

879522

6  
2ej'



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## "EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS EN CAVIDAD ORAL"

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ELIZABETH FIERRO VAZQUEZ



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN-----		6
CAPÍTULO I		
HISTORIA CLÍNICA-----		8
INTERROGATORIO-----		10
EXPLORACIÓN-----		12
CAPÍTULO II		
HISTOLOGÍA ORAL-----		16
CAPÍTULO III		
PRINCIPIOS GENERALES DE LOS MEDICAMENTOS-----		32
ABSORCIÓN DE FÁRMACOS-----		34
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS-----		35
EXCRECIÓN DE FÁRMACOS-----		38
SELECTIVIDAD-----		39
FACTORES QUE MODIFICAN LOS EFECTOS Y LAS DOSIS DE LOS FÁRMACOS-----		39
INTERACCIÓN DE LOS FÁRMACOS-----		41
TERMINOLOGÍA-----		41
TOXICIDAD DE LOS FÁRMACOS-----		43
CAPÍTULO IV		
MEDICAMENTOS Y SUS EFECTOS		

ADVERSOS EN CAVIDAD ORAL-----	50
A) ANALGÉSICOS-----	51
B) ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES-----	54
C) ANESTÉSICOS-----	69
D) MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS-----	73
E) AGENTES ANTIINFLAMATORIOS-----	88
F) METALES-----	89
G) MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER-----	94
H) ANTICONVULSIVOS-----	95
I) OTROS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR REACCIÓN A NIVEL ORAL-----	98
DROGAS PARA SER UTILIZADAS EN EMERGENCIA-----	100
CONCLUSIONES-----	104
GLOSARIO-----	107
BIBLIOGRAFÍA-----	112

## I N T R O D U C C I Ó N

EN LA PRESENTE TESIS SE TRATARÁ SOBRE LAS LESIONES CAUSADAS--  
POR MEDICAMENTOS OBSERVADAS EN CAVIDAD ORAL, MI INTERÉS AL REALI--  
ZAR ESTE TEMA ES DEBIDO A LA APARICIÓN DE GRAN CANTIDAD DE FÁRMA--  
COS NUEVOS, CON SUS CONSECUENTES EFECTOS TÓXICOS. ESTO EN LOS --  
AÑOS RECIENTES HA TRAÍDO GRANDES ADELANTOS A LA FARMACOTERAPIA, PE  
RO TAMBIÉN HA CREADO VARIOS PROBLEMAS DE IGUAL MAGNITUD. NO ES -  
EL MENOR LA LLAMADA SELVA TERAPÉUTICA, DENOMINACIÓN QUE EXPRESA LA  
COMBINACIÓN DE LA ABRUMADORA CANTIDAD DE FÁRMACOS. LA CONFUSIÓN DE  
LA NOMENCLATURA DE ÉSTOS Y LA INSEGURIDAD QUE HAY ACERCA DE LA CA-  
LIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE MUCHOS DE ELLOS, LO QUE TRAE COMO CONSE-  
CUENCIA QUE MUCHOS ODONTÓLOGOS EN OCASIONES NO ESTEMOS LO SUFICIENTE  
TEMENTE INFORMADOS SOBRE CIERTO TIPO DE MEDICAMENTOS, YA QUE NOS -  
VAMOS A ENFRENTAR EN LA CONSULTA DIARIA, NO SOLO A LOS EFECTOS AD-  
VERSOS CAUSADOS POR LOS MEDICAMENTOS QUE NOSOTROS HAYAMOS RECETADO  
SINO DE OTROS DE LOS CUALES NOSOTROS NO TENGAMOS CONOCIMIENTO Y --  
QUE SOLO POR MEDIO DE LA HISTORIA CLÍNICA (INTERROGATORIO O ANAMNE  
SIS) QUE AUXILIADA CON LA EXPLORACIÓN Y LA COOPERACIÓN DEL PACIEN-  
TE, NOS DARÁ POR RESULTADO UN BUEN DIAGNÓSTICO Y POR CONSIGUIENTE-  
UN BUEN TRATAMIENTO.

EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, EL ODONTÓLOGO MODERNO PROCU--  
RA AL REALIZAR LA EXPLORACIÓN DE LOS TEJIDOS ORALES, OBSERVAR TO--  
DOS AQUELLOS CAMBIOS QUE PUDIERAN SER ANORMALES, POR LO QUE ES IN-

PORTANTE CONOCER EL ESTADO NORMAL DE LOS MISMOS, PARA LOGRAR UN--  
BUEN DIAGNÓSTICO EN CASO DE QUE ENCONTRAMOS ALTERACIONES QUE HU  
BIESEN SIDO O NO DETECTADAS POR EL PACIENTE. EN LA PRÁCTICA GE--  
NERAL, UN BUEN NÚMERO DE PACIENTES REQUIEREN TRATAMIENTO A BASE--  
DE MEDICAMENTOS, YA SEA ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTIINFLAMATO--  
RIOS ETC., LOS CUALES TIENEN UN VALOR INAPRECIABLE, TANTO EN LA -  
MEDICINA COMO EN LA ODONTOLOGÍA MODERNA; TODO ESTO REQUIERE COMO--  
VEREMOS EN ESTE TEMA DE UN CONOCIMIENTO ADECUADO POR PARTE DEL --  
ODONTÓLOGO, DEL MANEJO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MEDICAMENTOS.

COMO ÚLTIMO TEMA VEREMOS LOS EFECTOS ADVERSOS CAUSADOS POR -  
MEDICAMENTOS A NIVEL ORAL, ASÍ COMO ALGUNOS DE ELLOS. MENCIONA--  
REMOS TAMBIÉN EL TRATAMIENTO ADECUADO PARA ALGUNAS DE ESTAS REAC--  
CIONES, YA QUE EN MUCHOS DE LOS CASOS SE REALIZAN TRATAMIENTOS --  
INADECUADOS O COSTOSOS, CUANDO SOLO SE REQUIERE DE UN TRATAMIENTO  
SINTOMÁTICO O SIMPLEMENTE SUSPENSIÓN DEL MEDICAMENTO CAUSAL.

## CAPÍTULO I

### HISTORIA CLÍNICA.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE SER LO MÁS SIMPLIFICADA POSIBLE PERO SIN DESCARTAR, SACRIFICAR O ANULAR PUNTOS IMPORTANTES O CLAVES. LA VAMOS A REALIZAR AUXILIANDONOS CON LA ANAMNESIS, LA EXPLORACIÓN Y LA OBSERVACIÓN, PROCURANDO RELACIONAR TODOS LOS DETALLES QUE NOS PUEDAN AYUDAR A LOGRAR UN BUEN DIAGNÓSTICO, EL CUAL SE PUEDE DEFINIR COMO LA HABILIDAD Y DESTREZA DEL CLÍNICO PARA--DESCUBRIR, RECONOCER Y SABER LA NATURALEZA DEL PROCESO PATOLÓGICO, EN OTRAS PALABRAS, ESTAR FAMILIARIZADO CON LAS CUALIDADES, - LA EVOLUCIÓN Y EL DESARROLLO (PATOGENIA DE LA ANOMALÍA). PARA--TENER ÉXITO EN EL DIAGNÓSTICO SE DEBEN DE CONOCER NO SOLO LOS --SIGNOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD, SINO TAMBIÉN AQUELLAS FACETAS--RELACIONADAS CON ELLA, COMO LA ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y MANIFESTACIONES ROENTGENOLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS.

DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE LOS DATOS ANAMNÉSICOS.

EN MUCHOS DE LOS CASOS SE ESTABLECE UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, VALORANDO DE FORMA ADECUADA LA INFORMACIÓN OBTENIDA AL REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA. LA VALORACIÓN DE LA HISTORIA PERSONAL COMO LA EDAD, SEXO, OCUPACIÓN DEL ENFERMO Y LUGAR DE ORIGEN A LA

LUZ DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA POR MÉTODOS CLÍNICOS, ROENTGENOLÓGICOS O AMBOS PUEDE SER IMPORTANTE AYUDA PARA EL DIAGNÓSTICO.

ALGUNAS ENFERMEDADES DE LA BOCA SON CARACTERÍSTICAS DE CIERTAS EDADES (POR EJEMPLO EL HERPES SIMPLE EN LOS ADOLESCENTES). -- OTRAS DEL SEXO (POR EJEMPLO EL CEMENTOMA EN LA MUJER) O DEL TIPO-DEL TRABAJO (POR EJEMPLO EL DEPÓSITO DE METALES PESADOS EN LAS EN CÍAS DE LOS PINTORES Y DE LOS TIPÓGRAFOS). LA EDAD O EL SEXO -- DEL ENFERMO, SIN EMBARGO, CASI NUNCA ESTABLECE UN DIAGNÓSTICO, -- SINO QUE MÁS BIEN APOYA EL DIAGNÓSTICO SOSPECHADO. LO MISHO PA-SA CUANDO TOMAMOS EN CUENTA EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL PACIENTE -- (POR EJEMPLO EL EMBARAZO O LA PUBERTAD).

A VECES SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO MEDIANTE LA VALORACIÓN-- DE LA HISTORIA FAMILIAR, POR EJEMPLO LA AMELOGÉNESIS IMPERFECTA,-- LA HEMOFILIA Y OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS O GENÉTICAS SE --- IDENTIFICAN MÁS FÁCILMENTE CUANDO SE HAN RECOGIDO DATOS FAMILIA-- RES POSITIVOS.

