ODONTÓLOGO moderno®
Suplemento de Prescripción Médica
SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA

• Año 13 • No. 164 • Febrero de 2018
Salud dental, Medicina y Humanismo para el odontólogo moderno

Indexado a: http://imbiomed.com.mx http://latindex.unam.mx

Contenido

CIRUGÍA BUCAL
La extracción quirúrgica y sus principales complicaciones
- Complicaciones posteriores
- al acto quirúrgico
- Cómo prevenir las complicaciones y accidentes 4

NOVEDADES ODONTOLÓGICAS
- Cirugía *Exit* a un feto de 34 semanas con un tumor facial
- La cirugía robótica permite operar tumores de garganta a través de la boca 10

EMBRIOLOGÍA
Anomalías del esmalte dentario 12

HUMANISMO Y CULTURA
Día del Cirujano Dentista 16

Antibióticos macrólidos

POR EL C.D. C.M.F. JOEL OMAR REYES VELÁZQUEZ

Los macrólidos son antibióticos naturales, semisintéticos y sintéticos que ocupan un lugar destacado en el tratamiento de infecciones causadas por bacterias intracelulares. Integran este grupo: eritromicina, claritromicina, azitromicina, espiramicina y roxitromicina. Son una compleja y amplia familia de antibióticos derivados de las especies *Streptomyces,* descubiertos a mediados del siglo pasado, a partir del suelo de las Filipinas. En 1952, a partir de *Streptomyces erythreus* se obtuvo eritromicina, que es el antibiótico tipo del grupo. A partir de otras especies de *Streptomyces* se obtuvieron otros macrólidos. Los nuevos macrólidos: roxitromicina, claritromicina y azitromicina son derivados semisintéticos de la eritromicina, con modificaciones estructurales que mejoran la penetración tisular y amplían el espectro de actividad. La eritromicina es el primer representante de los antibióticos del grupo de los macrólidos. Su descubrimiento fue anunciado por Mc Guirre y colaboradores, en 1952, los cuales mostraron sus propiedades físicas, químicas y su actividad antibacteriana. Cuando se extrae con reactivos adecuados del filtrado, el antibiótico se obtiene en forma cristalina como un compuesto básico de color blanco o amarillo suave, soluble en agua hasta 2 mg por ml, aunque es muy soluble en alcohol y otros solventes orgánicos como acetona, cloroformo, acetronilo y acetato de etilo. La eritromicina es una

153300201B2982

Aumenta tu concentración y rendimiento diariamente.

70 AÑOS
GROSSMAN®
Comprometidos con la salud de México

ODONTÓLOGO moderno®
Salud dental, Medicina y Humanismo para el odontólogo moderno
(Suplemento de Prescripción Médica)

DIRECTOR, Marcelo Peruggia Canova. COORDINADORA CORPORATIVA, Mayte Vega Fernández Vega. COORDINADORA EDITORIAL, Ma. Cristina Mendoza Mejía. DIRECTOR MÉDICO Y EDITOR, C.D. C.M.F. Joel Omar Reyes Velázquez. ASESORÍA MÉDICA, Dr. Antonio Arista Viveros, Dr. Javier Rovalo, Dr. Manuel Suárez del Real. PRODUCCIÓN, Claudio Peruggia, Tomás López Santiago. DISEÑO GRÁFICO, Juan Mario Hernández Flores. CORRECCIÓN, Marxa de la Rosa, Cinthya Mendoza R. SRIA. DE DIRECCIÓN, Caridad Ortiz. COMERCIALIZACIÓN, Ann Karene del Pino del Río.

www.percano.mx

ODONTOLOGO MODERNO, Salud dental, Medicina y Humanismo para el odontólogo moderno (Suplemento de Prescripción Médica),es una publicación mensual, correspondiente a la edición del mes de febrero de 2018, impresa el 29 de enero, producida y comercializada por Grupo Percano de Editoras Asociadas, S.A. de C.V. Rafael Alducin No. 20, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfono: 55-75-96-41, fax 55-75-54-11. Editor: Claudio Humberto Peruggia Canova. ODONTÓLOGO MODERNO se reserva todos los derechos, incluso los de traducción, conforme a la Unión Intrnacional del Derecho de Autor. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de los editores. La reproducción o uso del contenido literario gráfico sin previa autorización por escrito, quedan prohibidos conforme a la ley. Autorizada por la Dirección General de Correos con permiso en trámite, características en trámite. Licitud de contenido: 10782. Licitud de título: 13209. Reserva de derechos al uso Exclusivo: 04-2004-080611391400-102. Impreso en México por Compañía Impresora El Universal, Allende 176, Col. Guerrero, Tel. 51-17-01-90. Distribuido por SEPOMEX, Tacuba 1 Col. Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 0600 México, D.F. y MAC Comunicación e Imagen, S.A. de C.V., Rafael Alducin No. 20, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correspondencia y suscripción, dirigirse a ODONTÓLOGO MODERNO. Miembro de la Cámara Nacional de l Industria Editorial con registro No. 2797. tiraje de esta edición: 6,200 ejemplares, circulación certificada por *PKF México Williams y Cía, S.C.*

►► viene de la portada

Antibióticos macrólidos

polihidroxicetolactona cuya fórmula molecular es C37H67NO13 y su peso molecular es de 733. Este grupo de antibióticos fue descubierto en 1942 por Gardner y Chain cuando describieron la pricomicina, primer antibiótico de este grupo. En 1952, Mc Guirre y colaboradores aislaron a partir del cultivo de *Streptomyces erythreus* la eritromicina, que es el prototipo de los antibióticos llamados macrólidos. Originalmente, la eritromicina estuvo indicada como alternativa a la penicilina debido a su actividad frente a organismos grampositivos, tales como estafilococos, pneumococos y estreptococos; luego su uso clínico se amplió a especies de Micoplasma, *Legionella, Campylobacte*r y *Chlamydia*, pero sus efectos gastrointestinales, vida media corta y poca actividad frente a los microorganismos gramnegativos han limitado su uso. El grupo de macrólidos ha ido expandiéndose de forma importante durante los últimos años, nuevos derivados macrólidos se están desarrollando, jugando un papel importante en el tratamiento de las infecciones. Los macrólidos actúan como bacteriostáticos o bactericidas, según las diferentes especies bacterianas sobre las que actúen, la fase de crecimiento en que se encuentran las bacterias, la densidad de la población bacteriana y la concentración que alcanza el antibiótico en el sitio de la infección.

Estructura química

La estructura química de todos los macrólidos se compone de un anillo lactónico macrocíclico unido por un enlace glucosídico a diversos desoxiazúcares aminados. Se clasifican según el número de átomos de carbono presentes en el anillo lactónico. eritromicina y claritromicina poseen 14 carbonos en el anillo lactona, mientras que azitromicina es una mólecula de 15 carbonos, también conocida como aziálido. Se caracterizan por la presencia de un anillo lactónico con al menos uno de los azúcares de su estructura aminados.

Mecanismo de acción

Actúan inhibiendo la síntesis proteica de los microorganismos sensibles, al unirse reversiblemente a la subunidad 50S del ribosoma bacteriano. No se unen a ribosomas de células de mamíferos. Interfieren con la unión de otros antibióticos como cloranfenicol y clindamicina. Al igual que otros antibióticos que inhiben la síntesis proteica son generalmente bacteriostáticos. Sin embargo pueden ser bactericidas dependiendo del microorganismo, de las concentraciones del antibiótico y del tiempo de exposición. Se concentran dentro de macrófagos y polimorfonucleares, lo que resulta favorable para el tratamiento de infecciones producidas por patógenos intracelulares.Todos los fármacos de esta familia producen un efecto post-antibiótico prolongado. No se recomiendan para infecciones bacteriémicas por sus escasos niveles en sangre.

Si bien se reconoce su amplio efecto antibiótico (generalmente bacteriostático, pudiendo ser bactericida a dosis altas) frente a bacterias gram positivas aeróbicas, anaeróbicas, gram negativas, organismos atípicos (*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae* y *Legionella pneumophila*) y recientemente *Mycobacterium avium*, cada vez existen más estudios que revelan sus propiedades inmunomoduladoras y anti-inflamatorias tanto en niños como en adultos. Ya que estas drogas carecen prácticamente de efecto bacteriostático o bactericida frente a *Pseudomona aeruginosa*, debe existir otro mecanismo (aún desconocido) por el cual su efecto clínico es real. Se sabe que estos antibióticos tienen un efecto inmunomodulador y se les reconoce como drogas inmunomoduladoras del pulmón, especialmente debido a su eficacia y seguridad frente a algunas condiciones respiratorias específicas como fibrosis quística (FQ), bronquiectasias, asma, bronquiolitis obliterante y sinusitis.

De manera interesante, el efecto inmunomodulador de los macrólidos comenzó con observaciones de pacientes con asma severa en 1959, cuando Kaplan y Goldin reportaron un grupo de pacientes asmáticos severos, usuarios de esteroides en forma diaria, quienes requirieron menos dosis de esteroides luego de la administración de troleandomicina. Posteriormente, Itkin y colaboradores en la década del 70, reportan el beneficio de administrar macrólidos, logrando disminuir las dosis de esteroides, en pacientes con “asma infecciosa”. Estas dos experiencias anecdóticas, fueron la primera “evidencia” publicada que sugirió alguna propiedad no antibiótica de los macrólidos.

Sin lugar a dudas, la más convincente demostración del efecto inmunomodulador de los macrólidos en el pulmón, fue el tratamiento de la panbronquiolitis difusa (PBD) en Japón; una enfermedad de origen desconocido, reportada por vez primera por Homme en 1969, que inicia síntomas generalmente después de la cuarta década de la vida con características clínicas similares a la FQ: patrón obstructivo-restrictivo, colonización por *P. aeruginosa* y desarrollo de bronquiectasias y en quienes la sobrevida a 5 años era inferior a 30%. Un estudio retrospectivo que enroló 498 adultos con PBD, demostró que los sujetos que utilizaron eritromicina por períodos variables de 2 a 48 meses, mostraron un incremento significativo de la sobrevida a 10 años, desde 12,4 hasta 90%, observando además una reducción de la morbilidad y mejoría del volumen espiratorio forzado (VEF1) y la capacidad vital forzada (CFV). Este efecto fue más evidente en aquellos pacientes con PBD de mayor edad y colonizados por P. aeruginosa. A pesar de las grandes similitudes que existe con FQ, la mutación DF508 no ha sido descrita en la PBD.

