueron del 8.9% para la penicilina y 1.9% para

la clindamicina. Se llegó a la conclusión que con la penicilina y la clindamicina se obtienen buenos resultados en el tratamiento de las infecciones --odontogénicas cuando el índice de resistencia a la penicilina entre la bacteria oral anaeróbica se encuentra en un nivel relativamente bajo.

ABSTRACTO: El plasmid de resistencia MLS constitutivo pE3692 (2.4 Kb) del aureus S y Plasmid --pE3692-9 derivado de pE3692 por supresión en vitro del pequeño fragmento HindIII-HindIII Sta (0.3 Kb) se introdujeron en especies de S. aureus RN450 y -Subtilis B. UOTO277. El Plasmid pE3692 se encontró completamente estable en aureus S. RN450, sin embargo, en Subtilis B UOTO277 éste Plasmid fué inestable al segregarse. La supresión del fragmento --Ste t del pE3692 redujo considerablemente la estabilidad, tanto en las especies huéspedes S. aureus como en la B. Subtilis. También se observó la expresión más baja de resistencia a la tilosina del germen del Plasmid pE3692-9 en la especie B. subtilis UOTO277.

Evaluación clínica de clarithromicina en el --
tratamiento de las infecciones dentales severas. Es
tudio comparativo de combinados, utilizando fosami-
cina como control.

Para evaluar objetivamente la utilidad de la -
clarithromicina (TE-031.A-56268) un nuevo antibióti-
co macrolido oral, en el tratamiento de infecciones
dentales severas, se llevó a cabo un estudio clíni-
co comparativo utilizando la fosamicina (JM) como -
fármaco de control. Se administró el TE-031 en una
dosis diaria de 400 mgs. dividida en dos y se dió -
JM en una dosis diaria de 1.200 mgs dividida en - -
tres dosis. El periodo de administración fué, como
regla, de siete días. La eficacia clínica como la -
evaluación los investigadores fué del 77.2% - - - -
(105/136) en el grupo TE-031 y de 80.6% (116/144) -
en el grupo de J M. La diferencia que hubo entre --
los dos grupos de fármacos no fué de importancia es-
tadística.

La evaluación de los investigadores de la efi-

cacia clínica en el tratamiento de osteítis de la mandíbula fué del 83.0% (44/53) en el grupo de -- TE-031 y de 64.7 (33/51) en el grupo de JM. Los efectos secundarios se registraron en siete pacientes (4.8%) del grupo TE-031 y tres pacientes (2.0%) del grupo JM. Asimismo, en tres casos de los grupos TE-031 y MJ se detectaron valores de prueba de laboratorio anormales pero sin importancia estadística.

(12)

Los índices de utilidad (casos altamente satisfactorios, muy satisfactorios) fueron del 73.9% en el grupo TE-031 y de 70.3% en el grupo JM; lo mismo puede decirse de los dos grupos de fármacos. En base a los resultados arriba mencionados se llegó a la conclusión de que el TE-031 es un fármaco útil en el tratamiento de las infecciones dentales severas y se espera lograr casi una eficacia clínica idéntica con JM en solo una tercera parte de la dosis normal de JM.

Evaluación preliminar farmacocinética y clínica

nica de ofloxacina en las enfermedades dentales y caries oral.

Se midieron en 14 voluntarios que son (8h y 6m) entre 19 y 33 años, el suero y las concentraciones de saliva de ofloxacina, administrada en una sola dosis oral de 300 mgs por el método de cromatografía líquido de alto desempeño (HPLC)* y por el de difusión de agar microbiológico. La mayor cantidad de suero se observó en la primera hora (2.61+/-0.17 microgramos/ml con un T1/2 de 4.14 h un kel de 0.167h-1 y AUC de 15.07 microgramos/ml.n.l).

(14)

La máxima concentración salival obtenida en la segunda hora fué de 1.96 microgramos/ml con un T1/2 de 4.40 h. Veinte pacientes (12h y 8m) con varias enfermedades dentales se trataron oraímente con ofloxacina con una dosis de 600 mgs/día -

*Por sus siglas en inglés
(high performance liquid
chromatography)

durante un período de cuatro a seis días. La respuesta clínica fué excelente en un caso, buena en 16, regular en dos y mala en uno, obteniéndose un promedio de 85% de eficacia. En cinco de éstos pacientes las concentraciones de ofloxacina en el tejido gingival y el hueso alveolar fué de 1.90 ± 0.09 microgramos/g y 1.38 ± 0.08 microgramos/g respectivamente. Las pruebas de suero y saliva por HPLC* confirmaron los resultados previos. En ningún paciente se registraron cambios de importancia en los parámetros hematológicos. Solo un paciente tuvo diarrea y erupción en la piel pero esto desapareció al suspender la terapia. La Ofloxacina por su espectro de acción y buena difusión en el compartimento del tejido salival y paradental se puede considerar como una herramienta útil en la terapia oral quimioantibiótica.