LA HISTORIA DEL ESTADO MÉDICO PASADO Y PRESENTE DEL ENFERMO- A MENUDO TIENE IMPORTANCIA DIAGNOSTICA, TAL COMO SE VE EN AQUE--- LLAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS COMO LA DIABETES, ETC., DE GRAN IM PORTANCIA ES LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE ANTECEDENTES DE INGESTA - DE MEDICAMENTOS Y REACCIONES ALÉRGICAS ESPECÍFICAS Y DIFÍCILES DE DIAGNOSTICAR SOLO POR SU ASPECTO CLÍNICO. ADEMÁS LA SUBSTANCIA- QUE PROVOCA UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA TAMBIÉN SE IDENTIFICA FÁCIL MENTE DEBIDO A LA PRONTITUD DE LA RESPUESTA. SIN EMBARGO, NO ES



FÁCIL LLEVAR A CABO LA IDENTIFICACIÓN DEL ALÉRGENO EN LOS DEMÁS - TIPOS DE REACCIÓN ALÉRGICA (REQUISITO INDISPENSABLE PARA EL DIAGNÓSTICO DE REACCIÓN ALÉRGICA O ENFERMEDAD).

DEBE PREGUNTARSE DETALLADA Y AMPLIAMENTE RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS TOMADOS Y EN ALGUNOS CASOS INVESTIGAR SI EL PACIENTE INGERIÓ ALGÚN ALIMENTO EN ESPECIAL QUE HAYA PODIDO SER EL CAUSANTE DE LA REACCIÓN ALÉRGICA EN CAVIDAD ORAL Y ASÍ DESCARTAR LOS MEDICAMENTOS. NO BASTA PREGUNTAR ¿QUE MEDICAMENTOS ESTÁ USTED TOMANDO? YA QUE EN LA PALABRA "MEDICAMENTO", ALGUNOS PACIENTES NO INCLUYEN COMPRIMIDOS PARA LA CEFALEA, JARABES O SUSPENSIÓN PARA LATOS, TÓNICOS, COLUTORIOS, LAXANTES E INCLUSO MEDICAMENTOS REGISTRADOS PARA COMBATIR EL INSOMNIO. Y SIN EMBARGO, LA SUSTANCIA ALERGÉNICA QUE BUSCAMOS ES MUY POSIBLE QUE SE ENCUENTRE EN ÉSTAS MEDICACIONES.

PARA ASEGURARNOS DE NO PASAR NADA POR ALTO DEBE INTERROGARSE AL ENFERMO DE MANERA ORDENADA Y QUE LO ABARQUE TODO. POR EJEMPLO, COMO TODAS LAS SUSTANCIAS MEDICINALES SON INGERIDAS, INYECTADAS, APLICADAS LOCALMENTE O INHALADAS, ES RECOMENDABLE EMPLEAR ÉSTAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN COMO BASE PARA LA ANAMNESIS MEDICAMENTOSA.

A) MEDICAMENTOS INGERIDOS.

DEBE PRECISARSE DE QUE MEDICAMENTOS, MEDICINAS O SUSTANCIAS QUÍMICAS ESTÁ TOMANDO EL ENFERMO POR LA BOCA, YA SEA POR --- PRESCRIPCIÓN O POR AUTOMEDICACIÓN. DEBE HACERSE PRE-

GUNTAS REFERENTES A LAS PASTILLAS CONTRA LA CEFALEA, LAXANTES, TÓNICOS Y PASTILLAS PARA DORMIR.

B) MEDICAMENTOS INYECTADOS.

HAY QUE PRECISAR LA NATURALEZA DE LAS SUSTANCIAS QUE EL ENFERMO HA RECIBIDO EN INYECCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR, SUBCUTÁNEA, INTRAVENOSA O INTRAORAL COMO ANESTÉSICOS, ANTIBIÓTICOS, ANALGÉSICOS, SEDANTES, VITAMINAS, SUEROS, ETC

C) MEDICAMENTOS POR CONTACTO.

ES NECESARIO DETERMINAR LA NATURALEZA O COMPOSICIÓN DE -- LOS MEDICAMENTOS, MEDICINAS O SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE SE HAN APLICADO EN CONTACTO CON LA MUCOSA BUCAL, ENCÍAS, LENGUA, LABIOS O PIEL PRÓXIMA. DEBEN PRECISARSE LAS PREGUNTAS ACERCA DE LOS COMPRIMIDOS, DENTRÍFICOS, COLUTORIOS, COSMÉTICOS, REMEDIOS CASEROS PARA EMPLEO TÓPICO ETC. DEBEN HACERSE LAS PREGUNTAS SOBRE LAS ÚLTIMAS VISITAS AL DENTISTA O MÉDICO DE LA FAMILIA EN LAS QUE SE HAYAN APLICADO MEDICAMENTOS TÓPICOS.

D) MEDICAMENTOS POR INHALACIÓN.

AUNQUE LOS MEDICAMENTOS POR INHALACIÓN POCAS VECES SON -- RESPONSABLES DE REACCIONES ALÉRGICAS QUE APAREZCAN EN LOS LÍMITES DE LA CAVIDAD BUCAL, TAMBIÉN DEBE PRECISARSE, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS EN LOS QUE NO SE HA LOGRADO DETERMINAR LA IDENTIDAD DEL ALÉRGENO CAUSAL, ADEMÁS SE SABE

QUE LAS GOTAS NASALES Y MEDICAMENTOS EN NEBULIZACIÓN OCACIONAN A VECES REACCIONES ALÉRGICAS EN LA BOCA, ESPECIALMENTE EN SU REGIÓN POSTERIOR.

DE ESPECIAL IMPORTANCIA ES LA PRESENTACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS DATOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL, POR EJEMPLO EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD, SU DURACIÓN Y SU EVOLUCIÓN. SE HAN ESTABLECIDO MUCHOS DIAGNÓSTICOS SOLO DESPUÉS DE TAL INFORMACIÓN SEGUIDA DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS.

ES IMPORTANTE ENFATIZAR QUE AL REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA EL ENTREVISTADOR DEBE ANIMAR AL ENFERMO A USAR SUS PROPIAS EXPRESIONES AL DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS EN VEZ DE INTENTAR RELATAR DIAGNÓSTICOS E INTERPRETACIONES DE OTROS MÉDICOS; POR LO QUE LA REALIZACIÓN DE LA MISMA NECESITA TIEMPO. UNA HISTORIA HECHA APRESURADAMENTE CREA UNA ATMÓSFERA DE PRECIPITACIÓN IMPERSONAL QUE HACE DIFÍCIL PARA EL ENFERMO COMUNICARSE LIBREMENTE.

HAY QUE DESTACAR QUE UNA CONFIDENCIA DEL ENFERMO ES MUY INFLUENCIADA POR LA ATMÓSFERA REINANTE EN EL CONSULTORIO Y POR LA ACTITUD Y APARIENCIA DEL ENTREVISTADOR. LA ATMÓSFERA DEBE SER TRANQUILA Y SIN PRESIONES.

#### EXPLORACIÓN.

LA EXPLORACIÓN DE LA BOCA SE DEBE REALIZAR DE FORMA ORDENADA Y TOTAL, DEBE COMPRENDER UN EXAMEN DETALLADO DE CADA TEJIDO Y ESTRUCTURA NO OMITIENDO NINGUNA. EN ESTE CASO PARA ENCONTRAR CUAL

QUIER LESIÓN O ANOMALÍA CAUSADA POR MEDICAMENTOS, ALGUNOS DE LOS-  
CUALES PUEDEN CONFUNDIRSE CON ALGUNAS OTRAS ENTIDADES PATOLÓGICAS

DEBE PROCEDERSE EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- 1.- LABIOS.- INSPECCIÓN Y PALPACIÓN, ANOTANDO LA FORMA, CON-  
TORNO, COLOR, CONFIGURACIÓN Y LA PRESENCIA O NO DE LESIO-  
NES TANTO CON LA BOCA CERRADA COMO ABIERTA.
- 2.- MUCOSA LABIAL.- INSPECCIÓN GIRANDO EL LABIO INFERIOR HA-  
CIA ABAJO Y EL SUPERIOR HACIA ARRIBA, ANOTANDO EL COLOR-  
Y CUALQUIER IRREGULARIDAD; LA PALPACIÓN DETERMINARÁ LA--  
CONFIGURACIÓN Y LA PRESENCIA DE ORIFICIOS ANÓMALOS DE --  
CONDUCTOS, ADHESIONES AL FRENILLO O LESIONES.
- 3.- MUCOSA LABIAL.- LA INSPECCIÓN Y PALPACIÓN PARA DETERMI--  
NAR EL CONTORNO, CONFIGURACIÓN, COLOR, ORIFICIOS DE LAS-  
GLÁNDULAS PARÓTIDAS Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LESIO--  
NES. EN LA MUCOSA BUCAL.
- 4.- PLIEGUES MUCOBUCALES.- EXPLORACIÓN DE LOS PLIEGUES MUCO-  
BUCALES SUPERIOR E INFERIOR OBSERVANDO SI LAS INSERCIO--  
NES MUSCULARES SE ENCUENTRAN EN ESTADO NORMAL O ANORMAL.
- 5.- PALADAR.- INSPECCIÓN DEL PALADAR DURO Y DEL BLANDO, DE -  
LA ÚVULA Y DE LOS TEJIDOS FARÍNGEOS ANTERIORES, COMPLE--  
TÁNDOLO CON LA PALPACIÓN, ANOTANDO SU COLOR, CONFIGURA--  
CIÓN, CONTORNOS, ORIFICIOS Y LA PRESENCIA DE ANOMALÍAS O  
LESIONES.

