

Contenido

▶ ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

Distintos auxiliares dentales en la prevención 1

▶ NOVEDADES ODONTOLÓGICAS

- ¿Por qué el tabaco genera gingivitis, periodontitis y produce cáncer oral?
- Periodontitis asociada a ceguera
- Cuidados después de una cirugía oral
- Una buena salud dental ayuda a reducir las complicaciones de la diabetes 6

▶ PATOLOGÍA BUCAL

Linfangioma en cavidad bucal 10

▶ TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

El catgut 14

▶ HUMANISMO Y CULTURA

Día del dentista 2019 16

Distintos auxiliares dentales en la prevención

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

En un consultorio dental trabajan para un mismo fin una gran cantidad de personas por lo que la lectura de un libro, o cualquier otra fuente adecuada de información en odontología preventiva, es una necesidad de cualquier miembro del personal. Otra necesidad es que cada nuevo miembro del personal ejercite un completo programa de odontología preventiva bajo la guía y supervisión del personal experimentado. A menos que hayan transitado personalmente por los problemas que la mayoría de los pacientes experimentan cuando tratan de adquirir las habilidades manuales (y, en general, neuromusculares) que son necesarias para lograr un buen desempeño en el control de placa, hayan sentido el sabor de las soluciones reveladoras de placa dental así como las aplicaciones tópicas de fluoruros, y hayan participado en análisis de dietas y sesiones de consejo sobre ellas, los nuevos miembros del personal no serán capaces de presentar estos procedimientos a los pacientes con el énfasis y la convicción que son fundamentales para el éxito.

El seguimiento del programa de control de un nuevo auxiliar proveerá la oportunidad para evaluar con qué efectividad comprende y

Pasa a la pág. 1 ►►

Dolo Bedoyecta®

Hidroxocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno

Efecto analgésico **POTENCIALIZADO**



Para el alivio de los malestares bucofaríngeos

4 *Antiinflamatoria
Antiséptica
Analgésica
Anestésica*
cuádruple
acción



GROSSMAN*

163300202C2941

►► viene de la portada

Distintos auxiliares dentales en la prevención

cree en el programa de prevención del consultorio. Siempre que sea posible, es ideal tener a la aspirante trabajando junto con el personal existente de prevención durante algunas semanas.

Debe existir un desafío en el consultorio por el logro del control de la enfermedad por todo el personal, y este desafío sólo puede ser cumplido si los miembros del equipo son revisados periódicamente para ver su desempeño preventivo. Desde el gerente y la recepcionista del consultorio hasta el técnico del laboratorio, todo el mundo debe tener puntaje de placa prácticamente cero y usar todas las demás medidas preventivas recomendadas por el consultorio; es decir, cada miembro del equipo odontológico debe estar debidamente convencido de lo que recomienda por la simple y sencilla razón de que ya utilizó dichas técnicas en él mismo. Es importante recordar que el compromiso en la prevención se vuelve contagioso y se diseminará tanto por el personal como por los pacientes.

Recepcionista

La recepcionista es la primera persona que establece contacto con el paciente. Para que este contacto traiga como resultado un fruto positivo, debe ser capaz de relacionarse con la gente con comprensión, calidez y paciencia. También debe ser conocedora de la filosofía básica del consultorio, y las políticas que han sido establecidas con respecto a honorarios y otros aspectos administrativos de la práctica. Debe también ser capaz de transmitir esta política a los pacientes con cortesía pero con firmeza. Con relación a la prevención, su participación total de la filosofía preventiva es fundamental para el éxito del programa del consultorio. Debe conocer el material de lectura sobre prevención que existe en el consultorio, de manera de poder proveer

a los pacientes el que sea más adecuado para ellos. Debe también brindar refuerzo verbal y no verbal con respecto a la filosofía del consultorio y, a través de conversaciones telefónicas, reforzar continuamente los progresos de los pacientes en sus programas de prevención. Está también a cargo de las citas de control, y debe reforzar el concepto y la práctica de prevención durante los contactos que hace con los pacientes a fines de confirmar las citas de seguimiento.

Higienista dental

Debido a su entrenamiento y autorización legal para realizar trabajo intrabucal, el higienista debe ser el centro a partir del cual se expande el programa preventivo. En muchos consultorios, es el primero en ver la boca del paciente, no sólo para realizar una profilaxis preparatoria para el examen del dentista sino también para hacer una evaluación preliminar de la placa y el estado gingival. Frecuentemente, es también la persona que tiene a cargo la presentación del concepto preventivo al paciente, y la indicación de la necesidad de un programa de control de placa. Su papel se vuelve cada vez más importante cuando se han terminado los programas iniciales de la restauración y control de la enfermedad. Junto con el dentista –y tal vez aún más que él, si es lo suficientemente entusiasta y agresivo– el higienista tiene la responsabilidad durante las visitas de control de dar fundamento a los esfuerzos del paciente hacia la continuación de su salud dental. Durante estas visitas de control generalmente es el primero en ver al paciente, evaluar su higiene oral y el estado de su gingivitis, determinar el curso adecuado de acción, y proveer el refuerzo necesario. También está a cargo de las aplicaciones tópicas de fluoruro y, en virtud de su educación, es tal vez el miembro mejor preparado del equipo para llevar a cabo controles y análisis de las dietas y proveer los consejos dietéticos necesarios. Nuevamente, debido a su educación, el higienista debe ser la mano derecha del dentista en el entrenamiento de los otros miembros del equipo para la función preventiva.

Terapista de control

La terapeuta de control está a cargo del programa de control de placa, y si está entrenada en forma adecuada, puede ser también responsable de los análisis de la dieta y los consejos respectivos, así como del desarrollo de las pruebas de la etiología de las caries. Como corolario de estas funciones, es la principal educadora y motivadora para la salud dental del equipo preventivo.

Idealmente, la terapeuta de control comienza su trabajo antes de la iniciación de otros servicios correctivos. Sólo cuando el paciente muestra una motivación y una habilidad suficientes como para eliminar su placa se comienza la fase restauradora del tratamiento. La terapeuta debe ayudar al paciente a comprender que mientras ella le proveerá las armas necesarias para lograr la salud dental, el mantenimiento de un estado de salud dependerá enteramente de él. Para decirlo en palabras distintas, la terapeuta debe convencer al paciente de que el logro y el mantenimiento de la salud dental requiere esfuerzos cooperativos, tanto del equipo de salud dental como del paciente, y que sin compromiso y participación del paciente no será posible obtener resultados sostenidos. Una vez terminada la fase activa del programa preventivo, la terapeuta debe estar continuamente a mano para reforzar y mantener a los pacientes cuando sea necesario.

Para tener éxito en sus actividades, la terapeuta de control debe tener cualidades de inteligencia, paciencia, madurez, empatía y compasión.