La efectividad de los macrólidos como agentes inmunomoduladores parece estar limitada sólo para los miembros del grupo lactona 14 y 15, como la eritromicina, claritromicina y azitromicina. Estas drogas han demostrado mejorar la función pulmonar y disminuir la morbi-mortalidad de pacientes con PBD y FQ. Luego de más de 50 años desde las primeras observaciones, se plantea su utilidad como modulador de la respuesta inflamatoria en diversas condiciones respiratorias crónicas específicas.

Mecanismo de resistencia

Diversos mecanismos han sido descritos:

- Impermeabilidad de la pared celular: se observa por ejemplo en enterobacterias y Pseudomonas spp. Azitromicina penetra mejor la membrana externa de la pared de bacterias gramnegativas.
- Bombeo activo de la droga al exterior, puede ser de origen plasmídico.
- Inactivación de la droga, mediante enzimas bacterianas que hidrolizan el anillo lactónico. Descrita en bacilos gramnegativos.
- Alteración en el sitio de unión del antibiótico: el cambio de un solo aminoácido a nivel de la proteína blanco del ribosoma determina una disminución de la afinidad para eritromicina y a menudo también para otros macrólidos y lincosaminas. Este tipo de resistencia se debe a una mutación y ha sido demostrado en S. pyogenes, S. aureus y Campylobacter spp. La resistencia denominada MLS se debe a alteraciones en el RNA y afecta tanto a macrólidos, lincosamidas y estreptograminas. Puede ser constitutiva (toda la población lo expresa) o inducible, se expresa al exponer a las bacterias a concentraciones subinhibitorias de la droga.

Farmacocinética

La eritromicina se absorbe en la parte superior del intestino delgado, penetra y difunde en casi todos los tejidos , excepto en encéfalo y líquido cefalorraquídeo. Penetra el líquido prostático, atraviesa la barrera placentaria; sin embargo, no es taratógena y alcanza, además, bajas concentraciones urinarias.

Se concentra fundamentalmente en el hígado y se excreta por la bilis; está en relación proporcional el aumento de las concentraciones con las dosis administradas. Por este motivo en las hepatopatías o enfermedades que cursen con ictericia obstructiva no deben ser utilizadas a dosis más bajas que las usuales.

La vida media plasmática es de una y media horas, pero las concentraciones hísticas permanecen por un tiempo mayor. La mayor parte de la droga es inactivada por desmetilación hepática; no es eliminada por diálisis peritoneal ni por hemodiálisis. Por todas las características anteriores no constituyen medicamentos de elección en las infecciones del sistema nervioso central, la sepsis urinaria, la endocarditis infecciosa y las infecciones estafilocócicas graves.

Nuevos macrólidos

Desde el surgimiento de la familia de los macrólidos, con el descubrimiento de la eritromicina, se han venido sumando a este grupo nuevos compuestos, hasta contar en la actualidad con más de 10 productos en el mercado. No obstante, los más representativos por su efectividad, costos y dosis lo constituyen la claritromicina, azitromicina y roxitromicina. Ellos difieren entre sí por la cantidad de átomos y su sustitución en el anillo de lactona patrón. La claritromicina y la axitromicina son semisintéticos.

Son macrólidos: eritromicina, oleandomicina, espiromicina, josamicina, diritromicina, fluritromicina, claritromicina y azitromicina.

Sus características

Tienen como ventajas: a) contar con un espectro más amplio, mejoran los parámetros farmacocinéticos, b) son menos frecuentes sus efectos adversos y la interacción con otras drogas, c) son más estables frente a la acción de los ácidos, d) su vida media plasmática es mayor, y e) alcanzan mayores concentraciones intracelulares. Como otros macrólidos, se metabolizan en el hígado y se excretan por la bilis, su absorción intestinal se reduce en el 50% cuando se administran con alimentos.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

Cuando es apremiante suprimir el dolor...

Ketorolaco

SUPRADOL®

Suprime el dolor

Reg. Núm. 026M92, 096M2000, 036M92, 260M99 SSA IV. No de Aviso: 173300202C2982

LIOMONT 80 AÑOS

LABORATORIOS LIOMONT ISO 9001

ESR EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE

La extracción quirúrgica y sus principales complicaciones

POR LA C.D. C.M.F. CATALINA MUÑOZ VELÁZQUEZ

Para la extracción de los órganos dentarios retenidos, cuyo tiempo de erupción ha pasado y permanecen en una situación incluida dentro del hueso, parcialmente erupcionados, o bien en posición ectópica; ya sea el caso de caninos, premolares y sobre todo el tercer molar superior e inferior; los procedimientos quirúrgicos, siempre se basaran en la realización de un colgajo, ostectomía, odontosección y sutura; no se debe de perder de vista que dependiendo del nivel en el que se encuentren incluidos y la cercanía con otras estructuras anatómicas, en especial el nervio dentario inferior, tendrán un mayor grado de complicaciones transoperatorias, por lo que es importante valorar perfectamente la radiografía dental y de ser necesario, derivar al paciente con el Cirujano Maxilofacial, quien es el especialista idóneo para resolver las diferentes posiciones ectópicas de los dientes retenidos.

Las medidas de cuidado local y general, se le deben de dar por escrito al paciente además de explicárselas en forma clara; consisten en reposo relativo durante el primer y segundo día, debiéndose evitar el ejercicio de alto impacto, mantener la compresión de la gasa como ya se mencionó con anterioridad y retirarla pasado el tiempo recomendado por el odontólogo, la aplicación local de hielo sobre la piel de la zona intervenida diez minutos por cada hora, ayuda en el proceso de coagulación e inflamación durante las veinticuatro primeras horas de realizada la intervención quirúrgica; el paciente no realizará enjuagues para no disolver el coágulo y el cepillado bucal deberá hacerse con cuidado; se puede prescribir al paciente colutorios con clorexidina o isodine bucofaríngeo después del cepillado bucal; los alimentos durante el primer día deberán ser templados, libres de grasas, irritantes y semillas; se le indicará al paciente, que no puede fumar ni tomar alcohol, ya que éste último influye en los procesos de la coagulación; de ser posible evitar tomar líquidos con popote; en el caso de haber colocado sutura ésta se retirará, previo lavado de la zona, cumpliendo con el protocolo del uso de las suturas.

Principales complicaciones

Básicamente son las mismas que las de cualquier extracción dental y para su mejor comprensión se clasificarán de la siguiente manera:

• Complicaciones y accidentes durante el acto operatorio.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA. VANTAL* BUCOFARINGEO. Bencidamina. Solución. Antiinflamatorio, Analgésico, Antiséptico y Anestésico Bucofaríngeo. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 ml contienen: Clorhidrato de bencidamina, 0.15 g. Vehículo cbp, 100 mL **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Vantal* Bucofaríngeo es una solución con rápida acción antiinflamatoria, analgésica, antiséptica y anestésica, indicada para aliviar las molestias de boca y faringe. Odontología: queilitis, estomatitis, gingivitis, parodontitis, pericoronitis, mucositis e inflamación de la mucosa bucal posterior a cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia y exodoncia. Otorrinolaringología: faringitis, amigdalitis, laringitis, epiglotitis, glositis, abscesos, leucoplaquia e infecciones que cursen con inflamación bucal como candidiasis. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a la bencidamina. **PRECAUCIONES GENERALES:** El producto está indicado en gargarismos, enjuague bucal o en nebulizaciones. Evítese su ingestión. El uso del producto en niños menores de 7 años debe ser supervisado por un adulto. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No existen restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** En personas susceptibles puede presentarse adormecimiento pasajero de la boca. En caso de ingestión accidental no se han reportado eventos secundarios adversos. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** No se han descrito. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Vantal* Bucofaríngeo no ha demostrado ser teratogénico, mutagénico ni carcinogénico en el humano. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** La vía de administración es bucal, ya sea enjuague, gargarismos o mediante nebulizaciones. La presentación en frasco de solución se utiliza de la siguiente manera: 3 cucharaditas (15 ml) puro o disuelto en agua, para gargarismos o enjuague bucal permitiendo que el líquido circule por toda la cavidad oral. Enjuague bucal: Para la inflamación de boca y encías, enjuague la boca durante 30 segundos aproximadamente y escupa. Repetir 3 ó 4 veces al día según sea necesario hasta que desaparezcan las molestias. Gargarismos: Para el alivio de las molestias de garganta, hacer gárgaras durante 30 segundos aproximadamente y escupa. Repetir 3 ó 4 veces al día según sea necesario hasta que desaparezcan las molestias. La presentación en frasco de solución con válvula dosificadora se utiliza aplicado 4 nebulizaciones en el sitio de la molestia, 4 veces al día. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se ha informado respecto a la presencia de casos de sobredosificación con este producto. **PRESENTACIÓN**: Frasco con 200, 360 y 960 ml de solución para enjuague bucal o gargarismos. Frasco con válvula dosificadora con 30 ml de solución, para nebulizaciones. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. IPPR Reg. No. 140M88 SSA. Laboratorios Grossman, S.A. Calz. De Tlalpan No. 2021, Col. Parque San Andrés, C.P. 04040, Deleg. Coyoacán, D.F. México. *Marca Registrada.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA. VANTAL®. Bencidamina. Pasta. Pasta dental con cuádruple acción para un rápido alivio. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 g de pasta contiene: Clorhidrato de bencidamina, 500 mg. Excipiente cbp, 100 g. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Vantal® Pasta Dental está indicada en procesos inflamatorios de las encías, tales como gingivitis, parodontitis, pericoronitis e inflamación por cirugía dental, prótesis dentales mal adaptadas, ortodoncia y exodoncia. Por su acción antiséptica sobre hongos y bacterias ayuda en la eliminación de la placa dentobacteriana. Previene y trata la mucositis orofaríngea inducida por quimioterapia y radiación. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al principio activo o a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES GENERALES:** El producto está indicado en cepillado dental. Evítese su ingestión. En caso de ingestión accidental, no se han reportado efectos colaterales. El producto contiene agentes abrasivos en su fórmula como Fosfato Dicálcico Dihidratado y Bicarbonato de sodio. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No existen restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Con el uso tópico de Vantal® Pasta Dental. Algunas personas pueden presentar sensación de adormecimiento transitorio de la cavidad bucal, por algunos minutos después de su aplicación. Se ha reportado que pueden presentar reacciones de hipersensibilidad, así como, urticaria, fotosensibilidad y muy rara vez broncoespasmo. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** No se han descrito. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD**: Vantal® Pasta Dental no ha mostrado ser teratogénica, mutagénica ni carcinogénica en el humano. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Tópica. Se utiliza en la higiene y cepillado dental, 3 veces al día, después de cada comida. En el tratamiento de la mucositis dependerá de la inflamación de la mucosa bucal y el criterio del odontólogo. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se ha informado respecto a la presencia de casos de sobredosificación con este producto. **PRESENTACIÓN:** Vantal® Pasta Dental se presenta en caja con tubo con 60 gramos de pasta. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para el médico y/o odontólogos. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx. Laboratorios Grossman, S.A. Calz. De Tlalpan No. 2021, Col. Parque San Andrés, C.P. 04040, Deleg. Coyoacán, D.F. México. Reg. No. 101M94 SSA

GROSSMAN*

• Relacionadas con el estado de salud del paciente.