- 6.- OROFARINGE.- INSPECCIÓN EN BUSCA DE SEÑALES EN LA REGIÓN TONSILAR Y EN LA GARGANTA, SUSCEPTIBLES DE SER ENVIADAS-AL CIRUJANO O AL INTERNISTA.
- 7.- LENGUA.- EXPLORACIÓN DE LA LENGUA, ESTANDO DENTRO DE LA BOCA EXTENDIDA, DIRIGIDA HACIA AFUERA Y LUEGO HACIA LA DERECHA Y A LA IZQUIERDA, INSPECCIÓN PALPACIÓN, PARA DETERMINAR EL COLOR O AMBAS, CONFIGURACIÓN, CONSISTENCIA, MOVIMIENTOS FUNCIONALES, TAMAÑO, LA PRESENCIA O NO DE PAPILAS, TEJIDO LINFOIDE Y LESIONES.
- 8.- SUELO DE LA BOCA.- EXPLORACIÓN VISUAL CON LA LENGUA EN REPOSO Y LUEGO EN UNA POSICIÓN ELEVADA POR DETRÁS; PALPACIÓN CON LOS DEDOS DEL SUELO DE LA BOCA, BASE DE LA LENGUA Y SUPERFICIE VENTRAL DE LA LENGUA.
- 9.- ENCÍAS.- DETERMINACIÓN DEL COLOR, FORMA Y CONFIGURACIÓN-DE LAS ENCÍAS, BUSCANDO ANOMALÍAS Y LESIONES, COMO INFLAMACIONES, HIPERTROFIAS, RETRACCIONES, ULCERACIONES, FÍSTULAS Y ABSCESOS.
- 10.- DIENTES.- EXPLORACIÓN COMPLETA REALIZANDO UNA AMPLIA SERIE DE RADIOGRAFÍAS DENTALES, COMO MÍNIMO CATORCE Y SI PUEDE SER DIECIOCHO INCLUYENDO ALGUNAS MORDIENDO SI NO SE HABÍAN REALIZADO RECIENTEMENTE.
- 11.- CIERRE.- ANÁLISIS DEL CIERRE DE LA BOCA TANTO EN REPOSO-COMO EN POSICIONES FUNCIONALES.

DEBE ANOTARSE EN FORMA MINUCIOSA TODA LA EXPLORACIÓN. SE DESCRIBIRÁ CON DETALLE EL ESTADO DE LOS DIENTES, --- (POR EJEMPLO SI TIENEN PIGMENTACIÓN--MEDICAMENTOSA) DE LOS ORIFICIOS ALVEOLARES, DE LA IMAGEN TRABECULAR, DE --LOS LÍMITES ANATÓMICOS Y DE LAS CORONAS. DEBEN ANOTARSE TODAS LAS LESIONES ENCONTRADAS CLÍNICA O RADIOGRÁFICAMENTE.

## CAPÍTULO II

### HISTOLOGÍA ORAL.

SE MENCIONAN LAS DISTINTAS ENTIDADES BUCALES, DESCRIBIENDO--  
SUS TEJIDOS EN ESTADO NORMAL, TOMANDO ESTO COMO BASE PARA RECONO-  
CER LOS CAMBIOS QUE OCURRAN EN ESTOS, CUALQUIERA QUE FUERA SU ORI-  
GEN.

1.- LABIOS

2.- MEJILLAS

3.- LENGUA.- A) PARTE BUCAL. .

B) RAÍZ DE LA LENGUA.

4.- DIENTES.-A) DENTINA.

B) ESMALTE.

C) CEMENTO.

D) MEMBRANA PERIODÓNTICA.

E) FIJACIÓN EPITELIAL.

F) PULPA.

5.- PALADAR DURO.

6.- PALADAR BLANDO.

7.- GLÁNDULAS SALIVALES.

LABIOS.- LA MASA DE LOS LABIOS ESTÁ CONSTITUÍDA POR FIBRAS MUSCULA RES ESTRÍADA Y TEJIDO CONECTIVO FIBROELÁSTICO. EL TEJIDO MUSCU-- LAR ESTÁ FORMADO PRINCIPALMENTE POR LAS FIBRAS DEL ORBICULAR DE LA BOCA. LA SUPERFICIE EXTERNA DE CADA LABIO ESTÁ CUBIERTA DE PIEL-- QUE CONTIENE FOLÍCULOS PILOSOS, GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y SUDORÍPARAS. LOS BORDES LIBRES DE LOS LABIOS, DE COLOR ROJO, ESTÁN RECUBIERTOS-- DE PIEL MODIFICADA QUE REPRESENTA UNA TRANSICIÓN ENTRE LA PIEL Y - LA MUCOSA.

EL EPITELIO ESTÁ RECUBIERTO DE UNA CAPA DE CÉLULAS MUERTAS -- QUE CONTIENEN UN ELEVADO PORCENTAJE DE ELEIDINA TRANSPARENTE. -- LAS PAPILAS DEL TEJIDO CONECTIVO DE LA DERMIS, SITUADO POR DEBAJO, SON MUY NUMEROSAS, ALTAS Y RICAS EN VASOS, LO QUE PROPORCIONA EL - COLOR ROJO A LOS LABIOS, NO HAY GLÁNDULAS SEBÁCEAS NI FÓLICULOS PI LOSOS. COMO EL EPITELIO NO ESTÁ QUERATINIZADO NI DISPONE DE SEBO TIENE QUE HUMEDECERSE FRECUENTEMENTE CON LA LENGUA PARA ASEGURAR - SU INTEGRIDAD. LAS PAPILAS ALTAS LLEVAN TERMINACIONES NERVIOSAS-- Y PAPILARES, HASTA MUY CERCA DE LOS BORDES ROJOS DE LOS LABIOS, -- POR LO QUE TIENEN UNA GRAN SENSIBILIDAD.

CUANDO LA PIEL DE LOS BORDES LIBRES DE LOS LABIOS, PASA A --- CONSTITUIR LA SUPERFICIE INTERNA DE LOS MISMOS, SE TRANSFORMA EN-- MUCOSA, EL EPITELIO DE ÉSTA, MÁS GRUESO QUE LA EPIDERMIS QUE RECU BRE LA SUPERFICIE EXTERNA DEL LABIO, ES PLANO ESTRATIFICADO NO QUE RATÍNIZADO Y SE PUEDEN OBSERVAR ALGUNOS GRÁNULOS QUERATONIALÍNICOS MEJILLAS.- LA MEMBRANA QUE REVISTE A LA MEJILLA, TIENE UNA CAPA DE



EPITELIO BASTANTE GRUESA DE TIPO PLANO ESTRATIFICADO, NO QUERATINIZADO. ES EL TIPO DE EPITELIO CARACTERÍSTICO DE LAS SUPERFICIES EPITELIALES HÚMEDAS SOMETIDAS A CONSIDERABLE FROTE Y DESGASTE Y EN LAS CUALES NO SE PRODUCE ABSORCIÓN. LAS CÉLULAS SUPERFICIALES DE ESTE EPITELIO, ESTÁN MÁS O MENOS, SOMETIDAS A ROCE, SE DESPRENDEN EN LA SUPERFICIE Y SON SUBSTITUÍDAS DESDE LAS CAPAS MÁS PROFUNDAS. ELLO REQUIERE QUE LAS CAPAS DE CÉLULAS MÁS PROFUNDAS DEL EPITELIO, SE DIVIDAN CON LA MISMA RAPIDEZ CON QUE LAS SUPERFICIALES SON ELIMINADAS.

LA LÁMINA PROPIA DE LA MUCOSA, QUE REVISTE LA MEJILLA ESTÁ FORMADA DE TEJIDO FIBROELÁSTICO DENSO Y PENETRA EN EL EPITELIO CONSTITUYENDO PAPILAS ELEVADAS. LA PARTE MÁS PROFUNDA SE UNE CON LA SUBMUCOSA. ESTA CAPA CONTIENE FIBRAS ELÁSTICAS PLANAS Y GRAN NÚMERO DE VASOS SANGUÍNEOS. BANDAS DE TEJIDO FIBROELÁSTICO DE LA LÁMINA PROPIA PENETRAN A TRAVÉS DE LA SUBMUCOSA ELÁSTICA Y GRASA PARA UNIRSE CON EL TEJIDO FIBROELÁSTICO QUE ACOMPAÑA AL MÚSCULO SITUADO DEBAJO DE LA MUCOSA.

LENGUA.- ESTÁ COMPUESTA PRINCIPALMENTE DE MÚSCULO ESTRIADO, CON FIBRAS AGRUPADAS EN HACES ENTRELAZADOS Y DISPUESTOS EN TRES PLANOS, TAL DISPOSICIÓN DE FIBRAS MUSCULARES ESTRIADAS ES ÚNICA EN EL CUERPO, PERMITE IDENTIFICAR LA LENGUA CON TODA SEGURIDAD, CADA FIBRA MUSCULAR ESTÁ RODEADA DE ENDOMISIO, EL CUAL LLEVA CAPILARES HASTA CERCA DE LAS FIBRAS MUSCULARES. EL TEJIDO FIBROELÁSTICO SITUADO ENTRE LOS HACES MUSCULARES PUEDE CONSIDERARSE COMO PERMISIO.

MUCOSAS.- EL REVESTIMIENTO DE LA SUPERFICIE INFERIOR DE LA LENGUA ES DELGADO Y LISO. LA LÁMINA PROPIA SE UNE DIRECTAMENTE AL TEJIDO FIBROELÁSTICO QUE ACOMPAÑA A LOS HACES MUSCULARES. LA MUCOSA QUE RECUBRE LA SUPERFICIE DORSAL DE LA LENGUA BRINDA INFORMACIÓN AL MÉDICO, PORQUE ALGUNAS ENFERMEDADES, POR EJEMPLO LA ESCARLATINA Y LA ANEMIA PERNICIOSA, PUEDEN CAUSAR ALTERACIONES ESPECÍFICAS A NIVEL DE LA SUPERFICIE LINGUAL.

LA MUCOSA QUE REVISTE LA SUPERFICIE DORSAL DE LA LENGUA ESTÁ DIVIDIDA EN DOS PARTES:

- 1.- LA PARTE QUE CUBRE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES O PARTE DORSAL DE LA LENGUA (CUERPO DE LA MISMA).
- 2.- LA QUE CUBRE EL TERCIO POSTERIOR O FARÍNGEO (RAÍZ DE LA LENGUA), EL LÍMITE ENTRE ESTAS DOS PARTES LO SEÑALA UNA LÍNEA EN FORMA DE V EL SURCO TERMINAL, DISPUESTA TRANSVERSALMENTE EN LA LENGUA..
  - A) PARTE BUCAL DE LA LENGUA.- LA MUCOSA QUE RECUBRE LA PARTE BUCAL DE LA LENGUA ESTÁ CUBIERTA POR PAPILAS QUE SON DE TRES TIPOS:
    - A) FILIFORMES.
    - B) FUNGIFORMES.
    - C) CALICIFORMES.