El entrenamiento de una buena terapeuta de control es tal vez la tarea más difícil que debe enfrentar el dentista para desarrollar el programa preventivo del consultorio. Generalmente se selecciona una asistente con las cualidades personales descritas más arriba, aunque a menudo hay jóvenes que se entrenan como terapeutas y que no han tenido formación odontológica previa. También existen consultorios en que la terapeuta es una maestra que lleva el trabajo a sus experiencias y entrenamiento previos en la enseñanza. El dentista debe trabajar junto al personal seleccionado para ayudarlo a resolver sus propios problemas odontológicos preventivos, y así aprender cómo ayudar a que los pacientes resuelvan los suyos. Debe aclararle que si bien el objetivo a corto plazo del consultorio es comenzar un programa integral de control de placa, los objetivos a largo plazo son crear un programa de control total de la enfermedad. Para que la terapeuta haga una contribución al logro de estos objetivos, tan grande

como sea posible, debe alentarse a llevar adelante un programa de continua educación.

Asistente dental

Además de sus otros deberes junto al sillón, la asistente dental puede ser una importante contribución a la prevención asegurando la continuidad del programa preventivo del consultorio. En muchos casos, la fase activa de un programa preventivo puede terminarse antes de haber finalizado los servicios de restauración. Además, como se tratará más tarde, el resultado final del tratamiento preventivo debe incluir la adquisición por parte del paciente de nuevos o mejores hábitos para el mantenimiento de su salud dental. En otras palabras, el programa debe producir un cambio en la actitud del paciente y en sus prácticas de salud bucal. Y bien, el cambio no se produce con facilidad. Mientras que los pacientes pueden mostrar una mejoría definida durante la fase activa del programa de prevención, hay siempre una tendencia a recaer a medida que pasa el tiempo. La asistente dental debe asegurar, a través de un continuo refuerzo y apoyo, que la recaída no se produzca. Durante la fase restauradora del tratamiento, la asistente alienta a los pacientes a mantener los hábitos que fueron adquiridos bajo la guía de la terapeuta de control y la higienista. También puede controlar las habilidades recientemente adquiridas por un paciente, y aconsejar al respecto si es necesario. Si los problemas preventivos son de mayor magnitud de lo que puede manejar junto al sillón, debe enviar al paciente de nuevo a la higienista o a la terapeuta de control para una o más sesiones de tratamiento preventivo activo. Si el desempeño del paciente sigue siendo bueno, la asistente puede manifestar, ya sea a través de un mensaje verbal de aprobación, o de una palmada en la espalda, su aprecio por los esfuerzos y la perseverancia del paciente. Su continuo refuerzo sobre el éxito del paciente es una contribución importante hacia la creación de hábitos de salud mantenidos por parte del paciente.

La asistente dental debe saber escuchar, y comunicar al dentista y a los otros miembros del equipo de salud dental cualquier señal de tensión, aburrimiento, antagonismo u otros problemas que pueda observar en el paciente de manera que se emprenda una acción adecuada antes de que estos problemas se transformen en bloques tumbantes para el éxito del programa preventivo del paciente.

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



Ketorolaco
SUPRADOL[®]

Suprime el dolor



Indicado en¹:
Odontalgias
Exodoncias
Endodoncias
Pulpitis

Ver IPP Supradol Familia



REFERENCIAS: 1. Pizarro (2000) A. de S. "Manejo clínico del dolor dental". Vol. I. IVF. 1. 2002 pp. 34-43.
No. de Registro: 00040003. COMERCIO S.A. S. V.
No. de autorización: 103300000004111



LIOMONT
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1998

www.liomont.com

Novedades

Odontológicas

¿POR QUÉ EL TABACO GENERA gingivitis, periodontitis y produce cáncer oral?

Efectos del tabaco en las encías. a) Los fumadores están expuestos a padecer enfermedades de las encías hasta cinco veces más que los no fumadores; b) tienen una mayor cantidad de bacterias patógenas en la boca, en cambio, la respuesta inmunológica hace que el daño causado por las bacterias sea mayor que en los no fumadores los cuales además están más expuestos a las caries; c) la encía de los fumadores recibe un menor aporte sanguíneo que contribuye a reducir su capacidad de cicatrización, sangran menos que las encías de quienes no fuman cuando presentan enfermedad periodontal lo cual no es bueno ya que enmascara el problema porque muchos piensan que al no haber sangrado no hay enfermedad y como consecuencia retrasan la visita al especialista.

Cuando se detecta la enfermedad periodontal, gingivitis o periodontitis, resulta que el tabaquismo hace que la respuesta a los tratamientos para estas enfermedades sea mucho peor.

¿Qué ocurre cuando se ha perdido algún diente por el tabaco? Pues aunque el tabaquismo no es una contraindicación para la colocación de implantes dentales, el riesgo de que estos no se integren adecuadamente en el hueso es mucho mayor en los fumadores. Por supuesto la incidencia de periimplantitis es también mayor en los fumadores.

Tabaquismo y cáncer. La mayoría de las personas con cáncer oral y orofaríngeo consumen taba-

co. El riesgo aumenta cuando se incrementan las cantidades de tabaco y su tiempo de consumo. No solamente es perjudicial fumarlo, sino también masticarlo. El tabaco puede causar cáncer en cualquier parte de la boca, garganta así como cáncer de laringe. <http://www.clinicalosvalles.es/tabaco-enfermedad-bucal-periodontitis-gingivitis/>

PERIODONTITIS asociada a ceguera

La periodontitis o enfermedad de las encías, comúnmente llamada piorrea, es una patología básicamente caracterizada por la inflamación y sangrado de las encías. Una enfermedad que, en caso de no ser tratada, no solo provoca la destrucción de la masa ósea que sustenta las piezas dentales (lo que conlleva la pérdida irreversible de los dientes), sino que se asocia a distintas patologías muy graves y potencialmente mortales. Es el caso, entre otras, de las enfermedades cardiovasculares, de la diabetes o de distintos tipos de cáncer. La periodontitis crónica también puede provocar una pérdida de la visión e, incluso, la ceguera. Y es que como han demostrado numerosos estudios, también se asocia a la degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Y ahora, investigadores de la Universidad de Augusta (EEUU), han descubierto el porqué de esta asociación.

Como explica Pachiappan Arjunan, director de esta investigación presentada en el marco de la

Sr. Doctor, lo invitamos a suscribirse gratuitamente a **siicsalud** en cardiología

Por cortesía de **Menarini México**. Textos esenciales para el ejercicio responsable de la medicina.



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



XLVII Reunión Anual de la Asociación Americana para la Investigación Dental (AADR) que se celebró en Fort Lauderdale (EEUU), “nuestro trabajo es el primero en demostrar la asociación entre la infección entre un patobionte oral y la patogénesis de la DMAE y que las *Porphyromonas gingivalis* pueden invadir las células epiteliales del pigmento retinal humano y aumentar la expresión de genes relacionados con la DMAE”.