• Ocasionados por la anestesia local.

• Complicaciones y accidentes a consecuencia directa e inmediata del traumatismo operatorio.

• Complicaciones y accidentes que se pueden producir posteriormente a la extracción dentaria.

Todos los accidentes y complicaciones trans y postoperatorios se aplican a todas las técnicas de la extracción dentaria.

• ***Complicaciones y accidentes durante el procedimiento operatorio:*** Esto gira básicamente en torno al estado de salud general del paciente, su edad, embarazo y cooperación para el procedimiento por parte del paciente, el estado de su presión arterial, alteraciones en el ritmo cardíaco, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, patología valvular, problemas hematológicos, problemas de la coagulación, terapia anticoagulante, alcoholismo y drogadicción, si ha estado sometido a sesiones de radioterapia en la zona cervicofacial, patología neurológica, enfermedades psiquiátricas, enfermedades endocrinas. Todo esto es necesario conocerlo y se logra a través de la historia clínica para poder decidir si antes del procedimiento el paciente debe suspender algún medicamento o bien canalizarlo con el especialista médico que corresponda para que lo estabilice.

• ***Accidentes ligados a la anestesia local:*** Aunque no forman parte propiamente de las complicaciones de la extracción dentaria, es de interés su conocimiento ya que pueden complicar la extracción misma o cualquier procedimiento quirúrgico. A grandes rasgos se dividen en accidentes locales, ligados a la anestesia locorregional y pueden ser a) inmediatos deficiencia parcial o fracaso total del efecto anestésico, dolor anormal en el sitio de la inyección, rotura de la aguja dental, lesiones nerviosas, lesiones vasculares, trismus, etcétera; y b) secundarios: necrosis tisular de la mucosa palatina, alveolitis, celulitis, accidentes tróficos (edema y erosiones tórpidas), eczema, enfisema subcutáneo. También existen accidentes generales, que son raros: reacciones vagales, accidentes alérgicos, interacciones farmacológicas, intolerancia al anestésico.

• ***Complicaciones y accidentes a consecuencia directa e inmediata del traumatismo operatorio:*** Generalmente son mecánicos y que suelen afectar al resto de los dientes, maxilares, mucosa bucal, elementos vasculares y nervios. Entonces mencionaremos las fracturas dentarias (ya sea del diente que se está extrayendo o de algún diente adyacente), luxación o fractura de los dientes vecinos, dientes o raíces desplazadas a otros espacios anatómicos, diente extraído por error, etcétera.

• ***Accidentes en relación con los huesos maxilares:*** fractura del hueso alveolar, fractura de la tuberosidad, fractura mandibular, luxación de la articulación temporomandibular.

• ***Accidentes de los tejidos blandos:*** quemaduras de labios, lesiones de labios, lesiones o perforaciones del piso bucal o lengua, para al-

Dolo Bedoyecta®

DOLO BEDOYECTA®. Hidroxocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno. Solución inyectable. DOLO BEDOYECTA®. Cianocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno. Tabletas. FORMAS FARMACÉUTICAS Y FORMULACIÓN: Dolo Bedoyecta® Inyectable: Cada ampolleta contiene: Acetato de hidroxocobalamina equivalente a 5,000 mg de hidroxocobalamina. Ketoprofeno 100 mg. Vehículo c.b.p. 2 ml. Cada jeringa contiene: Hidroxocobalamina (Vitamina B12) 5000 mcg. Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B1) 50 mg. Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B6) 25 mg. Vehículo c.b.p. 1 ml. Dolo Bedoyecta® Tabletas: Cada tableta contiene: Ketoprofeno 100 mg. Mononitrato de Tiamina (Vitamina B1) 100 mg. Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B6) 50 mg. Cianocobalamina al 10% 50 mg equivalente a 5 mg de vitamina B12. Excipiente c.b.p. 1 tableta.INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Antiinflamatorio, analgésico y antineurítico para el tratamiento de neuropatías periféricas (lumbalgias, ciática, cervicalgias, radiculitis, neuralgia postherpética, espondilitis, síndrome del túnel del carpo y fibromialgias) de origen nutricional, inflamatorio, diabético y alcohólico. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, úlcera gástrica o duodenal activas, insuficiencia hepática o renal severas, policitemia vera, hipertensión arterial severa, embarazo, lactancia, menores de 12 años. PRECAUCIONES GENERALES: Debe administrarse con cuidado en pacientes con antecedentes de úlcera gastroduodenal y deshidratados. Se debe vigilar el funcionamiento renal de pacientes con insuficiencia cardiaca, cirróticos y nefróticos crónicos, pacientes que tomen diuréticos y con hipovolemia. Es recomendable disminuir la dosis en pacientes geriátricos de 2 a 1 sola inyección al día. La formulación inyectable contiene alcohol bencílico como un aditivo, del cual se han reportado eventos de toxicidad en recién nacidos, sin que se haya establecido claramente una relación causal, además la concentración como aditivo es de 0.030mL y la dosis tóxica en neonatos es de 0.064 – 0.26 mL/Kg. RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se use en el embarazo, en el tercer trimestre del embarazo, todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, pueden exponer al feto al cierre prematuro del conducto arterioso y aumentan el tiempo de sangrado, por lo que su empleo durante eel embarazo, está contraindicado. A la fecha, sólo se conocen los efectos tóxicos por alcohol bencílico en neonatos, cuya relación no ha sido establecida, pero no existen reportes de toxicidad fetal durante el embarazo, por lo que el empleo de la presentación inyectable durante el primer y segundo trimestres del embarazo queda bajo responsabilidad del médico. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: En personas susceptibles, puede provocar cefalea, confusión, rash cutáneo, náuseas, vómito e irritación gástrica. Ocasionalmente puede causar síndrome de Stevens-Johnson, reacciones de fotosensibilidad y choque anafiláctico. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: La piridoxina puede actuar como antagonista de la levodopa. La cicloserina, isoniacida y penicilamina, inhiben la acción de la vitamina B6. Altas dosis de vitamina B6 (más de 200 mg) disminuyen las concentraciones séricas de fenitoina y fenobarbital. Por su contenido de ketoprofeno al coadministrarse con otros antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes orales y salicilatos, aumenta el tiempo de sangrado y el riesgo de provocar úlcera y hemorragia gástrica. De igual modo, si se administra junto con metotrexato, aumenta la toxicidad hematológica, ya que el ketoprofeno compite por sitios de unión en proteínas plasmáticas y disminuye la excreción renal de metotrexato, por lo tanto, debe suspenderse la administración de Dolo Bedoyecta® 12 horas antes de la administración de metotrexato. Existe riesgo de disminución del efecto antihipertensivo de betabloqueadores, inhibidores selectivos de la enzima convertidora de angiotensina, y diuréticos por inhibición de prostaglandinas vasodilatadoras por parte del ketoprofeno. PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: No hay datos que indiquen potencial carcinogénico, mutagénico, teratogénico o efectos sobre la fertilidad por el empleo de vitaminas B1, B6 ó B12. Por otro lado, no existen estudios suficientes para descartar embriotoxicidad por el empleo de ketoprofeno. DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Dolo Bedoyecta® Inyectable: La dosis media es una a dos jeringas diariamente o de acuerdo a las indicaciones médicas, dependiendo de la severidad del caso. Para administrar se debe cargar la jeringa prellenada con el contenido de la ampolleta, agite suavemente y aplique inmediatamente por vía intramuscular profunda. Dolo Bedoyecta® Tabletas: Se administra por vía oral y se recomienda una tableta cada 12 horas. MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Dadas las características hidrosolubles de las vitaminas del complejo B, estas carecen de almacenamiento, por lo que las sobredosis son eliminadas por vía renal y secreciones corporales. En caso de presentar reacciones de hipersensibilidad, debe suspenderse su uso de inmediato. PRESENTACIONES: Dolo Bedoyecta® Inyectable: Caja con 1 jeringa de cristal prellenada con 1 ml de vitaminas y una ampolleta con 2 ml de ketoprofeno. Dolo Bedoyecta® Tabletas: Caja con frasco con 30 tabletas. LEYENDAS DE PROTECCIÓN: No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. No se use en el embarazo, lactancia, menores de 12 años. Reg. No. 106M2004 SSA (inyectable) y 420M2004 SSA (tabletas). Laboratorios Grossman, S.A. Calz. de Tlalpan 2021, 04040, México, D.F. ® Marca Registrada. Bibliografía: 1.- American Society of Hospital Pharmacists. AHFS Drug Information: Ketoprofen 2006: 2050. 2.- Rodríguez J., Aguilar JC., Reyes G., et al. Antinociceptive and antiinflammatory effects of ketoprofen are potentiated by a vitamin B mixture in the rat. Drug Dev Res 2005;64(1):66-70. 3.- Chiu CK., Low TH., Tey YS., et al. The e fficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomised controlled trial. Sing Med J 2011;52(12):868-872. 4.- Litter M. Farmacología del sistema hematopoiético. Farmacología Experimental y Clínica. 7a ed. Capítulo X, 1249-1255. AVISO: 133300202C0780.

GROSSMAN®

gunos autores debe incluirse la entrada de aire a los tejidos blandos que provocará un efisema subcutáneo.