Infecciones maxilofaciales pediátricas: un estudio retrospectivo de 113 pacientes.

Esta es una revisión retrospectiva de 113 niños hospitalizados con infecciones maxilofaciales. La cara superior (órbitas, senos paranasales, dientes maxilares y mejillas) se vió afectada con más frecuencia en niños pequeños (o sea 4.03 años) desconociéndose a menudo la fuente de infección. Los pacientes fueron tratados empíricamente con cefalosporina segunda-generación. Las infecciones de la cara inferior (dientes mandibulares, estructuras sublinguales y submandibulares) se sucedían con mayor frecuencia en niños más grandes (5.56 años) siendo probablemente de origen odontogénico. Por lo general, la terapia empírica para las infecciones en la cara inferior consistió en administrar penicilina.

- CAPITULO V

CASO CLINICO No.1

NOMBRE: JBC
EDAD: 50 AÑOS
SEXO: FEMENINO
OCUPACION: AMA DE CASA

PADECIMIENTO ACTUAL

Dolor agudo a nivel del 35, la paciente refiere no poder comer, ni dormir debido al dolor.

SINTOMATOLOGIA

El paciente nos refiere que a nivel de éste - -
diente (35) apareció el dolor espontáneo y hace - --
aproximadamente 3 días el dolor es localizado y des-
de entonces no ha desaparecido.

CUADRO CLINICO

Clinicamente éste diente (35) tiene movilidad -

de 3o grado, existe a la presión salida de exudado. Radiograficamente aparece un absceso a nivel apical.

HISTORIA CLINICA GENERAL

El paciente estuvo tomando analgesico desde hace 3 días que aparecio el dolor, pero dice que ya no le da ningún efecto.

APARATOS Y SISTEMAS

No presenta ningún dato patológico importante solamente que es muy nervioso.

DIAGNOSTICO

Periodoncitis aguda complicada con absceso -- apical.

TRATAMIENTO

Se realizo la extracción habiendo fractura de la pieza debido a que ésta estaba anquilosada. Se

hizo la extracción del resto y se medicó a la paciente con dalacín C de 150 mg a tomar una cada 8 Hrs. por 5 días y se cito a los 8 días.

POS-OPERATORIO

La paciente regreso con el area perfectamente cicatrizada sin ningún problema aparente. Nos refirió que solamente la primera noche había dolido la herida, se cito para realizarle su protesis en un mes más.

CASOS CLINICOS No.2

NOMBRE: LBP
EDAD: 35 AÑOS
SEXO: MASCULINO
OCUPACION: OBRERO

PADECIMIENTO ACTUAL

Dolor punsatil y agudo en la región mandibular izquierdo.

SINTOMATOLOGIA

Dolor punsatil en la región mandibular el 46 - nos refiere dolor a la percusión por lo cual el paciente no ha podido ni comer ni dormir desde hace 72 horas.

CUADRO CLINICO

Clinicamente se observa una ligera tumefacción e inflamación de la encía a nivel del 1er molar in-

ferior izquierdo radiográficamente aparece un absceso a nivel apical.

HISTORIA CLINICA GENERAL

El paciente estuvo tomando analgésico desde hace 48 horas pero no ha tenido efecto el analgésico.

APARATOS Y SISTEMAS

No presenta ningún dato patológico importante.

DIAGNOSTICO

Pulpitis aguda abscedosa con infección apical.

TRATAMIENTO

Se realizó la extracción habiendo abscesoapical lo cual estaba drenando por medio de un Dren -- que se le aplicó y se le medicó al paciente dalcán C de 150 mg tomar una cada 6 Hrs. por 5 días y se citó a los 8 días.

POS-OPERATORIO

La paciente regreso con el area, con una alveolitis, lo cual se cureteo y se le lavo perfectamente y que siguiera tomando el mismo medicamento 5 días - y se le dio una dieta, cuidados y se cito a los 8 -- días siguientes.

Regreso ya perfectamente cicatrizado y sin ninguna molestia ni dato patológico aparente.

CASOS CLINICOS No.3

NOMBRE: MGP
EDAD: 20 AÑOS
SEXO: FEMENINO
OCUPACION: ESTUDIANTE

PADECIMIENTO ACTUAL

Dolor difuso a nivel de la zona del 3er molar inferior derecho.

SINTOMATOLOGIA

Dolor difuso en la zona del 3er molar acentuándose a nivel de éste el segundo molar permanece asintomático.

CUADRO CLINICO

Ligera tumefacción e inflamación de la encía a nivel del 3er molar inferior derecho.

RADIOGRAPICAMENTE

Observamos un tercer molar impactado clase 2 - posición B (el tercer molar se encuentra poco por encima del nivel del cuello del segundo molar).