PAPILAS FILIFORMES.- (FILUM-HILO) SON ESTRUCTURAS ALTAS, ESTRECHAS DE FORMA CÓNICA CONSTITUIDAS POR LÁMINA PROPIA Y EPITELIO. CADA UNA TIENE UNA PAPIA PRIMARIA DE LÁMINA PROPIA, A PARTIR DE-

LA CUAL SE EXTIENDEN HACIA LA SUPERFICIE PAPILAS SECUNDARIAS, LA PAPILA PRIMARIA ESTÁ CUBIERTA DE EPITELIO QUE SE HIERDE FORMAN DO REVESTIMIENTOS SEPARADOS POR CADA UNA DE LAS PAPILAS SECUNDA--RIAS. SON MUY NUMEROSAS Y SE DISTRIBUYEN EN HILERAS PARALELAS - QUE ATRAVIESAN LA LENGUA. CERCA DE LA RAÍZ ESTAS HILERAS SIGUEN LA LÍNEA EN FORMA DE V QUE SEPARA EL CUERPO DE LA RAÍZ DE LA LENGUA.

PAPILAS FUNGIFORMES.- RECIBEN ESTE NOMBRE PORQUE SE PROYEC--TAN EN LA SUPERFICIE DORSAL DE LA PORCIÓN BUCAL DE LA LENGUA COMO PEQUEÑAS SETAS, MÁS DELGADAS EN SU BASE Y CON LA PARTE ALTA DILATADA Y UNIFORMEMENTE REDONDEADA. NO SON TANTAS COMO LAS PAPILAS FILIFORMES ENTRE LAS CUALES SE HALLAN DISTRIBUÍDAS; SE HALLAN CON MAYOR NÚMERO EN LA PUNTA DE LA LENGUA QUE EN EL RESTO DEL ÓRGANO. CADA UNA TIENE UN NÚCLEO CENTRAL DE LÁMINA PROPIA QUE RECIBE EL - NOMBRE DE PAPILA PRIMARIA; DE ELLA SE PROYECTAN PAPILAS SECUNDA--RIAS DE LÁMINA PROPIA QUE PENETRAN EN EL EPITELIO DE REVESTIMIEN--TO. LA SUPERFICIE EPITELIAL NO SIGUE LOS CONTORNOS DE LAS PAPI--LAS SECUNDARIAS DE LA LÁMINA PROPIA, ESTAS PAPILAS LLEVAN LOS CA--PILARES MUY CERCA DE LA SUPERFICIE DEL EPITELIO. EL EPITELIO DE REVESTIMIENTO NO ES QUERATINIZADO, ES TRANSPARENTE, LO QUE PERMI--TE OBSERVAR LOS VASOS SANGUÍNEOS EN LAS PAPILAS SECUNDARIAS ALTAS POR ESO DURANTE LA VIDA, LAS PAPILAS FUNGIFORMES TIENEN UN COLOR--ROJO.

PAPILAS CALICIFORMES.- HAY DE 7 A 12 DISTRIBUIDAS A LO LARGO DE LA LÍNEA EN FORMA DE V QUE SEPARA LA MEMBRANA DEL CUERPO DE LA

LENGUA DE LA QUE RECUBRE LA RAÍZ.

FUNCIONES DE LAS PAPILAS.- AUNQUE LAS PAPILAS FILIFORMES NO-- ESTÁN MUY DESARROLLADAS EN EL HOMBRE, PERMITEN QUE LOS NIÑOS LAMAN UN HELADO O UN CARAMELO, TALES PAPILAS TIENEN TERMINACIONES ESPE-- CIALIZADAS PARA EL TACTO. LA MAYOR PARTE DE LAS PAPILAS FUNGIFORMES Y TODAS LAS PAPILAS CALICIFORMES CONTIENEN CORPÚSCULOS GUSTATIVOS EN LOS CUALES HAY TERMINACIONES NERVIOSAS QUE, AL SER ESTIMULADAS ORIGINAN LOS IMPULSOS NERVIOSOS, CAUSA DE LA SENSACIÓN GUSTATIVA.

RAÍZ DE LA LENGUA.- AMÍGDALA LINGUAL; LA MUCOSA QUE RECUBRE - LA RAÍZ DE LA LENGUA NO CONTIENE PAPILAS VERDADERAS. LAS PEQUE-- ÑAS PROMINENCIAS QUE SE OBSERVAN EN ESTA PARTE DE LA LENGUA DEPENDEN DE ACÚMULOS DE NÓDULOS LINFÁTICOS QUE EN LA LÁMINA PROPIA SE - ENCUENTRAN POR DEBAJO DEL EPITELIO. UNA DISPOSICIÓN DE ESTE TIPO CON ACÚMULOS DE NÓDULOS LINFÁTICOS, EN ESTA ESTRECHA RELACIÓN CON EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO, SUELE RECIBIR EL NOMBRE DE TEJIDO -- AMIGDALAR.

EL QUE SE HALLA EN EL TECHO DE LA LENGUA CONSTITUYE LA AMÍGDALA LINGUAL. MUCHOS DE LOS NÓDULOS LINFÁTICOS DE LA AMÍGDALA LINGUAL POSEEN CENTROS GERMINATIVOS. LOS ESPACIOS QUE QUEDAN ENTRE- ELLOS, SE ENCUENTRAN OCUPADOS POR TEJIDO LINFÁTICO DIFUSO.

DIENTES.- LA MASA DE CADA DIENTE ESTÁ FORMADA POR UN TIPO ES- PECIAL DE TEJIDO CONECTIVO CALCIFICADO DENOMINADO DENTINA. LA -- DENTINA NO SUELE QUEDAR EXPUESTA AL MEDIO QUE RODEA AL DIENTE, POR

QUE ESTÁ CUBIERTA CON UNO DE OTROS DOS TEJIDOS CALCIFICADOS. LA DENTINA DE LA PARTE DEL DIENTE QUE SE PROYECTA A TRAVÉS DE LAS ENCÍAS HACIA LA BOCA ESTÁ REVESTIDA DE UNA CAPA MUY DURA DE ORIGEN-- EPITELIAL CALCIFICADO DENOMINADO ESMALTE; ESTA PARTE DEL DIENTE -- CONSTITUYE SU CORONA ANATÓMICA. EL RESTO DEL DIENTE, LA RAÍZ ANATÓMICA ESTÁ CUBIERTA DE UN TEJIDO CONECTIVO ESPECIAL DENOMINADO CEMENTO.

LA UNIÓN ENTRE LA CORONA Y LA RAÍZ DEL DIENTE RECIBE EL NOMBRE DE CUELLO Y LA LÍNEA VISIBLE DE UNIÓN ENTRE EL ESMALTE Y EL CEMENTO RECIBE EL NOMBRE DE LÍNEA CERVICAL.

DENTRO DE CADA DIENTE HAY UN ESPACIO DE FORMA PARECIDA AL DIENTE, RECIBE EL NOMBRE DE CAVIDAD PULPAR. SU PARTE MÁS DILATADA EN LA PORCIÓN CORONAL DEL DIENTE RECIBE EL NOMBRE DE CÁMARA PULPAR, LA PARTE ESTRECHA DE LA CAVIDAD, QUE SE EXTIENDE POR LA RAÍZ, RECIBE EL NOMBRE DE CANAL RADICULAR O PULPAR.

LA PULPA ESTÁ BIEN INERVADA Y ES RICA EN PEQUEÑOS VASOS SANGUÍNEOS. LOS LADOS DE LA CAVIDAD PULPAR ESTAN REVESTIDOS DE CÉLULAS TISULARES CONECTIVAS DENOMINADAS ODONTOBLASTOS, CUYA FUNCIÓN ES PRODUCIR DENTINA. EL NERVIO Y EL RIEGO SANGUÍNEO DE UN DIENTE ENTRAN EN LA PULPA A TRAVÉS DE UNO O MÁS PEQUEÑOS AGUJEROS QUE HAY EN EL VÉRTICE DE LA RAÍZ, DENOMINADO AGUJERO APICAL.

LA MUCOSA DE LA BOCA FORMA UN REVESTIMIENTO EXTERNO PARA EL HUESO DEL BORDE ALVEOLAR; ESTOS REVESTIMIENTOS RECIBEN EL NOMBRE DE ENCÍAS; LA PARTE DEL TEJIDO DE LA ENCÍA QUE SE EXTIENDE CORONAL

MENTE HACIA LA CRESTA DEL PROCESO ALVEOLAR RECIBE EL NOMBRE DE --- BORDE GINGIVAL.

LA PARTE DEL DIENTE QUE SE EXTIENDE EN LA BOCA MÁS ALLÁ DEL-- BORDE GINGIVAL RECIBE EL NOMBRE DE CORONA CLÍNICA. POCO DESPUÉS-- QUE EL DIENTE HA HECHO ERUPCIÓN, LLEGA UN MOMENTO EN QUE LA ENCÍA-- QUEDA UNIDA AL DIENTE A NIVEL DE SU LÍNEA CERVICAL; EN ESTA ETAPA-- LAS CORONAS CLÍNICA Y ANATÓMICA SON IDÉNTICAS CUANDO UN BORDE GIN-- GIVAL SE RETRAE, LA ENCÍA SE UNE AL CEMENTO, DE MANERA QUE LA CORO-- NA CLÍNICA ES MÁS LARGA QUE LA CORONA ANATÓMICA.