• ***Accidentes de los tejidos nerviosos:*** contusión, compresión, estiramiento o heridas al nervio. Se pueden lesionar el nervio dentario inferior, el nervio mentoniano, el lingual, nasopalatino, palatino anterior, infraorbitario, bucal y facial.

• ***Accidentes vasculares:*** pueden producirse hemorragias por corte o desgarro de la túnica vascular.

• ***Fractura de instrumental:*** ya sean elevadores, fresas o cucharillas por mal uso y excesiva aplicación de fuerza.

• ***Lesiones del seno maxilar:*** perforaciones del seno, impactación dentro del seno de algún molar o premolar o alguna raíz.

Complicaciones posteriores al acto quirúrgico

Quedan comprendidas aquellas que se producen a los pocos minutos, horas o días después del procedimiento. Algunas pueden ser fatales. Se describen a las hemorragias, hematomas y equimosis, trismus, edemas, infecciones secundarias, y la alveolitis.

Cómo prevenir las complicaciones y accidentes

Resulta difícil elaborar un manual sobre cómo prevenir que se presenten las complicaciones antes mencionadas.

• Tener amplios conocimientos de anatomía humana, anatomía dental, farmacología, técnicas quirúrgicas, cirugía bucal, asepsia, antisepsia y esterilización, extracción dental.

• Tener suficiente habilidad y destreza para manipular los diferentes instrumentos utilizados en el procedimiento quirúrgico.

• Tener la sensatez y cordura adecuada para estudiar a detalle el problema al que nos vamos a enfrentar.

• Ser ecuánime, sincero y reconcer nuestras propias limitaciones.

• Tener el tacto adecuado para informarle al paciente sobre la posibilidad de que se presente alguna complicación durante el procedimiento o en el postoperatorio.

Debemos recordar que la extracción quirúrgica de un tercer molar incluido o retenido, ya sea por el bloqueo de otro diente o hueso, por falta de espacio o por malposición del tercer molar, es la intervención quirúrgica más frecuente de todas las realizadas en la cavidad bucal. Debido a la frecuente patología que acompaña la erupción o impactación del tercer molar, está plenamente justificada su eliminación profiláctica antes de que esta patología asociada se presente, excepto en aquellas circunstancias en que esto sea poco aconsejable o imposible. Leonard califica a los terceros molares como “bombas de efecto retardado”, ya que si no se eliminan profilácticamente, pueden causar dolor, infecciones, etcétera, llegando incluso a amenazar la vida del paciente. El momento idóneo para efectuar la cirugía preventiva es cuando ya se ha formado la mitad o las dos terceras partes de la raíz, lo que coincide generalmente entre los 16 y 18 años de edad. Pedersen lo define ilustrativamente como el “período dorado” del tercer molar. Parant considera que la edad óptima se sitúa antes de los 20 años, o sea, antes de que se haya producido la mineralización de los ápices.

Resulta también importante resaltar que las extracciones quirúrgicas siempre deben ser realizadas por un especialista en cirugía oral o maxilofacial, y no por un dentista de práctica general., Esto debido a múltiples razones: la experiencia y adiestramiento que los cirujanos poseen, su capacidad para resolver cualquier complicación, su habilidad y destreza y sus conocimientos anatómicos. Si algún paciente llega al consultorio con un tipo de problema similar deberá remitirse al cirujano para que lo atienda y si resultara alguna complicación durante o después del tratamiento de extracción también deberá solicitarse la atención por el especialista. Es necesario contar con el instrumental adecuado y conocer todas las técnicas de bloqueos anestésicos así como el manejo farmacológico en estos casos. Debe prepararse cuidadosamente un plan quirúrgico para cada paciente, que resuelva los problemas de acceso y visibilidad, de manera que pueda realizarse la cirugía del tercer molar (o del diente de que se trate) con el mínimo traumatismo de los tejidos blandos y duros (hueso y dientes vecinos), y de esta manera realizarla en el menor tiempo posible. De la misma manera, una radiografía del diente a extraer es necesaria y esta debe estar bien tomada, bien contrastada, no quemada con los líquidos ni fuera de foco. El grado de dificultad del procedimiento se establecerá por medio de las radiografías periapicales y ortopantomografía de cada caso, pudiendo ser: de dificultad menor, moderada o muy difícil.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

Teatro San Rafael
Tina Galindo, Claudio Carrera y OCESA
Presentan
Una producción de
Morris Gilbert
El HOMBRE de la MANCHA
De D. Wasserman, M. Leigh y J. Darion
Trad. C. Viniegra y E. Delgado Fresán
Dirección: Mauricio García Lozano
Enrique Chi
-Gran talento actoral-
Guadalupe Lancho
-Espectacular desde Madrid-
Kika Edgar
-Actriz Invitada-
Ernesto D´Alessio
-Actor Invitado-
CORTA TEMPORADA DE DESPEDIDA
Virginia Fábregas 40, San Rafael. CDMX 5207 1498 / 5592 2142 JUE. 8:30 PM · VIE. 6:30 PM Y 9:30 PM · SÁB. 5 y 8 PM · DOM. 1:30 Y 6 PM
AT&T
MejorTeatro
Boletos en ticketmaster.com.mx
VIERNES DE TEATRO 2x1
25% DESCUENTO TODOS LOS DÍAS
¡Con Citibanamex todos los días son de teatro!
MejorTeatro
citibanamex
Consulta cartelera
mejorteatro
LENNY DE LA ROSA
UNA PRODUCCIÓN DE MORRIS GILBERT Y FEDERICO GONZÁLEZ COMPEÁN
MENTIRAS EL MUSICAL
DE JOSÉ MANUEL LÓPEZ VELARDE
INICIO DEL 10o AÑO
CON ÉXITOS DE LOS OCHENTA
DANIELA LUJÁN
LA ESTÉTICA DEL CRIMEN MORIRÁS... DE RISA
¡LA PASARÁS BOMBA!
CARCAJADAS DE PRINCIPIO A FIN
PRÓXIMO ESTRENO
EL TEST
¿QUÉ PREFIERES CIEN MIL DÓLARES AHORA ó UN MILLÓN DENTRO DE 10 AÑOS?
>TEATRO MÉXICO
>TEATRO FERNANDO SOLER
>TEATRO ZENTRIKA SANTA FE
CENTRO TEATRAL MANOLO FÁBREGAS
Velázquez de León 31 . Col. San Rafael 5207 1498 / 5535 5424
DENTRO DE PLAZA ZENTRIKA
Lateral Autopista México Toluca 1235.
5207 1498 / 5292 1380
MejorTeatro citibanamex 22 AT&T ticketmaster www.mejorteatro.com
Agradecemos el patrocinio de este inmueble a: Chip's

Keral®

Dexketoprofeno trometamol

4 veces más eficaz en el Alivio del Dolor[7]

Alivia el dolor en…

15 minutos[1,2]

Referencias:

1.- Monografía Keral®. Menarini.

2.- Leman P, Kapadia Y, Herington J. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dexketoprofen and diclofenac in lower limb injury. *Emerg Med J*. 2003;20(6):511-3.

3.- McGurk M, Robinson P, Rajayogeswaran V, *et al*. Clinical comparison of dexketoprofen trometamol, ketoprofen, and placebo in postoperative dental pain. *J Clin Pharmacol*. 1998 Dec;38(12 Suppl):46S-54S.

4.- Artigas R, Muñoz G, de Luca M, *et al*. Dexketoprofen trometamol in dental pain: An overview of three clinical trials. II Congress of the European Federation of IASP Chapters. 1997. Barcelona, Spain.

5.- Barbanoj MJ, Antonijoan RM, Gich I. Clinical pharmacokinetics of dexketoprofen. *Clin Pharmacokinet*. 2001;40(4):245-62.

6.- Laporte JR, Ibáñez L, Vidal X, Vendrell L, Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. *Drug Saf*. 2004;27(6):411-20.

7.- Jiménez-Martínez E, Gasco-García C, Arrieta-Blanco JJ, *et al*. Estudio de la eficacia analgésica del Dexketoprofeno Trometamol 25 mg. *vs*. Ibuprofeno 600 mg. tras su administración oral en pacientes sometido

8.- Información para prescribir reducida de Keral®, tabletas. Clave IPPR: 143300415C0275.