La DMAE es una de las principales causas de la pérdida de visión en la población mayor de 50 años. De hecho, y junto al glaucoma y las cataratas, constituye la primera causa de ceguera en todo el mundo. Y es que si bien los afectados cuentan desde hace una década con tratamientos para frenar su progresión, aún al día de hoy no existe ningún tratamiento capaz de curarla. Concretamente la DMAE se produce por una degeneración progresiva de la parte central de la retina, la mácula, por la acumulación de depósitos de materiales extracelulares denominados “drusas”. El resultado es que los afectados pierden gradualmente su visión central (que no así la periférica) y, por tanto, su capacidad para leer, conducir, ver la televisión o reconocer las caras de las personas. Llegados a este punto, ¿cómo se explica que la periodontitis pueda estar relacionada con la DMAE? Pues la verdad es que no se sabe. De hecho, el título del nuevo estudio es bastante explicativo: “Investigando la enigmática asociación entre la inflamación periodontal y la degeneración de la retina”. Pero parece

que este trabajo ha encontrado el nexo de unión entre ambas enfermedades: la bacteria *P. gingivalis*, microorganismo simbiote, esto es, que vive en simbiosis en la cavidad oral pero que en determinadas situaciones puede desencadenar una patología (de ahí el término patobionte). En el estudio los autores utilizaron cultivos de células epiteliales del pigmento retinal humano y los infectaron con distintas cepas de *P. gingivalis*. ¿Y qué pasó? Pues que de acuerdo con los resultados, la cepa 381 de la bacteria fue muy eficaz a la hora de infectar las células. Pero aún hay más. La técnica de reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa (qPCR) reveló que la infección incrementó la expresión de los genes implicados en la supresión del sistema inmune y en la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis). El siguiente paso fue recurrir a un modelo animal (ratones) a quienes se les inoculó la bacteria *P. gingivalis* directamente en la retina. Y en este caso, los resultados mostraron que la inyección provocó la aparición de efectos asociados a la DMAE. Entonces, ¿puede afirmarse que la *P. gingivalis* causa, además de la periodontitis, la DMAE?. Pues no. Los resultados solo muestran una asociación, no una relación del tipo “causa y efecto”. Sin embargo, los autores han llevado sus estudios más allá y próximamente publicarán un artículo en el que efectivamente se describe el papel causal de esta bacteria en la patogénesis de la DMAE. http://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-periodontitis-tambien-asocia-mayor-riesgo-ceguera-201803231559_noticia.html

siicsalud edita 60 a 80 informes por día.
Aloja 450 000 informes clasificados en SIIC Data Bases;
57 especialidades biomédicas y 2 750 secciones.

¿Cómo inscribirse en siicsalud?

- 1.- Ingrese a <http://www.siicsalud.com/menarini.php> en donde encontrará el formulario de suscripción a SIIC.
- 2.- Complete el formulario.
- 3.- Una vez completado, presione CONFIRMAR. El programa le indicará que sus datos fueron procesados correctamente.
- 4.- Una vez corroborada la información, recibirá en su correo electrónico una carta de bienvenida a SIIC por cortesía de Menarini México. En esta carta se le informará su contraseña privada de acceso a los sitios.

Ingrese directamente
escaneando este código QR



CUIDADOS DESPUÉS **de una cirugía oral**

Después de una cirugía oral se tienen que tener en consideración los cuidados postoperatorios, es decir aquellos que empiezan justo después de la intervención quirúrgica. Estos cuidados son medidas preventivas para evitar complicaciones y ayudar a que la cicatrización sea la mejor posible y la sintomatología la menor.

Las precauciones y cuidados que se tienen que tomar tras una cirugía oral son explicados por el cirujano, así como suele prescribir una pauta farmacológica a seguir.

Los cuidados que se deben seguir tras una cirugía oral son evitar escupir y también evitar enjuagarse sobretodo en las primeras 24 horas que pasan después de la cirugía. Es importante ponerse hielo de forma intermitente durante el primer día, para que de este modo se evite una gran inflamación de la zona. Es conveniente seguir una dieta blanda durante los primeros días.

La dieta blanda que se debe seguir los dos o tres primeros días tras una cirugía oral es importante para que la cicatrización y la curación de la zona intervenida sea la mejor posible. Además, también sirve para evitar la presión y mejorar así la cicatrización del hueso o la osteointegración, en caso de haber colocado implantes dentales.

Este tipo de alimentación que se recomienda seguir tiene que ser a temperatura ambiente para evitar el sangrado, incluso es mejor que la temperatura sea más tirando a fría. Los alimentos que se pueden comer, pueden ser gazpacho, yogurt, algún tipo de alimento rico en proteína, como huevos o pescado blando o triturado en forma de puré para evitar la masticación y el incremento de tensión en la zona intervenida. También se pueden ingerir todo tipo de zumos y batidos de frutas, así como licuados de diferentes tipos de vegetales.

Es importante durante el postoperatorio, sobre todo los primeros siete días, no realizar ningún tipo de sobreesfuerzo ni levantamiento de peso, así como evitar el ejercicio físico. Además, queda prohibido fumar, beber alcohol o tomar algún otro tipo de drogas.

Se debe seguir la pauta farmacológica que el cirujano ha prescrito, para evitar la inflamación y/o infección postoperatoria, y mejorar la curación de la zona intervenida. <https://estudidentalbarcelona.com/dieta-blanda-que-podemos-comer-tras-una-cirurgia-oral/>

UNA BUENA SALUD DENTAL **ayuda a reducir las complicaciones** **de la diabetes**

Con motivo de la celebración del Día Mundial contra la Diabetes, que se celebra cada 14 de noviembre, el Consejo General de Dentistas recuerda la importancia que tiene la salud bucodental a la hora de prevenir y controlar esta enfermedad. Se trata de una patología cuya prevalencia aumenta año tras año. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que será la séptima causa de mortalidad en 2030.

El Dr. Óscar Castro, presidente del Consejo de Dentistas, explica que existe una relación “bidireccional” entre la salud oral y la diabetes: “Se ha confirmado que las personas con enfermedad periodontal tienen más probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2, que aquellas que tienen las encías sanas. Por otro lado, los enfermos de diabetes suelen tener enfermedad gingival severa, que afecta al control de la glucosa en la sangre”. Y es que en ambas patologías –periodontitis y diabetes– los procesos inflamatorios están aumentados, por lo que se producen alteraciones microvasculares que hacen que la presencia de una de las dos afecte y empeore el cuadro de la otra enfermedad.