DENTINA.- LOS ODONTOBLASTOS EMPIEZAN A FORMAR MATRIZ DE DENTI-- NA DESPUÉS DE HABER ADOPTADO SU FORMA TÍPICA. LOS ODONTOBLASTOS-- SE ENCUENTRAN A LO LARGO DE LA PARTE INTERNA DE LA DENTINA, POR LO-- QUE LAS NUEVAS CAPAS DE DENTINA HAN DE DISMINUIR EL ESPACIO DE LA-- PULPA. CADA ODONTOBLASTO ESTÁ PROVISTO DE UNA PROLONGACIÓN CITO-- PLASMÁTICA, QUE SE EXTIENDE HACIA AFUERA DESDE LA PUNTA DE LA CÉLU-- LA HACIA LA MEMBRANA BASAL, QUE REVISTE LA CONCAVIDAD DEL ÓRGANO -- DEL ESMALTE. CUANDO SE DEPOSITA MATERIAL ESTAS PROLONGACIONES CI-- TOPLASMÁTICAS QUEDAN INCLUIDAS EN LA DENTINA Y LIMITADAS A PEQUE-- ÑOS CONDUCTOS DENOMINADOS TÚBULOS DENTINARIOS. LAS PROLONGACIO-- NES SE DENOMINAN PROLONGACIONES ODONTOBLÁSTICAS. AL AÑADIRSE CA-- DA VEZ MÁS DENTINA, LOS ODONTOBLASTOS SON DESPLAZADOS, ALEJANDOSE-- CADA VEZ MÁS DE LA MEMBRANA BASAL QUE DELINEA LA UNIÓN DE DENTINA-- ESMALTE.

LA CAPACIDAD DE LA DENTINA PARA PERCIBIR ESTÍMULOS SE ATRIBU-- YE A LAS PROLONGACIONES CITOPLASMÁTICAS DE LOS ODONTOBLASTOS EN LA

DENTINA.

ESMALTE.- DESPUÉS QUE LOS ODONTOBLASTOS HAN PRODUCIDO LA PRIMERA CAPA DELGADA DE DENTINA, LOS AMELOBLASTOS A SU VEZ EMPIEZAN A PRODUCIR ESMALTE. EL ESMALTE CUBRE LA DENTINA ENCIMA DE LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE. FORMA PRIMERO UNA MATRIZ POCO CALCIFICADA, QUE MÁS TARDE SE CALCIFICA POR COMPLETO. EL MATERIAL DE LA MATRIZ MINERALIZADO ESTÁ EN FORMA DE BASTONCILLOS. LOS BASTONCILLOS DE ESMALTE CONSERVAN LA FORMA DE LA CÉLULA; AMBOS SON PRISMÁTICOS. LOS EXTREMOS ALARGADOS DE LOS AMELOBLASTOS HAN RECIBIDO EL NOMBRE DE PROLONGACIONES DE TOMES.

LOS AMELOBLASTOS SON CÉLULAS CILÍNDRICAS LARGAS. EL ESMALTE ESTÁ CONSTITUIDO POR UNA MATRIZ ORGÁNICA QUE CONTIENE PROTEÍNAS Y CARBOHIDRATOS, CON FOSFATO CÁLCICO EN FORMA DE APATITA. CADA CÉLULA PRODUCE UN BASTONCILLO DE ESMALTE. LA CALCIFICACIÓN EMPIEZA DENTRO DE LOS TÚBULOS DE LA MATRIZ DEL ESMALTE. EN CONSECUENCIA, CUANTO MÁS LEJOS SE HALLA LA PROLONGACIÓN DE TOMES DE LA MATRIZ, MÁS CALCIFICADA ESTÁ.

APARTE DE SECRETAR UN BASTONCILLO DE ESMALTE, CADA AMELOBLASTO PROPORCIONA MATERIAL SUFICIENTE PARA PRODUCIR UNA SUBSTANCIA ENTRE LOS BASTONCILLOS QUE RÁPIDAMENTE SE CALCIFICAN. EL ESMALTE COMPLETAMENTE FORMADO ES RELATIVAMENTE INERTE; NO HAY CÉLULAS ASOCIADAS CON ÉL, LOS AMELOBLASTOS DEGENERAN DESPUÉS QUE HAN PRODUCIDO TODO EL ESMALTE Y EL DIENTE HA HECHO ERUPCIÓN. POR LO TANTO, EL ESMALTE ES TOTALMENTE INCAPAZ DE REPARACIÓN SI SUFRE LESIÓN POR

FRACTURA, ENROJECIMIENTO U OTRO MOTIVO. SIN EMBARGO, HAY CIERTO-  
INTERCAMBIO DE IONES METÁLICOS ENTRE EL ESMALTE Y LA SALIVA.

CEMENTO.- ALGUNAS ZONAS DEL MESÉNQUIMA DEL SACO DENTAL EN ESTRECHA PROXIMIDAD CON LOS LADOS DE LA RAÍZ QUE SE ESTÁ DESARROLLANDO SE DIFERENCIAN Y SE TRANSFORMAN EN ELEMENTOS PARECIDOS A LOS OSTEOBLASTOS. AQUI GUARDAN RELACIÓN CON EL DEPÓSITO DE OTRO TEJIDO VASCULAR CALCIFICADO LLAMADO CEMENTO. EL PAPEL DEL CEMENTO ESTABA EN DILUIR EN SU SUBSTANCIA LOS EXTREMOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL Y EN ESTA FORMA UNIRLOS AL DIENTE.

EL CEMENTO EN EL TERCIO SUPERIOR A LA MITAD DE LA LONGITUD DE LA RAÍZ ES ACELULAR, EL RESTO CONTIENE CÉLULAS EN SU MATRIZ. ESTAS CÉLULAS RECIBEN EL NOMBRE DE CEMENTOCITOS Y ESTÁN INCLUIDAS EN PEQUEÑOS ESPACIOS DE LA MATRIZ CALCIFICADA DENOMINADOS LAGUNAS, COMUNICANDO CON SU FUENTE DE NUTRICIÓN POR MEDIO DE CANALÍCULOS. EL CEMENTO SÓLO PUEDE AUMENTAR EN CANTIDAD, POR ADICIÓN A LA SUPERFICIE. LA FORMACIÓN DE CEMENTO ES NECESARIA, SI LAS FIBRAS COLÁGENAS DE LA MEMBRANA PERIODÓNTICA DEBEN UNIRSE A LA RAÍZ.

MEMBRANA PERIODÓNTICA.- A MEDIDA QUE SE FORMA LA RAÍZ DEL DIENTE Y SE DEPOSITA CEMENTO EN SU SUPERFICIE, SE DESARROLLA LA MEMBRANA PERIODÓNTICA DEL MESÉNQUIMA DEL SACO DENTAL QUE RODEA AL DIENTE EN DESARROLLO Y LLENA EL ESPACIO QUE QUEDA ENTRE ÉL Y EL HUESO DEL ALVEOLO.

ESTE TEJIDO ACABA FORMADO POR HACES GRUESOS DE FIBRAS COLÁGENAS DISPUESTOS EN FORMA DE LIGAMENTOS SUSPENSORIOS ENTRE LA RAÍZ -



DEL DIENTE Y LA PARED ÓSEA DE SU ALVÉOLO. LOS HACES DE FIBRAS--- ESTÁN INCLUIDAS EN TEJIDOS DUROS QUE SE DENOMINAN FIBRAS DE SHAR-- PEY. LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODÓNTICO SUELEN SER UN POCO -- MÁS LARGAS QUE LA DISTANCIA MÁS CORTA ENTRE EL LADO DEL DIENTE Y - LA PARED DEL ALVÉOLO. LOS CAPILARES SANGUÍNEOS DENTRO DEL LIGA-- MENTO PERIODONTAL CONSTITUYEN LA ÚNICA FUENTE DE ELEMENTOS NUTRITI VOS PARA LOS CEMENTOCITOS. LOS NERVIOS DEL LIGAMENTO INERVAN LOS DIENTES PROPORCIONANDOLES SU SENSIBILIDAD TÁCTIL TAN IMPORTANTE Y- NOTABLEMENTE INTENSA.

FIJACIÓN EPITELIAL.- LA ENCÍA RODEA CADA DIENTE, LA SUPERFI-- CIE INTERNA ESTÁ FIRMEMENTE UNIDA AL DIENTE. LA ENCÍA PARECE ELE VARSE A CADA LADO DEL DIENTE COMO UN TRIÁNGULO ESTRECHO CUYO VÉRTI CE RECIBE EL NOMBRE DE CRESTA GINGIVAL. EL LADO DEL TRIÁNGULO -- GINGIVAL QUE TOCA EL DIENTE ESTÁ REVESTIDO DE EPITELIO. ESTE BA JANDO DESDE LA CRESTA, AL PRINCIPIO NO ESTÁ ADHERIDO AL DIENTE. POR LO TANTO QUEDA UNA HENDIDURA ENTRE ÉL Y LA SUPERFICIE DENTAL-- QUE RECIBE EL NOMBRE DE SURCO GINGIVAL. EN EL FONDO DEL SURCO EL EPITELIO DE LA ENCÍA SE ADHIERE AL DIENTE. CUANDO HACE ERUPCIÓN- EL DIENTE DEL EPITELIO, DESDE AQUÍ HASTA EL FONDO DE LA CORONA ANA TÓNICA, ESTÁ UNIDO AL ESMALTE. LA FIJACIÓN DEL EPITELIO AL ESMAL TE NO ES TAN INTENSA COMO SU FIJACIÓN AL CEMENTO.

PULPA.- LA VIDA DE LOS DIENTES DEPENDE DE LA SALUD DE LA PUL- PA DENTAL, LA CUAL ES UN TEJIDO CONECTIVO QUE PROVIENE DEL MESÉN-- QUIMA DE LA PAPILA DENTAL Y OCUPA LAS CAVIDADES PULPARES DE LOS CA NALES RADICULARES, SE TRATA DE UN TEJIDO BLANDO QUE CONSERVA TODA-

LA VIDA SU ASPECTO MESENQUIMATOSO. LA MAYOR PARTE DE TODAS SUS--  
CÉLULAS TIENEN FORMA ESTRELLADA Y ESTÁN UNIDAS ENTRE SÍ POR GRAN--  
DES PROLOGACIONES CITOPLASMÁTICAS. LA PULPA SE HALLA MUY VASCU--  
LARIZADA, LOS VASOS PRINCIPALES ENTRAN Y SALEN POR LOS AGUJEROS --  
APICALES, LOS VASOS DE LA PULPA TIENEN PAREDES QUE SON MUY DELGA--  
DAS, ESTO HACE QUE EL TEJIDO SEA MUY SENSIBLE A CAMBIOS DE PRESIÓN  
PORQUE LAS PAREDES DE LA CÁMARA PULPAR NO PUEDEN DILATARSE.