1. DENOMINACION DISTINTIVA KERAL® 2. DENOMINACION GENÉRICA Dexketoprofeno 3. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN Tableta Dexketoprofeno trometamol 18.45 mg equivalentes a 12.5 mg de dexketoprofeno. Excipiente cbp 1 tableta Dexketoprofeno trometamol 36.90 mg equivalentes a 25.0 mg de dexket esteroide que muestra acción analgésica, antiinflamatoria y menor actividad antipirética. Su acción analgésica se consigue con una dosis 10 veces inferior a la necesaria para reducir la inflamación. KERAL® (dexketoprofeno) es la sal de trometamina del S-(+)-2-(3 benzoilfenil) del ácido propiónico. KERAL® inhibe la sí los 30 minutos. La vida media de distribución y eliminación es de 0.35 y 1.65 horas respectivamente. Su unión a las proteínas plasmáticas es del 99 % y su volumen de distribución promedio está debajo de los 0.25 l/kg. La ruta principal de eliminación es la vía renal. Más del 80 % del fármaco es excretado en forma hemorrágicos y de la coagulación o si están tomando anticoagulantes; asma, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal moderad a severa, insuficiencia hepática grave, embarazo y lactancia. 7. PRECAUCIONES GENERALES: La seguridad en niños no ha sido establecida. KERAL®, puede producir lesiones en la mucosa gas el tratamiento debe ser interrumpido de inmediato. Efectos renales. KERAL® debe utilizarse con precaución en pacientes con disfunción renal moderada a severa, y en sujetos que predispongan a la retención de líquidos, que reciban diuréticos o con predisposición a la hipovolemia. Otras alteraciones. Se han reportado c e hipoplasia medular. Puede producir efectos débiles a moderados sobre la capacidad de conducción de vehículos o de utilizar maquinaria, debido a la posibilidad de aparición de vértigo o somnolencia. Advertencias: KERAL® no debe utilizarse conjuntamente con otros AINEs. Pacientes ancianos, mayores de 65 años. coagulación; sin embargo, los pacientes que reciban adicionalmente otra terapia que interfiera con la hemostasia deberán ser vigilados. 8. RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA KERAL® no debe administrarse durante el embarazo y la lactancia. Los AINEs pueden bloquear las contracciones neonatal. Se desconoce si el dexketoprofeno es excretado en la leche materna. 9. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS Los eventos reportados se clasifican de acuerdo a su frecuencia: Frecuentes (1 al 10%): náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea. Poco frecuentes (0.1 al 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, ar tropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. 10. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO Asociaciones no recomendables: usado con otros AINEs, se incrementa el riesgo de hemorragia gastrointestinal por efecto sinérgico. Con anticoagulantes orales y dosis una disminución en la depuración renal. Puede incrementar los efectos tóxicos de las hidantoinas y sulfonamidas. Combinaciones que requieren precaución: El uso combinado de AINEs, con IECA y diuréticos, se asocia a riesgo de insuficiencia renal y pueden disminuir su acción antihipertensiva. Con pentoxifilina y zid ciclosporina, puede presentarse nefrotoxicidad; con trombolíticos se incrementa el riesgo de sangrado; con glucósidos cardiacos puede incrementar las concentraciones de glucósidos en plasma. En animales. el uso de dosis altas de quinolonas con AINEs puede incrementar el riesgo de desarrollar convulsiones. 11. ALTE RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD En animales, las secuelas sobre el feto se manifestaron con dosis altas. KERAL® puede bloquear las contracciones uterinas y retardar el parto. Pueden inducir constricción intrauterina o cierre del conducto arteri toma. En ancianos (>65 años) se recomienda ½ tableta (12.5 mg) cada 6 horas, es decir, 50 mg como dosis total diaria. No debe administrarse a niños menores de 12 años. 14. MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL En caso de ingestión accidental o excesiva, debe institui 17. LEYENDAS DE PROTECCIÓN Su venta requiere receta médica. No se use en el embarazo, lactancia, ni en niños menores de 12 años. No se deje al alcance de los niños. Reporte las sospechas de reacción adversa a los correos: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx y ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx 18. NOMB S.A. Para: Dinafarma. S.A. de C.V. Circuito Nemesio Diez Riega No. 10, Parque Industrial El Cerrillo II, C.P. 52000, Lerma, México. Distribuido por: Laboratorios Hormona® S.A.P.I. de C.V. Hormona No. 2-B, Col. San Andrés Atoto, C.P. 53500, Naucalpan de Juárez, México. 19. NUMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO AN

Keral®
Dexketoprofeno trometamol

Eficacia analgésica con rápido inicio de acción[3,4]

-Perfil farmacológico que ofrece múltiples beneficios:[1,2,5,6]

- Mejor actividad analgésica y antiinflamatoria
- Rápida absorción e inicio de acción
- Excelente perfil de tolerabilidad gástrica

Tabletas 25 mg

Posología Keral® tabletas:[8]
1 tableta de 25 mg cada 8 horas

MENARINI
MÉXICO

s a una intervención quirúrgica oral. *Med Oral*. 2004;9:138-43.

oprofeno. Excipiente cbp 1 tableta. 4. INDICACIONES TERAPÉUTICAS Antiinflamatorio no esteroideo con acción analgésica. KERAL® está indicado en el tratamiento sintomático del dolor agudo de diversa etiología. 5. FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA Farmacodinamia: El dexketoprofeno es un antiinflamatorio no tesis de prostaglandinas. Específicamente inhibe la transformación del ácido araquidónico a endoperóxidos cíclicos, PGG2 y PGH2, los cuales producen prostaglandinas PGE1, PGE2, PGF2α y PGD2; prostaciclina PGI2 y tromboxanos, TxA2 y TxB2 Farmacocinética: Después de la administración oral, la Cmax se obtuvo a de glucurónido conjugado. Los estudios de cinética con dosis múltiples no han demostrado acumulación del fármaco. 6. CONTRAINDICACIONES KERAL® no debe administrarse en casos de: hipersensibilidad a dexketoprofeno y a cualquier otro AINE, pacientes con úlcera gastrointestinal, enfermedad de Crohn, trastornos trointestinal y dar lugar a sangrado. Los pacientes ancianos están más predispuestos a sufrir sangrado gastrointestinal y/o perforación que a menudo son dosis dependientes y pueden pre sentarse sin síntomas o sin historia previa en cualquier momento del tratamiento. En caso de sangrado gastrointestinal o ulceración, asos aislados de anafilaxia y edema facial. Al igual que con otros AINEs, podría presentarse meningitis aséptica, la cual podría ocurrir en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo; reacciones hematológicas (púrpura, anemia aplástica y/o hemolítica) y raramente agranulositosis Como sucede con todos los AINEs el riesgo de efectos secundarios en pacientes ancianos es mayor. Se recomienda utilizar la dosis de 50 mg/día, dado que la vida media en plasma es más prolongada y la depuración plasmática menor. El uso concomitante con heparina de bajo peso molecular no mostró efectos en la s uterinas y retardar el parto. Pueden inducir constricción intrauterina o cierre del conducto arterioso conduciendo a la hipertensión pulmonar neonatal y a la insuficiencia respiratoria. Los AINEs pueden deprimir la función plaquetaria fetal e inhibir la función renal del feto, resultando en una oligohidroamniosis y anuria nsiedad, vértigo. tinnitus, estreñimiento, sequedad de boca, erupción cutánea, prurito, hipotensión, visión borrosa, fatiga, palpitaciones, flatulencia y gastritis. Raras (0.01 al 0.1%): parestesias, edema periférico, úlcera péptica, melena, anorexia, urticaria, trastornos menstruales y prostáticos. Reportes aislados (<0.01%): neu- profiláctica de heparina parental, se incrementa el riesgo de sangrado y el daño a la mucosa gastrointestinal. Los AINEs incrementan los niveles hemáticos de litio por lo que se requiere un monitoreo cuidadoso al inicio del tratamiento. Dosis altas de metotrexate, (> 15 mg/semana) incrementan la hematotoxicidad por lovudina aumenta el riesgo de sangrado. Con sulfonilureas puede aumentar el efecto hipoglucemiante. Asociaciones que deben tomarse en cuenta: β-bloqueadores asociados con AINEs, pueden disminuir su acción antihipertensiva; Probenecid: puede aumentar las concentraciones plasmáticas de dexketoprofeno; con RACIONES EN LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO Como cualquier AINE, puede incrementar los niveles plasmáticos de nitrógeno de la urea y creatinina. También puede causar incremento, ligero y transitorio, de la TGO y TGP e interferir con algunas pruebas de los 17- cetosteroides. 12. PRECAUCIONES EN oso, conduciendo a la HTA neonatal y a la insuficiencia respiratoria. 13. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION Vía de administración: Oral KERAL® tabletas. Dosis: 1 tableta de 25 mg cada 6-8 horas sin exceder la dosis diaria de 75 mg. Si es necesario se puede administrar una segunda tableta 1 hora después de la primera rse de inmediato el tratamiento sintomático y el lavado gástrico, si éste es requerido. El dexketoprofeno es dializable. 15. PRESENTACIONES Caja con 10 ó 20 tabletas de 12.5 mg. Caja con 10 ó 20 tabletas de 25.0 mg. 16. RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO Consérvese a no más de 30ºC. Protéjase de la luz. RE Y DOMICILIO DEL LABORATORIO Hecho en Italia por: A. Menarini Manufacturing Logistics and Services S.R.L. Via Campo Di Pile-67100 L' Aquila (AQ), Italia. y/o Hecho en España por: Laboratorios Menarini S.A. Alfons XII 587, 08918, Badalona, España. Bajo licencia de: Menarini Internacional Operation Luxembourg TE LA SECRETARIA ® Marca registrada Reg. No. 103M2005 SSA IV Clave IPPA: 143300415C0275

Aviso de Publicidad 163300202c5407

Odontológicas

CIRUGÍA *EXIT* A UN FETO DE
34 semanas con un tumor facial

La primera cirugía *Exit* llevada a cabo en el Hospital de la Arrixaca, de Murcia, ha movilizado a cinco equipos quirúrgicos para poder extirpar la tumoración facial de un feto de 34 semanas que podría haber muerto por asfixia durante el parto. La coordinación rigurosa de los miembros del Comité de Medicina Fetal del hospital ha hecho viable que se aplique por primera vez , en virtud de técnicas avanzadas de diagnóstico prenatal, el procedimiento llamado *Exit,* acrónimo anglosajón de *Ex útero Intrapartum Treatment.*

Cualquier tumoración en un feto con riesgo de obstrucción de las vías respiratorias sería subsidiaria de esta técnica. El caso del hospital murciano se planteó a finales de enero, cuando los ginecólogos detectaron mediante tecnología 3D un tumor en la zona del maxilar superior en un feto de 28 semanas, con diagnóstico tardío remitido desde otro centro.

Al ver que el tumor iba creciendo cada pocos días y que tenía áreas ulceradas y muy vascularizadas, con el consiguiente peligro de asfixia para la niña en el momento de nacer, se aprobó practicar esta cirugía en la semana 34. El procedimiento ha logrado mantener al feto oxigenado a través de la circulación uteroplacentaria mientras tenía medio cuerpo fuera del útero y estaba conectada a un pulsioxímetro, durante un parto fetal parcial con cesárea. Una vez estabilizada la respiración se procedió a extirpar el tumor facial.

Coordinación

Juan Luis Delgado, Jefe de sección de Ginecología y de Obstetricia se ha mostrado satisfecho de la sincronía lograda por los 33 profesionales que han participado en los dos quirófanos habilitados, uno para la cesárea en la madre y el otro para practicar la exéresis del tumor en la neonata. Ésta, tras su nacimiento parcial, fue monitorizada como un segundo paciente, a pesar de seguir unida al cordón umbilical, lo que le permitía oxigenarse y compartir anestesia con su madre.