Desde la Organización Colegial de Dentistas se recomienda a los pacientes con diabetes controlar la enfermedad para reducir el riesgo de padecer enfermedades bucodentales; mantener una buena salud oral para evitar las complicaciones asociadas a la diabetes; extremar la higiene cepillándose los dientes después de cada comida con un cepillo de cerdas suaves y pasta dentífrica fluorada; realizar una limpieza diaria entre los dientes usando un cepillo interdental o seda dental; y acudir al dentista, al menos dos veces al año y siempre que haya cualquier lesión o alteración en la boca.

El Dr. Castro concluye incidiendo en la importancia de las revisiones al dentista, “pues además de diagnosticar y tratar enfermedades bucodentales, puede detectar de forma precoz enfermedades sistémicas como la diabetes”. Es importante que las personas diabéticas lleven un estricto control de la enfermedad, ya que así evitarán que la periodontitis avance rápidamente y que se desarrollen otras patologías que, aunque son menos frecuentes, también pueden aparecer, como candidiasis oral, boca seca, agrandamiento de las glándulas salivales o alteraciones en la percepción del gusto. <https://www.gacetadental.com/2018/11/una-buena-salud-bucodental-ayuda-a-reducir-las-complicaciones-asociadas-a-la-diabetes-75311/>

**QUE UN NIÑO
BEBA ALCOHOL,**

**NO ESTÁ
CHIDO**

Infórmate en: noestachido.org



Consejo de la Comunicación
Voz de las Empresas



Keral[®]

Dexketoprofeno trometamol

4 veces
más eficaz
en el Alivio
del Dolor⁷

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, Antonijean 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 sometidos a cirugía dental. *Rev Mex Anestesiología*. 2006;1(1):3-7.
8.- Información para prescribir reducida de Keral[®], tabletas. Clave IPPR: 143300415C0275.

1. DENOMINACIÓN DISTINTIVA KERAL. 2. DENOMINACIÓN GENÉRICA Dexketoprofeno. 3. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN Tableta Dexketoprofeno trometamol 18,45 mg equivalentes a 12,5 mg de dexketoprofeno. Excipiente cpo 1 tableta Dexketoprofeno trometamol 36,90 mg equivalentes a 25,0 mg de dexketoprofeno. 4. INDICACIONES KERAL[®] es un medicamento analgésico, antiinflamatorio y con 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-benzilfenil) del ácido propiónico. KERAL[®] inhibe la síntesis de prostaglandinas y ciclooxygenasa, reduciendo así el dolor, la inflamación y la fiebre. 5. MODALIDAD DE ADMINISTRACIÓN Oral. 6. FARMACODINAMIA KERAL[®] es un medicamento analgésico, antiinflamatorio y con 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-benzilfenil) del ácido propiónico. KERAL[®] inhibe la síntesis de prostaglandinas y ciclooxygenasa, reduciendo así el dolor, la inflamación y la fiebre. 7. FARMACOCINÉTICA 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 de metabolitos en la orina. 8. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS Las reacciones secundarias y adversas más frecuentes son náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea. Poco frecuentes (0,1 al 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, atropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. 9. 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 altas de vitamina K. 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 altas de vitamina K. 11. EFECTOS SECUNDARIOS Y ADVERSOS Los efectos secundarios y adversos más frecuentes son náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea. Poco frecuentes (0,1 al 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, atropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. 12. PRECAUCIONES DE USO Durante el embarazo y la lactancia KERAL[®] no debe administrarse. Durante el embarazo y la lactancia, los AINES pueden bloquear las contracciones uterinas y afectar al desarrollo fetal. 13. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS Las reacciones secundarias y adversas más frecuentes son náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea. Poco frecuentes (0,1 al 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, atropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. 14. MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSE ACCIDENTAL En caso de ingestión accidental o excesiva, debe instituirse medidas de soporte vital y de mantenimiento de la vía aérea. 15. EFECTOS SECUNDARIOS Y ADVERSOS Los efectos secundarios y adversos más frecuentes son náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea. Poco frecuentes (0,1 al 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, atropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. 16. EFECTOS SECUNDARIOS Y ADVERSOS Los efectos secundarios y adversos más frecuentes son náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea. Poco frecuentes (0,1 al 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, atropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. 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. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL LABORATORIO Dinatoria 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. NÚMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO 143300415C0275.

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



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.

...profeno. 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 esteroideo que inhibe la transformación del ácido araquidónico a endoperoxidos cíclicos, PGG₂ y PGH₂, los cuales producen prostaglandinas PGE₁, PGE₂, PGF_{2α} y PGD₂; prostaciclina PGI₂ y tromboxanos TxA₂ y TxB₂. Farmacocinética: Después de la administración oral, la C_{max} se obtuvo a los 30 minutos. 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 gastrointestinales 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 presentarse sin síntomas o sin historia previa en cualquier momento del tratamiento. En caso de sangrado gastrointestinal o ulceración, los casos aislados de anafilaxia y edema facial. Al igual que con otros AINES, podría presentarse meningitis séptica, la cual podría ocurrir en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo; reacciones hematológicas (púrpura, anemia aplásica y/o hemolítica) y raramente agranulocitosis. 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 función renal 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 oligohidramnios y anuria. Efectos secundarios: dolor de cabeza, náusea, vómito, estreñimiento, sequedad de boca, erupción cutánea, prurito, hipotensión, visión borrosa, fatiga, palpaciones, 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%): neuropatía periférica 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 metotrexato, (> 15 mg/semana) incrementan la hematotoxicidad por lo que se requiere un monitoreo cuidadoso al inicio del tratamiento. Dosis altas de metotrexato, (> 15 mg/semana) incrementan la hematotoxicidad por lo que se requiere un monitoreo cuidadoso al inicio del tratamiento. 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 los AINES puede causar incremento, ligero y transitorio, de la TGO y TGP e interferir con algunos pruebas de los 17-esteroides. 12. **PRECAUCIONES EN EL USO**, conduciendo a la HTA neonatal y a la insuficiencia respiratoria. 13. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN** Vía de administración: Oral KERAL[®] tabletas. Dosis: 1 tableta de 25 mg cada 8-8 horas sin exceder la dosis diaria de 75 mg. Si es necesario se puede administrar una segunda tableta 1 hora después de la primera. 14. **EFECTOS SECUNDARIOS** 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** Consérvase a no más de 30°C. Protéjase de la luz. 17. **PRECAUCIONES EN EL USO** 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, Badajona, España. Bajo licencia de: Menarini Internacional Operation Luxembourg S.A. 18. **REGISTRADO EN LA SECRETARÍA** * Marca registrada Reg. No. 103M2005 SSA IV Clave IPPA: 143300415C0275

Linfangioma en cavidad bucal

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

Se considera al linfangioma como una tumoración benigna de los vasos linfáticos que dejan espacios vasculares revestidos por células endoteliales y en cuyo interior se encuentra líquido linfático rico en proteínas y algunas células linfáticas. Su crecimiento es indoloro, progresivo y de buen pronóstico. Pueden estar asociados a hemangiomas y es cuando se denominan hemangiolinfangiomas. Pueden recibir otros nombres como: linfangiomas, higromas quísticos, linfangiomas circunscritos y linfangiomatosis. Siempre son congénitos y al igual que los hemangiomas se trata más bien de una anomalía congénita que de una verdadera neoplasia. Tienen una marcada predilección por la cabeza y el cuello, donde se presentan en cerca del 75 % de los casos. El higroma quístico se presenta sobre todo en axila y cuello debido al tejido más laxo que existe en esta zona, lo que facilita su extensión a otros espacios anatómicos.