Tipo-mesio angulado presionando la raíz del segundo molar inferior derecho.

La raíz distal del segundo molar se encuentra reabsorbida en el tercio medio y cervical debido a la presión ejercida por el tercer molar.

ANTECEDENTES PERSONALES

Hace seis meses se le practicó la extracción del tercer molar inferior izquierdo.

DIAGNOSTICO

Tercer molar impactado inferior clase dos posición B mesializado presionando la raíz distal del segundo molar y provocando su reabsorción.

TRATAMIENTO

Se le práctico la cirugía del 3er molar con el mínimo de movimiento y de trauma para no fracturar la raíz distal del segundo molar.

POS-OPERATORIO

Se presentó con alveolitis, se realizó curetaje y se le medico lincocín en cápsulas de 500 mg -- 1 c/8 Hrs., durante 5 días y se citó a los ocho - - días y se le dio una dieta y que tuviera mejor higiene.

CASOS CLINICOS No.4

NOMBRE: GGL
EDAD: 33 AÑOS
SEXO: MASCULINO
OCUPACION: JARDINERO

PADECIMIENTO ACTUAL

Molestia a nivel del primer premolar derecho superior provocado por caries dentinaria profunda.

SINTOMATOLOGIA

Dolor al frío y al calor del primer premolar derecho.

CUADRO CLINICO

Clinicamente la caries afecta esmalte y dentina. Al realizar el estudio radiográfico se encontró que la pieza sufría de reabsorción dentinaria interna en el conducto a nivel del tercio medio del conducto.

DIAGNOSTICO

Caries dentinaria profunda y reabsorción dentinaria interna a nivel del tercio medio del conducto.

TRATAMIENTO

Extracción del diente ya que la reabsorción dentinaria era muy severa y no resistía al tratamiento de conductos y se le medicó pincol en capsulas de 300 mg 1 c/8 Hrs. durante 5 días y se le citó a los 8 días.

POS-OPERATORIO

El paciente regreso con la zona perfectamente cicatrizada sin ningún problema aparente.

CASOS CLINICOS No.5

NOMBRE: RGR
EDAD: 45 AÑOS
SEXO: FEMENINO
OCUPACION: LAVANDERA

PADECIMIENTO ACTUAL

Dolor punsatil e intermitente en ambas arcadas.

SINTOMATOLOGIA

El paciente nos refiere dolor en ambas arcadas aproximadamente seis meses pero no es constante.

CUADRO CLINICO

Se observa restos radiculares y en los dientes restantes presentan movilidad de 2o grado y además muy mala higiene.

HISTORIA CLINICA GENERAL

El paciente estuvo tomando analgésicos cada vez que dolía y al desaparecer el dolor suspendía el - - analgésico y después al aparecer de nuevo el dolor - aumentaba la dosis del medicamento hasta que ya no - le hacía ningún efecto.

APARATOS Y SISTEMAS

No representa ningún dato patológico importante solamente que es una persona muy estresada.

DIAGNOSTICO

Restos radiculares y periodontitis crónica.

TRATAMIENTO

Extracciones seriadas. Se le medicó dalacín C de 150 mg, a tomar una cada ocho horas durante seis días y se citó a revisión a los ocho días para contnuar con su tratamiento parodontal.

POS-OPERATORIO

El paciente regreso con las areas perfectamente cicatrizadas sin ningún problema aparente, aunque, indico que solamente los primeros dos días le había dolido las heridas. Se vuelve a citar a los 15 días para continuar con su tratamiento parodontal.

CONCLUSIONES

Como se podrá observar, después de hacer un análisis profundo de esta Tesis, llegue a la siguiente conclusión: todas las alteraciones provocadas por los medicamentos antes mencionados y estudiados, aprendimos que al tener grandes beneficios, también podemos provocar grandes males, algunos reversibles como -- otros fatales e irreversibles.

Así también tendremos cuidado y tomaremos conciencia de hoy en adelante al manejar mejor la farmacología, ya que si la sabemos usar tendremos beneficios inmediatos; y además debemos de tener conciencia, ya que nosotros estamos trabajando con seres humanos, y como tales hay que considerarlos .

Aunque en la Odontología nos muestra gran variedad de medicamentos, no es tan amplia, pero tendremos que tomar en cuenta que también pueden ser tan peligrosos los medicamentos que provoquen lesiones irreversibles.

Por eso es importante hoy en día, que este-
mos mejor preparados en los adelantos que se van
logrando, ya que en nuestra época se están efec-
tuando cambios constantes radicales como también
nuevas enfermedades, que están atacando al ser -
humano en general a todas las especies vivientes
de este planeta.

En cada capítulo, especificamos el proceso
de la absorción, metabolismo y excreción de los
mismos.