El ginecólogo ha explicado que en estos casos el riesgo principal para el feto es la hipoxia grave que puede condicionar alteraciones neurológicas en el futuro, y para la madre el riesgo de hemorragia. “Por eso había que mantener la perfusión del útero mientras estaba abierto y procurar que no se desprendiera la placenta cuando la niña tenía medio cuerpo fuera”. Para ello se evitaron las contracciones uterinas con fármacos relajantes y uno de los cirujanos mantenía con su mano el cordón umbilical para que no saliera líquido amniótico y evitar un desprendimiento placentario de fatales consecuencias. Cuando la vía aérea del bebé ya está asegurada termina el procedimiento *Exit,* se secciona el cordón y se finaliza la cesárea.
http://dentalw.com/news/227.htm

LA CIRUGÍA ROBÓTICA PERMITE OPERAR
tumores de garganta a través de la boca

“Una de las posibilidades que ofrece es la extirpación de tumores malignos faringo-laríngeos a través de la cavidad oral, aunque también se ha extendido su uso a otros campos, como la apnea del sueño”, explicó el doctor Carlos Suárez, presidente del comité organizador del congreso. Con la cirugía robótica el cirujano no precisa tocar al paciente, maneja la intervención desde una consola, mediante un mando y una microcámara de televisión. El doctor Peter M. Baptista, de la Clínica Universidad de Navarra, presentó en el congreso el resultado de los 25 pacientes tratados en España. A su juicio “se trata de una revolución que alcanzará a otras intervenciones de ORL, ya que permite ver en detalle las estructuras internas de una cavidad muy reducida como es la oro-faríngea, y operar con total precisión y mayor seguridad”. La cirugía robótica también permite intervenir en el cuello a través de la axila, destaca este experto, “lo que supone una opción muy interesante para quienes, por motivos estéticos, no desean tener una cicatriz visible”. La combinación de radioterapia y quimioterapia en ORL está reduciendo la necesidad de intervenciones quirúrgicas, señala el doctor Suárez. En este sentido, “se está avanzando en fármacos inhibidores de distintas moléculas implicadas en el desarrollo y progresión del cáncer y en el conocimiento de ciertas moléculas en la resistencia radioterápica y quimioterápica del tumor”.
http://dentalw.com/news/222.htm

Actualización Optimizada / Navegación Mejorada

¡DESCÁRGUELA YA!

VademécumApp

www.medicamentos.com.mx

¡Nueva versión!

Información para prescribir en la palma de su mano.

Google Play App Store

SIN COSTO

Anomalías del esmalte dentario

POR LA C.D. C.M.F. CATALINA MUÑOZ VELÁZQUEZ

Las alteraciones del desarrollo dentario, pueden ser de dos tipos: sindrómicas o aisladas; es decir, existen genes morfogenéticos reguladores que determinan la posición que cada diente va a tener dentro de la arcada en cada maxilar; así como la posición y el desarrollo de los gérmenes dentarios a los que se les denomina genes homeobox; los que aparte de alterar la morfo diferenciación de los tejidos dentarios, también tienen efectos pleiotrópicos sobre otros órganos dentarios, alterando su formación, ocasionando con ello síndromes de tipo hereditario.

La odontogénesis se inicia en la sexta semana de vida intrauterina, cuando se diferencia la lámina dental a partir del epitelio odontogénico. En la octava semana, aparecen los diez brotes o yemas correspondientes a los dientes primarios, cada uno de los cuales origina un órgano del esmalte. Cada brote permanece conectado al epitelio odontogénico a través de un pedículo; el *gubernaculum dentis*, que es una expansión de la lámina dental y a su vez originará la lámina accesoria, de la que se formarán los gérmenes de los dientes permanentes. Así mismo, una extensión distal de la lámina dental, originará los gérmenes de los molares permanentes.

Los genes implicados en la amelogénesis son específicos para los órganos dentarios, sus mutaciones producen alteraciones del desarrollo dental del tipo no sindrómico. La alteración suele ser solamente dental, sin que haya anomalías en otros órganos del cuerpo. Tal es el caso de las displasias de los tejidos dentígeros, como en la amelogénesis o dentinogénesis imperfecta y las displasias dentinarias; o bien las anomalías en el número dentario; como son la hipodoncia, oligodoncia o anodoncia que se presentan de forma aislada, sin verse asociadas a algún síndrome de tipo hereditario.

La anomalía puede afectar cualquiera de las fases de la normalidad dentaria, como son: la estructura interna, la forma, el número, el tamaño, el color y la posición en las arcadas, etcétera. Por tanto es complicado, establecer un límite entre lo normal y lo patológico. El concepto "normalidad dentaria" es relativo, se aplica a la persona que tiene el número y tipo de dientes común para su edad, situados en las arcadas en el orden y posición habitual, con la forma característica de cada órgano dental, el tamaño adecuado, el color ordinario y la estructura interna específica, dentro del contexto racial al que pertenece.

El esmalte se origina del tejido ectodérmico; su composición presenta un alto contenido de minerales con una baja composición proteica. El ameloblasto es la célula encargada de la formación del esmalte, que comienza en la séptima semana de gestación y continúa hasta después del nacimiento.

La amelogénesis es un proceso complejo conformado por tres fases; inicia con la fase secretora; a partir de que el ameloblasto secreta una matriz proteica constituida principalmente entre el ochenta al noventa por ciento de amelogenina; del cinco al diez por ciento de ameloblastina; de entre el tres al cinco por ciento de enamelina y el uno por ciento de enamelisina; así como por pequeñas cantidades y porcentajes de otras proteínas con actividad del tipo de la proteasa, entre las que figuran el plasminógeno, la calicreína, la hepsina y la prostatina.

En la fase de fase de mineralización o calcificación, existe la precipitación de cristales de hidroxiapatita, efectuándose la mineralización de la matriz de forma progresiva, con un crecimiento longitudinal de los cristales de hidroxiapatita. Por último, la fase de maduración da inicio con la degradación de la matriz proteica que rodea a los cristales, siendo sustituida por material mineral, posteriormente se incrementa el espesor de los cristales de hidroxiapatita, cuyo contacto está íntimamente unido con los cristales adyacentes.

En la amelogénesis imperfecta no sindrómica, se producen alteraciones de los órganos dentarios, debido a las mutaciones en los genes que controlan la formación del esmalte y que codifican la expresión de sus proteínas, sin afectar a otros órganos de la economía corporal; pertenece a un grupo clínico y genéticamente heterogéneo, que presenta alteraciones primarias del desarrollo histológico del esmalte. Su prevalencia varía de acuerdo al tipo de población de la que se trate, por lo general se estima un rango entre un por cada setecientos individuos, en otros casos puede presentarse un individuo por cada cuatro mil personas.

Desde el punto de vista clínico, la amelogénesis imperfecta, tiene una amplia variedad, de manifestaciones que van desde la aplasia o ausencia completa del esmalte, en otros casos puede presentarse hipoplasia o ausencia parcial del

#FUERZAMÉXICO

AHORA PRODUCIMOS AL NIVEL DE LAS MÁXIMAS POTENCIAS.

Soy mexican@

SOMOS MEXICANOS

somosmexicanos.mx

Consejo de la Comunicación
Voz de las Empresas

esmalte; histológicamente, pueden apreciarse defectos en la mineralización, por lo general existe hipomineralización del esmalte; en su contenido proteico existe hipomaduración que muestra cambios del aspecto normal del esmalte; también se presentan decoloraciones del esmalte, siendo frecuentes las opacidades blanquecinas, hasta las coloraciones amarillo-anaranjadas o marrones.

La amelogénesis imperfecta no sindrómica; puede clasificarse en la forma hipoplásica, caracterizada por un defecto del ameloblasto en la secreción de la matriz del esmalte; la forma hipocalcificada presenta un defecto en la mineralización de la matriz del esmalte y forma hipomadura, se caracteriza por un defecto en la maduración de los cristales de hidroxiapatita; así como también existe un defecto en el procesamiento de las proteínas del esmalte. Aún y cuando la amelogénesis imperfecta es una patología no sindrómica, los defectos del esmalte pueden asociarse a otras anomalías dentarias, como lo son: el retraso en la erupción, las calcificaciones pulpares, hiperplasia gingival, taurodontismo, e incluso mordida abierta y prognatismo.

La forma de amelogénesis imperfecta más frecuente es la de herencia autosómica dominante, en la que es característico el esmalte que le da una apariencia moteada. En la amelogénesis imperfecta de herencia autosómica recesiva, se asocia a la mordida abierta, clínicamente debido al déficit proteínico, hay alteraciones del color dentario que van del amarillo al marrón, con o sin opacidades. Los órganos dentales pueden ser de tamaño normal o presentar microdoncia, dependiendo del espesor de la capa del esmalte; su superficie puede ser rugosa o lisa; las pacientes suelen presentar un patrón de esmalte con estrías verticales, resultado de la presencia de ameloblastos normales y anormales. En este tipo de pacientes, deben realizarse una serie de exámenes, que incluyan el clínico, el radiográfico, el histológico y el genético, para llegar a un diagnóstico acertado de la amelogénesis imperfecta; considerando que los dos primeros exámenes permiten realizar un diagnóstico presuntivo mientras que los dos últimos exámenes permiten emitir un diagnóstico definitivo.

Si bien es cierto, la forma más frecuente de amelogénesis imperfecta, es la no sindrómica o aislada; la amelogénesis imperfecta, también se puede presentar asociada a otras alteraciones, no sólo con anomalías de tipo dental, sino también con alteraciones en diferentes sistemas y órganos.