El sistema linfático de una persona funciona como parte del sistema inmune y es responsable de proteger al cuerpo de enfermedades e infecciones.

Las malformaciones están comúnmente presentes en el nacimiento del niño o en el momento en que éste alcanza los dos años de edad. El linfangioma podría afectar cualquier parte del cuerpo con excepción del cerebro, pero es más común en el cuello y la cabeza.

Cuando la masa es congénita, la malformación es esponjosa, suave y no sensible. Un número de linfangiomas puede ser de gran tamaño y otros no, pero a pesar del tamaño, la masa aún podría causar deterioro funcional de ciertos órganos u otras estructuras cercanas y desfiguración.

La malformación del sistema linfático (ML), anteriormente conocida como linfangioma, presenta una prevalencia desconocida. Puede ser de dos tipos: macroquística (linfangioma o higroma quístico) y la microquística infiltrante (linfangioma circunscrito), que provoca la formación de superficies infiltradas con vesículas claras o hemáticas dispersas. Ambas formas se producen frecuentemente asociadas, sobre todo en casos de lesiones viscerales o cuando se producen en las regiones faciales o bucales. La mayoría de las lesiones se producen en la piel o en las mucosas. Las formas viscerales son poco frecuentes. Las ML son siempre más extensas de lo que apa-

renta la exploración física. En cualquier momento pueden desarrollarse quistes latentes. Las ML macroquísticas forman masas blandas generalmente translúcidas, en ocasiones son irregulares y pueden localizarse debajo de la piel normal. El sangrado intraquístico puede generar dolor y endurecimiento. Las ML macroquísticas se producen predominantemente en las regiones axilares y en el cuello y suelen ser múltiples. Las lesiones profundas pueden provocar la desfiguración, si se localizan en la cara, o aparecer como masas pseudotumorales en las extremidades. Las formas torácicas viscerales y las lesiones localizadas en la región abdominal y pélvica son raras, pero su diagnóstico y tratamiento son problemáticos, ya que se presentan como dolor y una masa abdominal, oclusión intestinal por vólvulo o una enteropatía con pérdida de proteínas. El volumen de las ML microquísticas aumenta durante la fase inflamatoria posterior a un episodio de infección o trauma. Las formas que afectan a la cara o mucosa bucal pueden causar complicaciones si llegan a ser voluminosas. Durante la hemorragia, la sangre se infiltra desde las vesículas cutáneas o mucosas y se observa equimosis. Las lesiones oculares provocan el desplazamiento del globo ocular y pueden ocasionar diplopía o incluso proptosis. El sangrado hemorrágico se produce entonces en las formas viscerales, con coagulopatía por consumo crónico que provoca un incremento importante en los niveles de D-dímeros y una caída en el nivel de fibrinógeno: los tratamientos con fármacos se utilizan para combatir estas complicaciones. El tratamiento de las lesiones es esencialmente quirúrgico, pero este método no siempre es posible. La RM es el mejor método para determinar el alcance de las ML microquísticas. El diagnóstico prenatal es posible mediante ecografía a partir del cuarto mes de embarazo, aunque una RM realizada durante el tercer trimestre puede estimar con mayor precisión el tamaño y la extensión de las lesiones voluminosas, así como la necesidad de parto por cesárea. Después del nacimiento, los ultrasonidos, la tomografía computarizada y la RM suelen confirmar el diagnóstico, aunque en casos de masas atípicas se recomienda la punción y el análisis citológico del líquido aspirado. El tratamiento inicial consiste en un intento de esclerosis percutánea con diversos productos. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general y puede repetirse. La cirugía es un tratamiento de segunda línea que se utili-

@iqf en línea



**TODA LA INFORMACIÓN DEL UNIVERSO MÉDICO,
EN UN SÓLO SITIO.**

CIENCIA MÉDICA | INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO | VISIÓN | MARKETING | ACTUALIDADES DE COFEPRIS

Más ágil, con mejores contenidos y mayor información

www.iqf.com.mx

Contacto: mvega@percano.mx
5575 · 9641



za cuando la escleroterapia falla. Generalmente, las lesiones microquísticas no se pueden curar durante la infancia, y se produce recurrencia. Se han intentado procedimientos alternativos, como la inyección de bacterias inactivadas, o tratamientos terapéuticos con láseres de diodos y Nd-YAG, con el objetivo de inducir fibrosis secundaria. Las malformaciones del sistema linfático no presentan ningún riesgo de transformación maligna.

Son lesiones benignas que se originan en el tejido linfático y debido a ello diversos investigadores estudian su naturaleza neoplásica, considerando que constituyen proliferaciones hematomatosas de los vasos linfáticos y tejido asociado, lo que representa, por lo tanto, una anomalía del desarrollo o una malformación congénita. Generalmente se produce en los niños durante los primeros años de vida. ¿Cómo se explica que surjan de manera precoz?. Esto puede explicarse por el hecho de que el sistema linfático empieza su desarrollo durante la sexta semana de vida embrionaria. Así, la mayoría de las lesiones aparecen desde el nacimiento del niño y en aproximadamente el 90 % de los casos surgen hasta los 2 años de edad, probablemente como resultado de ser este un período de gran desarrollo del sistema linfático. Las lesiones están frecuentemente localizadas en la cabeza y el cuello y resulta que la región cervical es un lugar de predilección del denominado linfangioma cístico o higroma. En la boca ocurren con muy poca frecuencia, observándose principalmente en el dorso de la lengua, paladar, mucosa yugal y labios. Los linfangiomas más profundos pueden ocasionar macroglosia autoinmune o macroqueilia cuando se localizan en la lengua y labio, respectivamente. La ocurrencia de linfangiomatosis es referida en los casos en que la enfermedad surge de manera difusa, afectando la cara, cuello, boca o extremidades.

Para algunos autores los linfangiomas son masas de mayor o menor extensión, de origen controvertido. Se trata de malformaciones congénitas del sistema linfático, poco frecuentes, de carácter neoplásico, hamartomatoso o de displasia congénita. Pueden afectar piel o mucosas, así como tejidos subcutáneos o submucosos, de cualquier parte del organismo.