LOS DEPÓSITOS DE DENTINA REDUCEN GRADUALMENTE EL VOLÚMEN DE -  
LA CÁMARA PULPAR Y DE SUS CANALES DURANTE TODA LA VIDA; POR LO TANT  
TO, EN PERSONAS DE CIERTA EDAD LA PULPA SUELE TENER VOLÚMEN MUY RED  
UCIDO; TAMBIÉN CAMBIA SU CARÁCTER EN EL SENTIDO DE HACERSE MÁS FIR  
BROSA Y MENOS CELULAR.

GLÁNDULAS SALIVALES.- HAY MUCHAS GLÁNDULAS QUE LIBERAN SU SE-  
CRECIÓN DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL, DE MANERA QUE TODAS LAS GLÁNDUL  
LAS SALIVALES, LA MAYOR PARTE SON PEQUEÑAS, POR LO TANTO, EL TÉRMIN  
O GLÁNDULA SALIVAL SE APLICA A LAS TRES MAYORES:

- A) PARÓTIDA.
- B) SUBMAXILAR.
- C) SUBLINGUAL.

SALIVA Y SUS FUNCIONES.- LA SECRECIÓN MEZCLADA DE TODAS LAS--  
GLÁNDULAS SALIVALES RECIBE EL NOMBRE DE SALIVA, LA CUAL ES LÍQUIDA  
Y SUELE CONTENER RESTOS CELULARES, BACTERIAS Y LEUCOCITOS. EN EL  
HOMBRE EL VOLÚMEN DE SALIVA SECRETADA EN LAS 24 HORAS VARÍA ENTRE-  
1000 Y 1500 ml. PUEDE SER MUY LÍQUIDA Y VISCOSA. SU COMPOSICIÓN

VARÍA SEGÚN EL ESTÍMULO QUE INICIA LA SECRECIÓN. CONTIENE SALES, GASES Y MATERIAL ORGÁNICO. ENTRE ESTOS DOS ÚLTIMOS SE HALLAN DOS ENZIMAS (PTIALINA O AMILASA SALIVAL Y MALTAS) Y MUCINA. LA SALIVA TIENE VARIAS FUNCIONES:

- 1.- LUBRICA Y HUMEDECE LA BOCA Y LABIOS, CON LO QUE FAVORECE LA ARTICULACIÓN.
- 2.- PERMITE QUE LA BOCA QUEDE LIMPIA DE RESTOS CELULARES Y -- ALIMENTICIOS QUE; DE LO CONTRARIO, CONSTITUIRÍAN UN EXCELENTE MEDIO DE CULTIVO PARA LAS BACTERIAS.
- 3.- Y LA FUNCIÓN MÁS IMPORTANTE DE LA SALIVA ES LA DE HUMEDECER EL ALIMENTO Y TRANSFORMARLO EN UNA MASA LÍQUIDA O SEMISÓLIDA PARA QUE PUEDA TRAGARSE FÁCILMENTE. ADEMÁS EL HUMEDECIMIENTO DEL ALIMENTO PERMITE QUE SE PERCIBA SU SABOR.  
LOS CORPÚSCULOS DEL GUSTO SON EXCITADOS QUÍMICAMENTE Y -- LAS SUBSTANCIAS QUE LOS HAN DE ESTIMULAR TIENEN QUE HALLARSE EN SOLUCIÓN.
- 4.- EL PAPEL DIGESTIVO DE LAS ENZIMAS SALIVALES ES DUDOSO, LA AMILASA HIDROLIZA EL ALMIDÓN PRODUCIENDO MALTOSA EN UN MEDIO ALCALINO O LIGERAMENTE ÁCIDO, PODRÍA PENSARSE QUE -- CUANDO ALCANZAN EL ESTÓMAGO LA REACCIÓN ÁCIDA INHIBIRÍA -- LA ACTIVIDAD DE LA AMILASA.

#### A) PARÓTIDAS.

SE TRATA DEL PAR DE GLÁNDULAS MAYORES DE LAS TRES ANTES MENCIONADAS. CADA PARÓTIDA SE HALLA INCLUIDA EN EL ESPACIO QUE QUE-

DA ENTRE LA APÓFISIS MASTOIDES Y LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR. SE EXTIENDE POR LA CARA, DEBAJO DEL ARCO CIGOMÁTICO Y DESDE ESTE EXTREMO DE LA GLÁNDULA, SU CONDUCTO (DE STENON) SIGUE PARALELAMENTE AL ARCO CIGOMÁTICO E INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE ÉL, ATRAVIESA EL MÚSCULO BUCCIONADOR Y SE ABRE EN EL VESTÍBULO DE LA BOCA A NIVEL DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR, LA GLÁNDULA ESTÁ ENCERRADA EN UNA CÁPSULA BIEN DEFINIDA DE TEJIDO FIBROSO ES UNA GLÁNDULA TUBOALVEOLAR COMPUESTA DE TIPO SEROSO. LAS PARÓTIDAS SE DISTINGUEN ESPECIALMENTE POR LA PRESENCIA DE VARIOS CONDUCTOS INTRALOBULARES MUY MANIFIESTOS. SON CARACTERÍSTICOS DE ÉSTAS GLÁNDULAS LOS ACÚMULOS DE CÉLULAS GRASOSAS EN LOS TABIQUES DE TEJIDO CONECTIVO.

B) SUBMAXILARES.

SE HALLAN SITUADAS CONTRA LA CARA INTERNA DEL CUERPO DEL MAXILAR INFERIOR Y SU CONDUCTO PRINCIPAL (DE WHARTON) SE ABRE EN EL SUELO DE LA CAVIDAD BUCAL, CASI JUNTOS LOS DE UNO Y OTRO LADO DELANTE DE LA LENGUA Y POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS INFERIORES, SON GLÁNDULAS ALVEOLARES O TUBOALVEOLARES COMPUESTAS AUNQUE DE TIPO MIXTO. LA MAYOR PARTE DE SUS UNIDADES SECRETORIAS SON DE LA VARIEDAD SEROSA. LAS UNIDADES MUCOSAS SUELEN ESTAR RECUBIERTAS DE LUNAS SEROSAS. LA GLÁNDULA SUBMAXILAR POSEE UNA CÁPSULA BIEN DEFINIDA Y SISTEMAS DE CONDUCTOS MUY MANIFIESTOS.

C) SUBLINGUALES.

A DIFERENCIA DE LAS DEMAS GLÁNDULAS SALIVALES, LAS SUBLINGUA

LES NO ESTÁN NETAMENTE ENCÁPSULADAS, SE HALLAN SITUADAS BASTANTE -- ADELANTE, CERCA DE LA LÍNEA MEDIA, POR DEBAJO DE LA MUCOSA DEL --- SUELO DE LA BOCA; SUS SECRECIONES SE VACÍAN POR VARIOS CONDUCTOS-- (DE RIVINUS) QUE SE ABREN EN HILERAS POR DETRÁS DE LAS ABERTURAS - DE LOS CONDUCTOS DE WHARTON. SON GLÁNDULAS TUBOALVEOLARES COMPUESTAS DE TIPO MIXTO, LA MAYOR PARTE DE SUS ALVEOLOS SON DE TIPO MUCOSO. EN ALGUNAS ZONAS PUEDEN OBSERVARSE UNIDADES SECRETORIAS DE-- MOCO Y UNIDADES MUCOSAS CON MEDIAS LUNAS SEROSAS. LOS TABIQUES-- DE TEJIDO CONECTIVO SUELEN SER MÁS MANIFIESTOS QUE EN LA PARÓTIDA-- O EN LA SUBMAXILAR.

PALADAR DURO.- ES IMPORTANTE QUE LA BOCA POSEA UN TECHO RESISTENTE DE MANERA QUE LA PARTE ANTERIOR DE LA LENGUA, O SEA LA MÁS - MOVIBLE, PUEDA APOYARSE CONTRA ÉL PARA MEZCLAR Y TRAGAR LOS ALIMENTOS. TAMBIÉN INTERESA QUE LA MUCOSA QUE REVISTE EL TECHO DE LA - BOCA A ESTE NIVEL SE HALLA FIRMEMENTE ADHERIDA AL MISMO PARA QUE - LOS MOVIMIENTOS ENÉRGICOS DE LA LENGUA NO LA DESPLAZEN Y SU EPITELIO PUEDA RESISTIR EL DESGASTE, LO QUE SE LOGRA MEDIANTE UN TECHO- DE HUESO QUE RECUBRE LA BOCA, REVESTIDO EN SU SUPERFICIE INFERIOR- POR UNA MUCOSA, CUYA LÁMINA PROPIA SE CONTINÚA POR ARRIBA CON EL - PERIOSTIO DEL HUESO Y CUYO EPITELIO ES DE TIPO PLANO ESTRATIFICADO QUERATINIZADO.

A LOS LADOS DE LA MUCOSA NO ESTÁ UNIFORMEMENTE ADHERIDA AL TECHO ÓSEO; SE HALLA UNIDA A ÉL POR HACES RESISTENTES DE TEJIDO CO-- NECTIVO. HAY CÉLULAS GRASAS SITUADAS ENTRE DICHOS HACES POR DE-- LANTE Y LAS GLÁNDULAS POR DETRÁS.

EN LA LÍNEA MEDIA HAY UN REBORDE ÓSEO AL CUAL EL EPITELIO --- QUEDA FIJADO POR UNA LÁMINA PROPIA MUY DELGADA; RECIBE EL NOMBRE - DE "RAFÉ". A PARTIR DE ESTE RAFÉ SALEN HACES DE TEJIDO CONECTIVO QUE SE IRRADIAN HACIA AFUERA.