El Síndrome trico-dento-óseo, es una patología perteneciente al grupo de las displasias ectodérmicas; se caracteriza por presentar aumento de la densidad mineral ósea generalizado y del grosor de los huesos corticales del cráneo; desde el nacimiento el paciente presenta cabello crespo o rizado, posteriormente durante la dentición hay la presencia de taurodontismo en molares e hipoplasia del esmalte con decoloración; el grado de los defectos del esmalte puede variar entre los miembros de la familia que se vean afectados. La

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACION: Cada CÁPSULA contiene: Ketorolaco trometamina 10 mg. Excipiente c.b.p. 1 capsula. Cada ampolleta contiene: Ketorolaco trometamina 30 mg. Vehículo c.b.p. 2 ml. Cada TABLETA SUBLINGUAL contiene: Ketorolaco trometamina 30 mg. Exipiente c.b.p. 1 tableta. INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Es un antiinflamatorio no esteroide con importante actividad analgésica, indicado en el tratamiento del manejo del dolor moderadamente severo. CONTRAINDICACIONES: Al igual que otros AINEs, RAPIX esta contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al ketorolaco u otros AINEs. enfermedad ácido péptica activa, hemorragia digestiva o perforación gastrointestinal, insuficiencia renal moderada o grave (creatinina sérica > 442 ~mol/l) durante el parto y en ninos en el postoperatorio de amigdalectomia. PRECAUCIONES GENERALES: RAPIX debe administrarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva, especialmente en los ancianos tratados con dosis superiores a 60 mgldia. En los pacientes con insuficiencia renal o antecedentes de nefropatía. Pacientes con alteraciones en los tiempos de coagulacion, ya que RAPIX inhibe la agregacion plaquetaria; sin embargo, esta regresa a sus valores normales en un plazo de 24-48 horas después de suspender el tratamiento. Se han descrito casos de retención hídrica, hipertension arterial yedema en pacientes tratados con RAPIX, por 10 que debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial u otras enfermedades cardiovasculares. RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se administre durante el embarazo o lactancia. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Se ha reportado malestar abdominal, anorexia, estrenimiento, diarrea, dispepsia, eructos, flatulencia, sensación de plenitud, gastritis, hemorragia digestiva, hematemesis, náuseas, esofagitis. pancreatitis. ulcera gastroduodenal, perforación gástrica o intestinal, estomatitis, vómitos. rectorragia, melena, ansiedad, meningitis aséptica, convulsiones. depresión, mareo, somnolencia, sequedad de boca, euforia, polidipsia, alucinaciones. cefalea, hipercinesia, disminución de la capacidad de concentración, insomnio, mialgia, parestesias, sudación, vértigo, insuficiencia renal aguda, polaquiuria, retención urinaria, síndrome nefrótico, oliguria, bradicardia, hipertensión arterial, palidez, palpitaciones, hipotensión arterial, dolor torácico, asma bronquial, disnea, edema pulmonar. Hepatitis, ictericia colestasica, insuficiencia hepática, dermatitis exfoliativa, sindrome de Lyell, exantema maculopapular, prurito, síndrome de Stevens-Johnson, urticaria, reacciones de hipersensibilidad, reacciones hematológicas. disgeusia, alteraciones de la vista, acufenos. hipoacusia. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: RAPIX no debe administrarse en forma simultánea con probenecid, ya que disminuye la depuración plasmatica del ketorolaco; RAPIX disminuye el aclaramiento de pentoxifilina, metotrexato y litio. Con warfarina es posible que el riesgo de hemorragia aumente. ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO: Se ha descrito elevación de las concentraciones séricas de urea y creatinina, inhibición de la agregación plaquetaria, prolongación del tiempo de sangrado, alteración en las pruebas de funcionamiento hepático. PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS. MUTAGÉNESIS. TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Hasta el momento, no se han reportado efectos de carcinogénesis, mutag,énesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN: Se recomienda tomar una cápsula de 10 mg cada 4-6 horas, sin exceder de 40 mg al día ni de 7 días. La dosis diaria combinada de ketorolaco no debera exceder la dosis recomendada. La dosis oral total no debera exceder de 40 mg al dia. Soluciones compatibles: Salina, dextrosa a 5%, solución de Ringer y Ringer lactato o soluciones Plasmalyte.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Hasta el momento, no se ha notificado, sin embargo se recomiendan medidas generales y la suspensión del medicamento. PRESENTACIONES: RAPIX cápsulas: Caja con 10 cápsulas de 10 mg duo RAPIX RD tabletas sublinguales: Caja con 4 tabletas de 30 mg. RAPIX solución inyectable: Caja con 3 ampolletas de 30 mg/2 ml duo RECOMENDACIONES
SOBRE ALMACENAMIENTO: Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30ºC y en lugar seco. LEYENDAS DE PROTECCIÓN: Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. NOMBRE Y DOMICILIO DEL LABORATORIO Laboratorios Senosiain S.A. de C.V. Camino a San luis No. 221, Ex Hacienda Santa Rita, C.P. 38137 Celaya, Guanajuato, Mexico. BIBLIOGRAFÍA: 1. Ketorolac. Drugdex Micromedex 2. Innes GD1, Croskerry P, Worthington J, Beveridge R, Jones D. Ketorolac versus acetaminophen-codeine in the emergency department treatment of acute low back pain. J Emerg Med. 1998 Jul-Aug;16(4):549-56. 3. Masudi T. Capitelli-McMahon H, Anwar S. Acute pain management in symptomatic cholelithiasis. World J Gastrointest Surg. 2016 Oct 27;8(10):713-718. 4. Maslin B1, Lipana L. Roth B, Kodumudi G, Vadivelu N.Safety Considerations in the Use of Ketorolac for Postoperative Pain. Curr Drug Saf. 2016 Jul 19. [Epub ahead of print]. 5. Isiordia-Espinoza MA, Pozos-Guillen A. Martinez-Rider R, Perez-Urizar J. Comparison of the analgesic efficacy of oral ketorolac versus intramuscular tramadol after third molar surgery: A parallel, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016 Sep 1 ;21 (5):e637-43. NÚMERO DE ENTRADA: 173300202C4472. RAPIX-01A-17.

	IM	IV
Adultos menores de 65 años y niños mayores de 3 años	Adultos 30 mg c/4-6 hrs. Niños 1.0 mg/kg c/4-6 hrs. sin exceder de 120 mg al día.	**Adultos** Aplicación directa: 30 mg c/6 hrs. en un lapso no menor de 15 segundos. Infusión continua: 30 mg. en forma directa, seguida de infusión continua de 5 mg/h durante 24 hrs. sin exceder de 120 mg. al día. **Niños** Aplicación directa: 0.5-1.0 mg/kg seguida de 0.5 mg/kg c-6 hrs. Infusión continua 30 mg. en forma directa en un lapso no menor de 15 segundos seguida por una infusión continua de 5 mg/h durante 24 hrs. sin exceder de 120 mg. al día.
Mayores de 65 años o con insuficiencia renal.	15 mg. cada 4-6 hrs. sin exceder de 60 mg al día.	Aplicación directa: 15 mg. c/6 hrs., sin exceder de 60 mg al día.

enfermedad se transmite como un rasgo autosómico dominante altamente penetrante. El diagnóstico diferencial debe incluir la amelogénesis imperfecta del tipo hipomaduro e hipoplásico con presencia de taurodontismo, la forma autosómica dominante de la osteopetrosis y la displasia oculo-dento-ósea. El tratamiento para este tipo de pacientes, debe ser un seguimiento dental frecuente tanto durante la dentición primaria como la permanente.

El Síndrome de Jalili, está asociado a la amelogénesis imperfecta; clínicamente el paciente presenta distrofia de conos y bastones, raro trastorno de la retina que provoca pérdida de la visión central, defectos en la visión de los colores y fotofobia antes de los 10 años de edad; la enfermedad evoluciona provocando en los pacientes ceguera nocturna y disminución del campo de visión. El esmalte dental puede ser fino y normal, o presentar hipomineralización. Esta patología se transmite de manera autosómica recesiva por una mutación genética.

El Síndrome de Kohlschüttere-Tönz, o Síndrome amelo-cerebro-hipohidrótico es un trastorno degenerativo de tipo autosómico recesivo, que se caracteriza por presentar regresión mental, convulsiones, amelogénesis imperfecta con dientes amarillos debido a los defectos del esmalte.

El Síndrome de McGibbon, está asociado a la nefrocalcinosis bilateral sin alteración de la calcemia y a la amelogénesis imperfecta. Clínicamente hay retraso en la erupción, hipertrofia gingival, el esmalte es sumamente delgado o está ausente en el tipo hipoplásico; radiográficamente se observa la presencia de calcificaciones intrapulpares.

La insuficiencia renal suele ser variable y retrasarse hasta la edad adulta. En los pacientes que presenten amelogénesis imperfecta siempre deben realizarse una ecografía renal para excluir la presencia de nefrocalcinosis.

La vitamina D controla las etapas del desarrollo de la corona dental, sin embargo en el raquitismo tipo II resistente a la vitamina D, hay una mutación del gen que codifica el receptor de la vitamina D. Clínicamente se asocia a la amelogénesis imperfecta. Esta patología se caracteriza por su resistencia al tratamiento con vitamina D desde los primeros meses de vida hay una mineralización defectuosa en las placas de crecimiento, lo cual se observa a nivel radiográfico, este tipo de raquitismo presenta osteomalacia principalmen-te en las extremidades inferiores, y alteraciones de la homeostasis del calcio y el fósforo.

El raquitismo tipo I dependiente de la vitamina D, es un defecto autosómico recesivo del metabolismo de la vitamina D. Clínicamente se caracteriza por retraso del crecimiento, hipotonía, raquitismo e hipoplasia del esmalte, todos los dientes permanentes presentan una coloración amarillo-marrón, las cámaras pulpares son grandes, tienen forma cuadrangular y las raíces son cortas. El estudio histológico muestra también anomalías de la dentina.

En los Síndromes autoinmunes poliglandulares, existe insuficiencia endócrina múltiple. El tipo 1 también llamado síndrome de Whitaker o distrofia ectodérmica se caracteriza por la presencia de candidiasis crónica muco-cutánea, porque existe un defecto de la inmunidad celular que facilita la presencia de infección por cándida y poliendocrinopatía múltiple, en la que destaca la presencia de Diabetes mellitus tipo 1, insuficiencia suprarrenal e hipoparatiroidismo. Es una patología de herencia autosómica recesiva. Las anomalías ectodérmicas incluyen la presencia de vitiligo, alopecia y displasia del esmalte. Su desarrollo ocurre en la infancia; el primer signo clínico aparece en la dentición permanente, los órganos dentarios que se ven afectados presentan hipoplasia del esmalte.