La incidencia sexual es igual en el hombre que en la mujer. Algunos autores afirman que el linfangioma circunscrito es más común en la mujer. No existe predominio racial. Generalmente suelen asociarse a síndromes como: noonan, trisomías,

anormalidades cardíacas, *hydrops fetalis*, síndrome de alcoholismo fetal, y otros síndromes congénitos. No existe riesgo de transformación maligna.

Etiología

La razón precisa por la cual surgen malformaciones linfáticas todavía no se conoce. El linfangioma es el producto de las anomalías que se formaron en el desarrollo del sistema vascular linfático en el curso de l crecimiento embrionario.

No se han identificado factores de riesgo hereditarios, ambientales o inmunológicos que se identifiquen como el aspecto desencadenante de la malformación linfática.

Clasificación

En base a la profundidad de asiento y al tamaño de las formaciones vasculares linfáticas, se pueden clasificar en dos grupos:

Los de presentación superficial, constituidos eminentemente por capilares y vesículas linfáticas, que constituyen la lesión denominada linfangioma capilar circunscrito.

Otro grupo de asiento más profundo, que son lesiones constituidas por estructuras vasculares muy dilatadas o formaciones quísticas, desarrolladas a partir del entramado linfático y que incluyen al linfangioma cavernoso y al higroma quístico (que para algunos autores no es más que una variante del anterior).

Desde el punto de vista histopatológico, algunos autores clasifican los linfangiomas en tres tipos:

• **Simple**s o capilares que consisten en una proliferación de vasos linfáticos de pequeño diámetro, revestidos de endotelio.

• **Cavernosos**, caracterizados por la presencia de vasos linfáticos dilatados revestidos por endotelio.

• **Quísticos** constituidos por grandes vasos linfáticos, que conforman masas quísticas de diversos tamaños.

Dependiendo del tipo de dilatación de los vasos linfáticos, se dividen en:

• **Microquísticas**: si el tamaño de la lesión es de milímetros.

• **Macroquísticas**: si el tamaño de la lesión es de centímetros.

• **Mixtas**: Combinación de ambas. Los linfangiomas cutáneos se dividen en dos tipos: superficiales y profundos. Desde este punto de vista una lesión sobre el labio puede considerarse como linfangioma circunscrito superficial.

Manifestaciones clínicas

Los linfangiomas bucales se presentan como lesiones nodulares, aisladas o múltiples, que se pueden localizar superficial o profundamente. Las lesiones más profundas por lo general están recubiertas por una mucosa de coloración normal. Los linfangiomas superficiales aparecen como nódulos de tamaño variado, semejantes a vesículas, que pueden ser aislados o múltiples, suaves a la palpación y generalmente asintomáticos. Su coloración puede variar de rosa pálido al rojo púrpura. Las lesiones contienen la linfa en su interior y raramente sangre, excepto en aquellos casos donde existe un trauma arriba de estas.

Los linfangiomas localizados en la lengua clínicamente se presentan como un aumento de volumen de aspecto multinodular e indoloro en la superficie dorsal de la lengua. En algunos casos, pueden involucrar por extensión amplias zonas de la lengua, cuando se distribuyen de manera difusa a través de la submucosa, causando macroglosia.

Sintomatología

Los síntomas causados por linfangioma surgen del bloqueo o la compresión de las estructuras cercanas en general. Estas malformaciones pueden involucrar cualquier tejido, pero generalmente se observan en una sola área del cuerpo y, a menudo, están diseminadas.

Tratamiento

Las propuestas terapéuticas existentes incluyen diversas técnicas de escisión quirúrgica (que suele ser el tratamiento más eficaz, aunque pueden presentarse recidivas), el empleo de electrocoagulación, fotocoagulación, mediante láser de CO₂ (dióxido de carbono) o de Nd-YAG (neodimio atrio aluminio garnet), la radioterapia, la inyección de corticoides intralesionales o de sustancias esclerosantes, así como de crioterapia con nitrógeno líquido, con resultados dispares.

Pronóstico

Depende de la edad de su aparición, del número y tamaño de las lesiones, de su localización y de las implicaciones estéticas. Los pronósticos negativos se dan cuando las lesiones aparecen antes del primer año de vida, lesiones con asentamientos múltiples, lesiones grandes y complejas, alteraciones estéticas graves con extensión a los tejidos subcutáneos y las extirpaciones incompletas.

Las lesiones de labio, lengua, piso bucal y laringe o hipofaringe tienen altas tasas de recurrencia. La tasa de mortalidad, asociada a complicaciones quirúrgicas, es inferior al 6 %.

Aún cuando se trata de una patología poco frecuente, es muy importante tenerla en cuenta en el ámbito odontológico y estomatológico.

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



FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACION: Cada CÁPSULA contiene: Ketorolaco trometamina 10 mg. Excipiente c.b.p. 1 capsula. Cada ampolla contiene: Ketorolaco trometamina 30 mg. Vehículo c.b.p. 2 ml. Cada TABLETA SUBLINGUAL contiene: Ketorolaco trometamina 30 mg. Excipiente 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 niños en el postoperatorio de amigdalectomía. PRECAUCIONES GENERALES: RAPIX debe administrarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva, especialmente en los ancianos tratados con dosis superiores a 60 mg/día. En los pacientes con insuficiencia renal o antecedentes de nefropatía. Pacientes con alteraciones en los tiempos de coagulación, ya que RAPIX inhibe la agregación 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, hipertensión arterial y edema en pacientes tratados con RAPIX, por lo que debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia cardíaca, 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, estreñimiento, diarrea, dispepsia, eructos, flatulencia, sensación de plenitud, gastritis, hemorragia digestiva, hematemesis, náuseas, esofagitis, pancreatitis, úlcera 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, palpitations, hipotensión arterial, dolor torácico, asma bronquial, disnea, edema pulmonar. Hepatitis, ictericia colestásica, insuficiencia hepática, dermatitis exfoliativa, síndrome 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 plasmática 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 CARCINOGENÉISIS. MUTAGÉNESIS. TERATOGENÉISIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Hasta el momento, no se han reportado efectos de carcinogénesis, mutagénesis, 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 deba exceder la dosis recomendada. La dosis oral total no deba exceder de 40 mg al día. 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 ampollas de 30 mg/2 ml duo RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO: Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C 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. Isirdia-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.

El catgut

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

Desde tiempos muy antiguos se ha recurrido a diversos elementos para aproximar los bordes de las heridas y ligar los vasos sanguíneos. Ya desde tiempos inmemoriales, 1550 a.C. los egipcios trataban las heridas mediante el afrontamiento de los bordes con material adhesivo (grasa, miel, carne fresca). En Arabia, en el 900 a.C., comienza a utilizarse el "Catgut" para el cierre de heridas abdominales, finas estructuras con formas de cuerdas de violín derivadas del intestino de gato. En la India, en el año 600 a.C., se amplía de manera importante el número de materiales, incluyendo el algodón, cuero, crin de caballo y tendones. En la edad media (476 a 1453) se comienza con el uso de suturas de seda.