PALADAR BLANDO.- CONTINÚA POR ATRÁS DEL PALADAR DURO. TIENE QUE SER MÓVIL DE MANERA QUE AL DEGLUTIR PUEDA ELEVARSE Y CERRAR LA NASOFARINGE EVITANDO QUE EL ALIMENTO PASE POR LA NARIZ. ELLO EXI GE QUE CONTENGA FIBRAS MUSCULARES, TIENE QUE SER BASTANTE FUERTE - LO CUAL REQUIERE QUE CONTENGA TEJIDO CONECTIVO DISPUESTO COMO UNA- VERDADERA APONEUROSIS.

EL PALADAR BLANDO SE PROYECTA HACIA ATRÁS EN LA FARINGE A PAR TIR DEL PALADAR DURO. POR LO TANTO, LA MUCOSA DE SU SUPERFICIE - SUPERIOR ES PARTE DEL REVESTIMIENTO.

### CAPÍTULO III

#### PRINCIPIOS GENERALES DE LOS MEDICAMENTOS.

LA FARMACOLOGÍA COMPRENDE LA HISTORIA, EL ORIGEN, LAS PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS, ASOCIACIÓN, EFECTOS BIOQUÍMICOS Y FISIOLÓGICOS, MECANISMOS DE ACCIÓN, ABSORCIÓN, DISTRIBUCIÓN, BIOTRANSFORMACIÓN Y EXCRECIÓN, USOS TERAPÉUTICOS Y DE OTRA ÍNDOLE DE LOS MEDICAMENTOS.

SABEMOS QUE SE LE DA EL NOMBRE DE FÁRMACO A TODO AGENTE QUÍMICO QUE AFECTA EL PROTOPLASMA VIVO, EL CAMPO DE LA FARMACOLOGÍA ES EVIDENTEMENTE EXTENSO. LA PREPARACIÓN, ASOCIACIÓN Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, QUE EN UN TIEMPO ERAN DEL DOMINIO DEL MÉDICO, AHORA ESTÁN ENCOMENDADOS CASI COMPLETAMENTE AL FARMACEÚTICO. SIN EMBARGO, PARA FORMULAR PRESCRIPCIONES RACIONALES, EL MÉDICO DEBE TENER ALGÚN CONOCIMIENTO DE LAS PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS DE LAS SUBSTANCIAS Y DE SUS FORMAS DE DOSIFICACIÓN Y TAMBIÉN DEBE TENER CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA PRÁCTICA DE LA FARMACIA. SI EL MÉDICO O EL ODONTÓLOGO ABANDONAN SU RESPONSABILIDAD EN ÉSTE RESPECTO, INVARIABLEMENTE DEJAN DE VERTER SUS CONOCIMIENTOS DE FARMACOLOGÍA Y MEDICINA EN LAS PRESCRIPCIONES Y MEDICACIÓN ADECUADA DE CADA PACIENTE.

LA FARMACOCINÉTICA SE REFIERE A LA ABSORCIÓN, DISTRIBUCIÓN, --

BIOTRANSFORMACIÓN Y EXCRECIÓN DE FÁRMACOS. ESTOS FACTORES, SUMADOS A LA DOSIFICACIÓN, RIGEN LA CONCENTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO - EN SUS SITIOS DE ACCIÓN, Y, EN CONSECUENCIA, DE INTENSIDAD DE SU EFECTO COMO FUNCIÓN DEL TIEMPO. MUCHOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE -- BIOQUÍMICA Y ENZIMAS Y LOS PRINCIPIOS FÍSICOS Y QUÍMICOS QUE RIGEN EL TRANSPORTE PASIVO Y ACTIVO Y LA DISTRIBUCIÓN DE SUBSTANCIAS A TRAVÉS DE MEMBRANAS BIOLÓGICAS SE APLICAN FÁCILMENTE A LA COMPRENSIÓN DE ESTE ASPECTO IMPORTANTE DE LA FARMACOLOGÍA.

EL ESTUDIO DE LOS EFECTOS FISIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS DE LOS FÁRMACOS SE LLAMA FARMACODINAMIA (ASÍ COMO EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS FÁRMACOS), COMO CIENCIA FRONTERIZA, LA FARMACODINAMIA, TOMA LA MATERIA Y LAS TÉCNICAS EXPERIMENTALES DE LA FISIOLOGÍA, BIOQUÍMICA, MICROBIOLOGÍA Y PATOLOGÍA. SU PECULIARIDAD ESTRIBA --- PRINCIPALMENTE EN QUE LA ATENCIÓN SE ENFOCA EN LOS CARACTERES DE LOS FÁRMACOS. OTRA PARTE DE LA FARMACODINAMIA ES EL ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LA ESTRUCTURA QUÍMICA DE LOS FÁRMACOS Y SUS ACCIONES Y EFECTOS. TALES RELACIONES DE ESTRUCTURA-ACTIVIDAD -- SON PARTE IMPORTANTE EN EL ANÁLISIS DE LA ACCIÓN DE LOS FÁRMACOS.

LA FARMACOTERAPIA TRATA DEL USO DE LOS FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. MUCHOS FÁRMACOS ESTIMULAN O DEPRIMEN LA FUNCIÓN BIOQUÍMICA O FISIOLÓGICA DEL HOMBRE EN FORMA BASTANTE REPRODUCIBLE PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS O ALTERAR FAVORABLEMENTE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD. A LA INVERSA, LOS AGENTES QUIMIOTERAPÉUTICOS O QUIMIOTERÁPICOS SON ÚTILES PARA EL TRATAMIENTO PORQUE SOLO TIENEN EFECTOS MÍNIMOS EN EL SER HUMANO, PERO PUE-



DEN DESTRUIR O ELIMINAR PARÁSITOS. LA UTILIDAD TERAPÉUTICA DE UNA SUBSTANCIA SE BASA EN SU CAPACIDAD PARA PRODUCIR EFECTOS CONVENIENTES Y SOLO EFECTOS SECUNDARIOS O DE TOXICIDAD TOLERABLES. ASÍ DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MÉDICO INTERESADO EN LOS USOS TERAPÉUTICOS DE UN FÁRMACO, LA SELECTIVIDAD DE SUS EFECTOS ES UNO DE SUS MÁS IMPORTANTES CARACTERES. LA FARMACOTERAPIA HA DE BASARSE RACIONALMENTE EN LA CORRELACIÓN DE LAS ACCIONES Y EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS CON LOS ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS, BIOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD. LA FARMACODINAMIA BRINDA UNA DE LAS MEJORES OPORTUNIDADES PARA ESTA CORRELACIÓN MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS CIENCIAS BÁSICAS Y DE LA MEDICINA CLÍNICA.

LA TOXICOLOGÍA ESTUDIA LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS FÁRMACOS, NO SOLO DE LOS QUE SE USAN EN TERAPÉUTICA, SINO TAMBIÉN DE MUCHAS SUBSTANCIAS QUE PUEDEN CAUSAR INTOXICACIÓN AMBIENTAL, DOMÉSTICA E INDUSTRIAL. LOS EFECTOS TÓXICOS DE LAS SUBSTANCIAS FARMACODINÁMICAS Y QUIMIOTERAPÉUTICAS, SE CONSIDERAN PARTE INTEGRAL DE SU NATURALEZA FARMACOLÓGICA. LOS EFECTOS TÓXICOS DE LAS DEMÁS SUBSTANCIAS QUÍMICAS SON UN TEMA TAN EXTENSO QUE EL MÉDICO DEBE LIMITAR SU ATENCIÓN A LOS TÓXICOS MÁS COMUNES Y A LOS PRINCIPIOS APLICABLES AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ENVENENAMIENTOS DE ÍNDOLE DIVERSA.

#### ABSORCIÓN DE FÁRMACOS.

ES IMPORTANTE SABER EN QUE FORMA SE ABSORBEN LOS FÁRMACOS, LA MAYOR O MENOR RAPIDEZ DE LA ABSORCIÓN DETERMINADA, EL PERÍODO-

LATENTE, ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO Y EL COMIENZO DE SU EFECTO, ADEMÁS LA ELECCIÓN DE LA VÍA POR LA CUAL SE ADMINISTRA UN FÁRMACO A MENUDO ES MODIFICADA POR CONSIDERACIONES SOBRE LA ABSORCIÓN MEDICAMENTOSA.

FACTORES QUE MODIFICAN LA ABSORCIÓN.- LA ABSORCIÓN CUALQUIERA QUE SEA EL SITIO DE ADMINISTRACIÓN, DEPENDE DE LA SOLUBILIDAD DEL FÁRMACO.

CONCENTRACIÓN DE UNA SUBSTANCIA.- ESTO TAMBIÉN INFLUYE EN LA ABSORCIÓN; LOS MEDICAMENTOS INGERIDOS EN SOLUCIONES DE ALTA CONCENTRACIÓN SE ABSORBEN MÁS RÁPIDAMENTE QUE LOS DE SOLUCIONES DILUIDAS.

ESTADO DE CIRCULACIÓN EN EL SITIO DE ABSORCIÓN.- ESTO TAMBIÉN AFECTA LA ABSORCIÓN DEL FÁRMACO. CUANDO AUMENTA EL FLUJO SANGUÍNEO EN EL ÁREA, POR MASAJE O APLICACIÓN LOCAL DE CALOR, AUMENTA LA ABSORCIÓN DEL FÁRMACO, EN CAMBIO, SI DISMINUYE POR VASOCONSTRICCIÓN CHOQUE U OTROS FACTORES, SE LENTIFICA LA ABSORCIÓN.

EL ÁREA DE LA SUPERFICIE DE ABSORCIÓN ES UNO DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE DETERMINAN EL GRADO EN QUE SE ABSORBEN CON MAYOR RAPIDEZ EN LAS ÁREAS DE GRAN SUPERFICIE. LA SUPERFICIE DE ABSORCIÓN DEPENDE EN GRAN PARTE DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.