Como también el efecto a las enfermedades -
o patologías. Como también en el último capítulo
observamos algunos ejemplos que se siguieron pa-
so a paso hasta llegar a su recuperación total.
Pero todavía se sigue bajo la observación y en -
lo cuál no se ha presentado ningún dato patológi-
co aparente.

Si tomamos conciencia, de que tan importan-
te es el buen manejo de los medicamentos en la -

Odontología, no abusaríamos de ella y trataríamos de tener mejor cuidado y evitarlos.

Por ejemplo, en algunos tratamientos de la Odontología, si tuviéramos una buena educación nos evitaríamos muchos tratamientos radicales - y por lo tanto muchas complicaciones.

Por eso es importante tener cuidado en el uso y manejo de cada medicamento.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bnagavan, N.V.
Bioquímica
Vol. 1
1o Edición
Ad. Interamericana
1984
Pag. 215-240

- (2) Bowman, W.C.
Rand, M.J.
Farmacología bases bioquímicas y patológicas
aplicaciones clínicas
2o Edición
Ed. Interamericana
1984
Pag. 316 - 379

- (3) Conn, Eric
Stumpf, P.K.
Bioquímica fundamental
Vol. 2

3o Edición
Ed. Limusa
México 1986
Pag. 104 - 109

- (4) Dunn, J.
Farmacología
Vol. 2
3o Edición
Ed. El manual moderno
1980
Pag. 402 - 473

- (5) Gilmore, N.C.
A prospective double-blind evaluation of
penicillin versus clindamycin in the treatment
of odontogenic infections.
J. Oral Maxillofac. surg.
46 (12) 1988 Dec.
P. 1065-70

- (6) Goodman, Gilman Alfred
Goodman, S. Luis
Las bases farmacológicas de la terapéutica
7o. Edición

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bnagavan, N.V.
Bioquímica
Vol. 1
1o Edición
Ad. Interamericana
1984
Pag. 215-240

- (2) Bowman, W.C.
Rand, M.J.
Farmacología bases bioquímicas y patológicas
aplicaciones clínicas
2o Edición
Ed. Interamericana
1984
Pag. 316-379

- (3) Conn, Eric
Stumpf, P.K.
Bioquímica fundamental
Vol. 2
3o Edición
Ed. Limusa
México 1986
Pag. 104-109

- (4) Dunn, J.
Farmacología
Vol. 2
3o. Edición
Ed. El manual moderno
1980
Pag. 402 - 473
- (5) Gilmore, W.C.
A prospective double-blind evaluation of
penicillin versus clindamycin in the treatment
of odontogenic infections
J. Oral Maxillofac. surg.
46 (12) 1988 Dec.
P. 1065-70
- (6) Goodman, Gilman Alfred
Goodman, S. Luis
Las bases farmacológicas de la terapéutica
7o. Edición
Ed. Panamericana
1982
Pag. 341-378
- (7) Goth, Andres
Farmacología médica principios y conceptos
Undécima edición
Ed. Doyma
1982
Pag. 533-578

- (8) Goth, Andrés
Farmacología médica
Vol. 5
2o. Edición
Ed. Interamericana
1988
Pag. 218-235
- (9) Kramer E.R. Lucas
Bacteriología aplicada en la odontología
Vol. 2
1o. Edición
Ed. Mundi
Argentina 1978
Pag. 75-89
- (10) Letter, Manuel
Compendio de Farmacología
2o. Edición
Ed. Ateneo
1983
Pag. 164-180
- (11) He. Gilvery, R.W.
Bioquímica
Vol. 2
1o. Edición
Ed. Interamericana
1982
Pag. 371-389

- (12) Moening, JE.
The microbiology and chemotherapy
of odontogenic infections
J. Oral Maxillofac.
47 (9) sep. 1989
Pag. 976-985
- (13) Pennington, George W.
Farmacología Dental
Vol. 1
2o. Edición
Ed. Linusa
1982
Pag. 245-265
- (14) Pappalardo, G.
Preliminary pharmacokinetic and clinical
evaluation of ofloxacin in dental and
oral cavity diseases.
Int. J. Clin Pharmacol Res.
9 (3) 1983
Pag. 229-32
- (15) Rodríguez Carranza Rodolfo
Vademecum Académico de medicamentos
Vol. 1
Tomo I y II
5o. Edición
ED. UNAM
1984

- (16) Sasaki, J.
Clinical evaluation of clarithromycin in
treatment of dental infections.
Jon. J. Antibiot.
42 (4) apr. 1989
Pag. 983-1013
- (17) Theodore, W. Raul
Las bases farmacológicas de la terapéutica
7o Edición
Ed. Panamericana
1986
Pag. 145-180
- (18) Wieckiewicz, J.
Stability and expression of the staphylococcal
constitutiva days.
Duodecim (EDD)
104 (12) 1988
Pag. 956-958