Con el advenimiento de la cultura positivista, la cirugía se convierte en ciencia, se delimita un mismo lenguaje universal y en este período la seda, el algodón y el Catgut son ampliamente utilizados en aplicaciones médicas, principalmente como suturas quirúrgicas.

Se mantienen intactos los principios quirúrgicos de Halstead (Baltimore 1900), quien recomendaba el uso de Seda en cierre interrumpido y una hemostasis exhaustiva y sofisticada. Por estos tiempos la seda se convirtió en el material de sutura más empleado en cirugía.

En épocas de la Primera Guerra Mundial se establecen los principios básicos del manejo de las heridas. Toda herida está potencialmente infectada, debe intervenir tempranamente y debe evitarse la supuración. En Alemania, en 1931, se diseñan los primeros materiales sintéticos absorbibles; las Poliamidas en 1939; los Poliésteres en 1950 y el Ácido Poliglicólico y Polipropileno en 1970. Hoy en día, gracias a la continua investigación de siglos, contamos con una amplia gama de suturas a nuestra disposición.

Los materiales de sutura quirúrgica son filamentos estériles utilizados para cerrar heridas, ligar vasos o mantener los tejidos unidos cuando se realizan implantes protésicos. Existen muchas clasificaciones que tienen que ver con su conformación, absorción y composición.

Las suturas son sustancias ajenas al organismo y por lo tanto provocan reacción tisular. La inflamación es la respuesta del organismo ante la agresión de cualquier agente externo. La reacción tisular consta de tres etapas: en los primeros cuatro días se produce infiltración celular dada por linfocitos, monocitos y leucocitos polimorfonucleares. Durante la segunda etapa, desde el cuarto y hasta el séptimo día aproximadamente, aparecen macrófagos y fibroblastos. Después del séptimo día se observa inflamación crónica en el tejido fibroso.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA. VANTAL® BUCOFARINGEO. Bendidamina. Solución. Antiinflamatorio, Analgésico, Antiséptico y Anestésico Bucofaríngeo. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 ml contienen: Clorhidrato de bendidamina, 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, epiglottitis, glositis, abscesos, leucoplaquia e infecciones que cursen con inflamación bucal como candidiasis. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a la bendidamina. **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 CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS 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® BUCOFARINGEO. Bendidamina. Pasta. Pasta dental con cuádruple acción para un rápido alivio. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 g de pasta contiene: Clorhidrato de bendidamina, 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 Dicalcico 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 CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS 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

Debido a que la sutura ideal no existe, al elegir la sutura deben buscarse ciertas características:

- Esterilidad
- Alta resistencia a la tensión, lo cual permitirá utilizar calibres menores
- Diámetro y consistencia uniforme
- Menor reactividad posible del tejido
- Facilidad de manejo
- Resultados constantes y predecibles
- Resultados predecibles

Características físicas de las suturas

Las propiedades físicas son aquellas que se pueden medir o determinar visualmente a partir del paciente. La *United States Pharmacopeia* (USP) es el ente oficial que proporciona las definiciones y descripciones de las propiedades físicas de los materiales de sutura.

El Catgut pertenece a las llamadas suturas orgánicas, o naturales. Se debe a Lister la introducción del Catgut carbólico y el Catgut crómico entre 1860 y 1861.

El Catgut es una sutura quirúrgica absorbible y estéril compuesta de tejido conjuntivo purificado (colágeno) derivado de la capa serosa de vacunos (bovina) o de la capa fibrosa submucosa de los intestinos de la oveja (ovina). Las suturas quirúrgicas de Catgut disponibles pueden ser: simples o crómicas. Su nombre deriva al parecer del término *kitgut* o *kitstring* que significa cuerda de violín y no cuerda del intestino de un gato como se ha señalado.

Catgut Simple

Durante décadas fue la única sutura absorbible y, aunque raramente se utiliza en la actualidad, representa un estándar con el cual se comparan los materiales de sutura sintéticos. Son cintillas 97-98 % de proteína pura, procesadas de la capa submucosa del intestino del ganado ovino, o de la serosa del intestino de los bovinos. Se digieren por enzimas leucocitarias, que hacen que pierda su fuerza tensil en tan sólo 7 a 10 días, para ser entonces absorbida dentro de los 60 a 90 días. Puede usarse en presencia de infección.

Catgut Cromado o Crómico

Es similar al anterior, pero tratado con sales crómicas para resistir las enzimas corporales, su fuerza tensil dura de 14 a 21 días y su período de absorción mediante una reacción tisular extensa con proceso inflamatorio agudo es de 90 a 120 días. Se usaba esencialmente para cerrar fascias y peritoneo.

La Organización Mundial de la Salud y la FDA en sendos comunicados prohibieron la utilización y fabricación del Catgut hace ya más de 12 años, motivado a su origen (intestino del ganado ovino y vacuno). La aparición de EEB a través de los priones, o enfermedad de las vacas locas detectadas en humanos, aconsejaron su prohibición.

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



Dolo Bedoyecta®

DOLOBEDOYECTA®: Hidroxocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno. Solución inyectable. **DOLOBEDOYECTA®:** Cianocobalamina, Tiamina, Piridoxina, Ketoprofeno. Tabletas. **FORMAS FARMACÉUTICAS Y FORMULACIÓN:** Dolo Bedoyecta® Inyectable: Cada ampollita 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 cardíaca, 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 el 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 existan 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 fenitina 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 compete 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 CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS 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 ampollita, agitar suavemente y aplicar 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 ampollita 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. Catz, 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., Thy YS., et al. The efficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Sing Med J* 2011;52(12):868-872. 4.- Litter M. Farmacología del sistema hematopoyético. *Farmacología Experimental y Clínica*. 7a ed. Capítulo X, 1249-1255. AVISO: 1333002020C780.

HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA

DÍA DEL DENTISTA 2019

Humanismo
y cultura

ODONTÓLOGO
moderno

Número 176 Año 14
febrero de 2019



En la mayoría de las iglesias occidentales se encuentran iglesias y altares dedicados en honor de Santa Apolonia, pero no se le venera en ninguna iglesia oriental, aún cuando sufrió en Alejandría. San Agustín explica por qué razón anticipó su muerte. El santo supone que obró por una dirección particular del Espíritu Santo, porque de otra manera no sería lícito hacerlo; nadie puede apresurar su propio fin. Se la invoca contra el dolor de muelas y todas las enfermedades dentales. Sus reliquias se encuentran esparcidas en varias iglesias de Roma, en la Catedral de Plasencia, en la iglesia de San Roque de Lisboa y en otras diversas iglesias europeas. Pero su número es tan elevado, más de 500 dientes, que la mayor parte de ellas son falsas o sospechosas. Por cierto en la Iglesia de Santo Domingo en Puebla existe una referencia a Santa Apolonia sujetando un molar.