Es muy importante que el dentista recuerde que la formación de todos los tejidos del cuerpo humano siguen un orden y comienza desde la formación misma del huevo o cigoto a través de células altamente especializadas que pueden formar tejido duros o tejidos blandos. En el caso de los dientes no hay excepción y cuando algo falla se dice que existen anomalías dentarias, que no son más que alteraciones del desarrollo embriológico de la dentición mismas que igualmente reciben el nombre de displasias dentarias para aquellos casos en los que se altera el desarrollo de un tejido dentario específico. Anómalo significa desigual, diferente, distinto, que rompe la regla. Por lo tanto, la anomalía dentaria puede definirse como una desviación de la normalidad dentaria provocada por una alteración en el desarrollo embriológico del diente. La anomalía puede afectar a cualquiera de los aspectos de la normalidad dentaria, esto es: forma, número, tamaño, estrutura interna, color, posición en la arcada, etcétera. No obstante, el establecer un límite entre lo normal y lo patológico en ocasiones resulta complicado. Si se comparan individuos y razas, el tamaño y la forma pueden variar demasiado.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

Humanismo y cultura
ODONTÓLOGO moderno
Número 164 Año 13
febrero de 2018

DÍA DEL CIRUJANO DENTISTA

Como cada año el 9 de febrero es la fecha en que en nuestro país se conmemora el día del dentista. En los centros de trabajo hospitalarios quizás les organicen un desayuno y alguna rifa. La Asociación Dental Mexicana organiza un evento en la Ciudad de México al cual invitan a una gran cantidad de dentistas, especialistas o no, para realizarles un desayuno y rifar algunos instrumentos y cosas así. En la mayoría de las escuelas de odontología del país es igualmente celebrada dicha fecha bajo los mismos rubros. En la iglesia católica existe una santa y mártir que es patrona de los dentistas, Santa Apolonia, a quien le extrajeron todos los dientes por negarse a renunciar a su fe. Todas las celebraciones y homenajes son bienvenidos, claro está, pero la mejor manera de celebrarlo está en nosotros mismos. ¿ De qué manera?. Entregando nuestros conocimientos a todos los pacientes que lo requieran de manera completa y total.

Por el C.D. C.M.F. Joel Omar Reyes Velázquez

El desarrollo de la odontología en la época prehispánica en México, tiene dos aspectos fundamentales: uno se refiere a las enfermedades de la boca y su tratamiento; el otro, el más fascinante, es el que se refiere a las mutilaciones dentarias que abarcan limaduras e incrustaciones. Los primeros cronistas aportaron datos relacionados con las enfermedades bucales y su tratamiento con diversas plantas medicinales.

Las primeras descripciones se encuentran en el Códice Badiano, herbario azteca escrito en 1552 por el médico indígena Martín de la Cruz y traducido al latín por Juan Badiano.

Fray Bernardino de Sahagún, a través de informantes indígenas, ancianos e lustrados, comenzó con la recopilación de datos para lo cual empleó métodos rigurosamente científicos sobre los usos y costumbres que se practicaban para la cura de enfermedades en las épocas anteriores a la conquista. En uno de los capítulos de su Historia General de las Cosas de la Nueva España, refiere la manera como los indígenas empleaban las hierbas medicinales para la curación de diversos padecimientos en las encías y los dientes e inclusive señala la importancia que le daban a la higiene bucal.

En su obra pueden encontrarse muchos remedios útiles para sanar heridas bucales, astringentes para fortalecer dientes flojos, plantas para mitigar el dolor producido por caries.

Como en Europa, también entre los pueblos prehispánicos predominan la magia la superstición en la terapéutica de los siglos XV y XVI.

Los dientes se limaban en casi todos los pueblos de este continente, África, sureste de Asia e Indonesia. De acuerdo al antropólogo Javier Romero, en el territorio americano se hacían mutilaciones en México, Guatemala, Belice, Honduras, Ecuador, Chile, Bolivia, Argentina y la parte suroriental de los Estados Unidos de América. Alfonso Caso escribe: "Al juzgar las mutilaciones dentarias de nuestros aborígenes, no debemos considerarlas como un rasgo de incultura, sino como característica de otra cultura". En México, los primeros cronistas españoles que se percataron de la costumbre indígena de limar dientes fueron Sahagún y Landa, este último entre los mayas. No existen indicios de la aplicación terapéutica de la odontología precolombina. Sin embargo, la alta calidad de las técnicas empleadas y el que muchos de los dientes encontrados con incrustaciones o mutilaciones no presenten síntomas de enfermedad permiten suponer que los antiguos odontólogos tenían un buen conocimiento de la anatomía dentaria. También se ha hallado un indicio acerca de la forma de anestesia que empleaban los antiguos pobladores de México en esas prácticas odontológicas que hoy causan nuestra admiración. En la fórmula de esa preparación el elemento activo es el "barbasco". A pesar de que la odontología estaba limitada en su práctica por sistemas de pensamiento externos a ella, cumplía la enaltecida función de expresar la potencia del yo humano, que al liberarse de simbologías y al complementarse con el conocimiento científico, se ha extendido hasta la odontología actual. A pesar del brutal corte cultural que significó el dominio español, sobrevive a través de los siglos el espíritu del odontólogo mexicano, que de artesano al servicio de los dioses, ha devenido en científico al servicio del hombre.

También en Monte Albán se han encontrado hermosos ejemplares con incrustaciones de pirita en las tumbas de la era preclásica de Monte Negro, consideradas como las más antiguas de América.

El dentista es llamado también odontólogo y estomatólogo y es aquella persona que se dedica profesionalmente al cuidado y tratamiento de las enfermedades de los dientes y sus tejidos de soporte.

Su trabajo es preventivo y correctivo, cuando se tratan aquellas enfermedades que dañen los tejidos antes mencionados. Todas las patologías bucales son objetos de atención de esta rama de la salud, los dientes en primera instancia pero también comprende las afecciones de encías, labios, lengua, huesos maxilares, paladar, mucosa oral y articulaciones temporomandibulares, es pues una profesión muy completa y muy compleja.

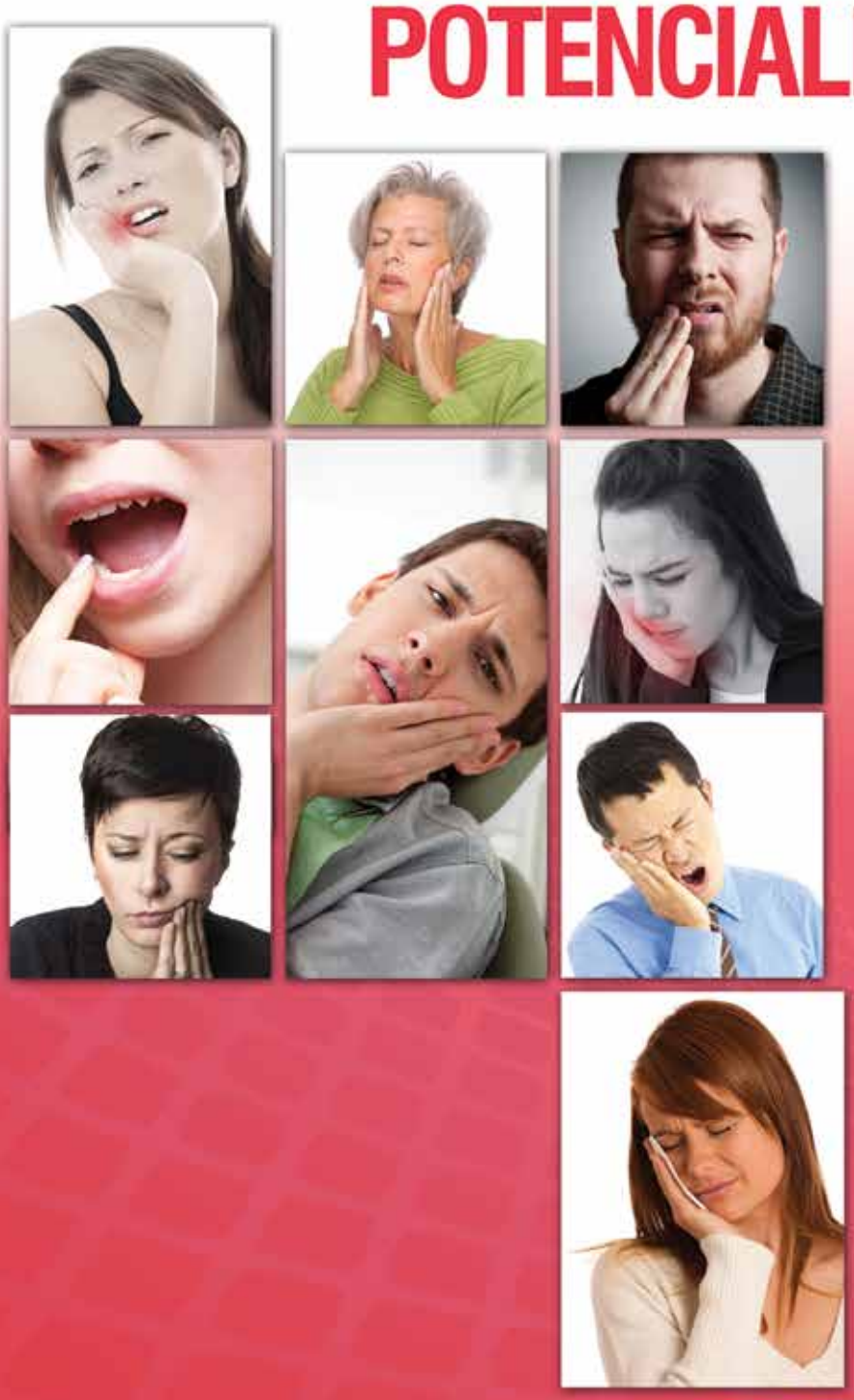
En México, la población de dentistas es grande y su labor mayor por esa razón y porque el día 9 de febrero se celebra el día del dentista les enviamos una afectuosa felicitación deseándoles éxito en todas sus actividades. FELICIDADES RECUERDEN QUE SU RAZON DE SER SON LOS PACIENTES.

Para consultar las referencias de este artículo, remítase a: www.percano.mx

SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA
ODONTÓLOGO moderno®
Pone a disposición de los médicos el
SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTA
donde usted puede pedir información completa acerca de los productos anunciados en esta revista
Llame sin costo: de la Ciudad de México y área metropolitana 55 75 56 62
del interior de la república 01 800 71 54 728 o por internet sisaut@percano.mx

Dolo Bedoyecta®

Efecto analgésico POTENCIALIZADO



70 AÑOS
GROSSMAN®
Comprometidos con la salud de México

RAPIX RD®

Rápido alivio al dolor

90 años Senosiain®

De alta utilidad en dolor severo como:

- **Migraña** (1)
- **Lumbalgia** (2)
- **Cólico biliar** (3)
- **Dolor postoperatorio** (4)
- **Cirugía del tercer molar** (5)

RAPIX-01A-17

IPAL®

Senosiain®