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

Como todos sabemos, la odontología, como profesión, surge en los Estados Unidos en 1840 y es a finales del siglo XIX cuando en nuestro país se propone su enseñanza. El 9 de febrero de cada año, puntualmente se celebra en todo el país, el Día del Odontólogo con la finalidad de reconocer los servicios que prestan día a día estos profesionales de la salud, en lo referente a la prevención y tratamiento de las enfermedades bucodentales, ya sea en niños o en adultos. La celebración de este día fue aprobada por la Cámara de Diputados el 10 de abril del 2014.

¿Porqué el 9 de febrero? Porque ese día es el día de Santa Apolonia, patrona de los odontólogos. Esto tiene que ver con la historia del cristianismo durante la época romana. Eran los tiempos de activas persecuciones religiosas y de mártires por la fe cristiana. Bajo el mandato del emperador Filipo El Árabe, la premisa era perseguir, reprimir y torturar a los cristianos y así se hacía en Alejandría (parte oriental del Imperio). Pues bien, una de esas acciones de ataque sobre los cristianos (en el año 249, siglo III d.C.), los soldados capturaron a Apolonia, una mujer virgen de avanzada edad y la torturaron con el objetivo de que se arrepintiera de su fe cristiana,

pronunciase blasfemias contra Jesucristo y adorase a los dioses paganos. Sin embargo, ella se negó y padeció la ira de la turba alejandrina. En uno de los crueles golpes perpetrados con martillos que sufrió, perdió buena parte de sus dientes y los restantes le fueron arrancados como tortura. Su perseverancia en defender la fe enojó más a sus atacantes y éstos la amenazaron con la hoguera pero Apolonia no se amilanó.

Momentos antes del final pidió a sus torturadores que le soltaran las manos haciéndoles pensar que iba a reconsiderar su decisión. Sin embargo y para sorpresa de los soldados, ella misma se lanzó al fuego (según San Agustín por deseo del Espíritu Santo) de la hoguera para no renunciar a su religión. Dicen los escritos que mientras Apolonia estaba bajo el fuego espetó a los presentes que cuando sufrieran de problemas y dolencias dentales, invocaran su nombre, pues ella intercedería ante Dios para aliviar sus penas. Sin embargo, la leyenda no se queda ahí y asegura que Apolonia no se quemó y permaneció con vida dentro de la hoguera (protegida por Dios), razón por la que finalmente optaron por degollarla para darle muerte. 50 años después Apolonia se convirtió en Santa Apolonia ya que fue canonizada por su entrega y abnegación cristiana.

Años más tarde su figura cayó en el olvido y no fue hasta el siglo XIV cuando vuelve a emerger en

la liturgia católica. Desde entonces es a ella a quien se la invoca contra el dolor de muelas y es considerada como la patrona de las enfermedades dentales al tiempo que de los odontólogos. La iconografía de Santa Apolonia se representa con unas pinzas que sostienen un diente o con un collar en el que pende un diente de oro. Su festividad se celebra el 9 de febrero.

En su biografía puede leerse: San Dionisio, obispo de Alejandría, fue testigo de la muerte de Apolonia quien era para entonces una diaconisa de edad avanzada. La describió en una carta a Fabio que fue preservada por Eusebio, obispo de Antioquía. Estalló una persecución de los cristianos por el populacho pagano de Alejandría en el último año del reino del emperador Felipe. Los cristianos eran arrastrados fuera de sus casas y asesinados, sus propiedades saqueadas. La persecución comenzó cuando un poeta de Alejandría profetizó desastre por la presencia de los cristianos a los que consideraba impíos por no adorar a los dioses. La primera víctima fue un anciano venerable llamado Metras o Metrius, a quien trataron de obligar a proferir blasfemias contra Dios. Cuando se negó, lo azotaron, le clavaron astillas de caña en los ojos, y lo mataron a pedradas. Después sucede lo narrado al principio con Santa Apolonia. **FELIZ DÍA DEL DENTISTA.**



Estimado colega y amigo:

Para brindarte un mejor servicio en esta publicación de Grupo Percano de Editoras Asociadas son de vital importancia tus opiniones, comentarios e ideas. Ponemos a tu disposición

nuestra revista mensual **Odontólogo Moderno.**

Envía tu correspondencia a la siguiente dirección:

Rafael Alducin No. 20, Col. Del Valle, Ciudad de México, 03100.

Teléfono: 5575 5758 e-mail: om@percano.mx

ODONTÓLOGO
moderno

DALE UN GIRO

MejorTeatro.com

A San Valentín

KIKA EDGAR



MENTIRAS
EL MUSICAL

CENTRO TEATRAL
MANOLO FABRICAS
TEATRO MEXICO
Vialpazos de León
31 Cal. San Fabian
☎ 5535 5424

HORARIOS DE FUNCIONES
JUE. Y VIÉ. 8.00 - SÁB. 5 Y 8:30 PM - DOM. 1:30 Y 6 PM

DANIÉLA ROMO



HELLO, DOLLY!

TEATRO DE LOS
INSURGENTES
Avenida Insurgentes
Col. San Juan
Insurgentes
☎ 5801 3165

HORARIOS DE FUNCIONES
JUE. 8:00PM - VIÉ. 8:00 - SÁB. 5 Y 8:30 PM - DOM. 5:00 PM

NATALIA TELLEZ



LOS
MONOLOGOS
DE LA
VAGINA
de Eve Ensler

NUOVO
TEATRO LIBANES
Barraza del Puerto este
Calle 2 de abril
C5 Ciudad Contreras
☎ 5801 2165

HORARIOS DE FUNCIONES
LUNES 8:00 PM

CARLOS FONSECA



VASELINA
2006

TEATRO
SAN RAFAEL
Legión F. 2006, 40
San Rafael, CDMX
☎ 5592 2542

HORARIOS DE FUNCIONES
SÁB. 6:00 PM - DOM. 1:30 Y 6 PM

PATRICIA GALLO



CONEXIÓN
STONES
DE RODAS
DE 30

DE LA ESCALA, UNIVERSIDAD
TEATRO
FERNANDO SOLER
Vialpazos de León
31 Cal. San Fabian
☎ 5535 5424

HORARIOS DE FUNCIONES
VIÉ. 7:14 PM - SÁB. 5:7 PM - DOM. 4:30 Y 6:30 PM

RAPIX RD[®]

Rápido alivio al dolor

*De alta utilidad en
dolor severo
como:*

ALIVIO

Migraña ⁽¹⁾

Lumbalgia ⁽²⁾

Cólico biliar ⁽³⁾

Dolor postoperatorio ⁽⁴⁾

Cirugía del tercer molar ⁽⁵⁾