INGESTIÓN

ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL

ADMINISTRACIÓN RECTAL

- INYECCIÓN PARENTERAL.-
- A) VÍA INTRAVENOSA.
  - B) INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.
  - C) INTRAMUSCULAR.
  - D) VÍA INTRAARTERIAL.
  - E) VÍA INTRATECAL (ESPACIO SUBARACNOIDEO)
  - F) VÍA INTRAPERITONEAL.

ABSORCIÓN PULMONAR.

- APLICACIÓN TÓPICA. -
- A) MUCOSAS.
  - B) PIEL.

ALGUNOS CARACTERES DE LAS VÍAS CORRIENTES DE ADMINISTRACIÓN-  
DE FÁRMACOS:

- A) INTRAVENOSA.

FORMA DE ABSORCIÓN.

SE EVITA LA ABSORCIÓN YA QUE SE DILUYE EN LA CORRIENTE SAN--  
GUÍNEA, EFECTOS POTENCIALMENTE INMEDIATOS.

UTILIDAD ESPECIAL.

ÚTIL PARA EL USO DE URGENCIAS. PERMITE TITULACIÓN DE LAS -  
DOSIS. ADECUADA PARA VOLÚMENES GRANDES Y PARA SUBSTANCIAS IRRI-  
TANTES SI SE DILUYEN.

LIMITACIONES Y PRECAUCIONES.

AUMENTA EL PELIGRO DE EFECTOS ADVERSOS. POR LO REGULAR DE-

BEN INYECTARSE LAS SOLUCIONES LENTAMENTE. INADECUADA PARA SOLUCIONES OLEOSAS O SUBSTANCIAS INSOLUBLES.

B) SUBCUTÁNEA.

FORMA DE ABSORCIÓN.

RÁPIDA DE SOLUCIÓN ACUOSA, LENTA Y COMBINADA POR PREPARADOS-DE DEPÓSITOS DE ABSORCIÓN LENTA.

UTILIDAD ESPECIAL.

ADECUADAS PARA ALGUNAS SUSPENSIONES INSOLUBLES Y PARA IMPLANTACIÓN DE PELLAS MACIZAS (FÁRMACOS EN PASTILLAS BAJO LA PIEL PARA QUE SE ABSORBAN LENTAMENTE EN SEMANAS O MESES).

LIMITACIONES Y PRECAUCIONES.

INADECUADA PARA GRANDES VOLÚMENES. POSIBLE ESFACELÓ POR --- SUBSTANCIAS IRRITANTES.

C) INTRAMUSCULAR.

FORMA DE ABSORCIÓN.

RÁPIDA DE SOLUCIONES ACUOSAS. LENTA Y CONTINUADA, DE PREPARADOS DE DEPÓSITO.

UTILIDAD ESPECIAL.

ADECUADA PARA VOLÚMENES MODERADOS, VEHÍCULOS OLEOSOS Y ALGUNAS SUBSTANCIAS IRRITANTES.

LIMITACIONES Y PRECAUCIONES.

DESCARTADA DURANTE MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES. PUEDE DIFICULTAR LA INTERPRETACIÓN DE ALGUNAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

D) ORAL.

FORMA DE ABSORCIÓN.

VARIABLE, DEPENDE DE MUCHOS FACTORES.

UTILIDAD ESPECIAL.

LA MÁS CÓMODA INNOCUA Y ECONÓMICA.

LIMITACIONES Y PRECAUCIONES.

EXIGE COLABORACIÓN DEL PACIENTE. ABSORCIÓN POSIBLEMENTE VARIABLE E INCOMPLETA DE FÁRMACOS POCO SOLUBLES Y QUE SE ABSORBEN -- LENTAMENTE.

EXCRECIÓN DE FÁRMACOS.

LOS FÁRMACOS SON ELIMINADOS DEL CUERPO, SON ELIMINADOS DEL -- CUERPO SIN MODIFICACIONES O EN FORMA DE METABOLITOS.

LOS RIÑONES (EXCRECIÓN RENAL) SON EL ÓRGANO MÁS IMPORTANTE PARA ELIMINAR FÁRMACOS Y SUS METABOLITOS. LAS SUBSTANCIAS EXCRETADAS POR LAS HECE (EXCRECIÓN FECAL) SON PRINCIPALMENTE FÁRMACOS INGERIDOS NO ABSORBIDOS O METABOLITOS EXCRETADOS POR LA BILIS (EXCRECIÓN BILIAR) Y QUE NO EXPERIMENTARON RESORCIÓN EN EL APARATO INTES TINAL. LA EXCRECIÓN DE MEDICAMENTOS POR LA LECHE ES IMPORTANTE,-

NO A CAUSA DE LA CANTIDAD ELIMINADA, SINO PORQUE LOS FÁRMACOS EXCRETADOS SON FUENTE POTENCIAL DE EFECTOS FARMACOLÓGICOS INCONVENIENTES EN EL NIÑO AMAMANTADO. LA EXCRECIÓN PULMONAR ES IMPORTANTE PRINCIPALMENTE PARA ELIMINAR GASES Y VAPORES ANESTÉSICOS. DE CUANDO EN CUANDO SE EXCRETAN POR ESTA VÍA PEQUEÑAS CANTIDADES DE OTROS FÁRMACOS O METABOLITOS. LA EXCRECIÓN DE FÁRMACOS POR OTRAS VÍAS COMO SON EL SUDOR Y LA SALIVA CARECEN DE IMPORTANCIA CUANTITATIVA.

SELECTIVIDAD.- UN FÁRMACO SUELE DESCRIBIRSE POR SU EFECTO -- MÁS SOBRESALIENTE O POR LA ACCIÓN QUE SE CREA EN LA BASE DEL EFECTO; SIN EMBARGO, TALES DESCRIPCIONES NO DEBEN DE OBSCURECER EL HECHO DE QUE TODOS LOS FÁRMACOS PUEDAN PRODUCIR VARIOS EFECTOS. UN FÁRMACO SE CARACTERIZA ADECUADAMENTE SÓLO POR SU TOTAL ESPECTRO DE EFECTOS. LA RELACIÓN ENTRE LOS EFECTOS DESEABLES-INDESEABLES DE UN FÁRMACO SE DENOMINA ÍNDICE TERAPÉUTICO, MARGEN DE SEGURIDAD O SELECTIVIDAD.

RARAS VECES UN FÁRMACO TIENE LA SELECTIVIDAD SUFICIENTE PARA SER CONSIDERADO ESPECÍFICO. PARA APLICACIONES TERAPÉUTICAS, LA SELECTIVIDAD DE UN FÁRMACO SUELE EXPRESARSE RESUMIENDO LA FORMA Y LA FRECUENCIA DE LOS EFECTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR DOSIS TERAPÉUTICAS DEL MISMO, O INDICADO LA PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE SE VIERON OBLIGADOS A REDUCIR LAS DOSIS O SUSPENDER LA MEDICACIÓN -- POR EFECTOS ADVERSOS.

FACTORES QUE MODIFICAN LOS EFECTOS Y LAS DOSIS DE LOS FÁRMACOS:

ESTOS FACTORES SON MUCHOS. ALGUNOS COMO LA APARICIÓN DE -- ALERGIA, PRODUCEN DIFERENCIAS CUALITATIVAS EN LOS EFECTOS DE UN-- FÁRMACO, E IMPIDEN USARLO CON SEGURIDAD. OTROS PRODUCEN SÓLO VA RIACIONES CUANTITATIVAS EN LOS EFECTOS CORRIENTES DEL FÁRMACO, -- LAS CUALES SE CONTRARRESTAN AJUSTANDO LA DOSIS. ESTAS VARIACIO-- NES DEBEN DE TOMARSE EN CUENTA ANTES DE PRESCRIBIR UN FÁRMACO, Y-- LA DOSIS TERAPÉUTICA DE UN FÁRMACO DEBE CONSIDERARSE COMO LA DO-- SIS PARA EL PACIENTE MEDIO, DE LA CUAL SE DEDUCE LA DOSIS DE CADA ENFERMO.

LOS SIGUIENTES SON LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE MODIFI-- CAN EL EFECTO FARMACOLÓGICO E INFLUYEN EN LAS DOSIS TERAPÉUTICAS-- DE UN MEDICAMENTO:

- 1.- ERRORES DE MEDICACIÓN Y CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PA--- CIENTE.
- 2.- EFECTOS DE PLACEBO.- EL EFECTO NETO DEL TRATAMIENTO FAR-- MACOLÓGICO ES LA SUMA DE LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS DEL-- MEDICAMENTO Y DE LOS EFECTOS INESPECÍFICOS DE PLACEBO -- CONCOMITANTES. AUNQUE SE IDENTIFICAN ESPECÍFICAMENTE - CON LA ADMINISTRACIÓN DE UNA SUBSTANCIA INACTIVA DISFRA-- ZADA COMO MEDICAMENTO, LOS EFECTOS DE PLACEBO ACOMPAÑAN-- A LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER FÁRMACO ACTIVO E INACTI-- VO.
- 3.- PESO CORPORAL Y VOLÚMEN DE DISTRIBUCIÓN.

- 4.- EDAD.
- 5.- SEXO.
- 6.- VIA DE ADMINISTRACIÓN.
- 7.- MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN.
- 8.- INDICE DE ELIMINACIÓN.
- 9.- TOLERANCIA.
- 10.- VARIABLE FISIOLÓGICA.
- 11.- FACTORES PATOLÓGICOS.
- 12.- FACTORES GENÉTICOS.

INTERACCIÓN DE LOS FÁRMACOS.- LOS EFECTOS DE UN FÁRMACO PUEDEN SER MODIFICADOS POR LA ADMINISTRACIÓN PREVIA O SIMULTÁNEA DE OTRO FÁRMACO Y A VECES SE MEJORA EL TRATAMIENTO HACIENDO USO PRUDENTE DE LA MEDICACIÓN COMBINADA. COMO ES FRECUENTE QUE UN ENFERMO RECIBA DE CUATRO A CINCO MEDICAMENTOS DURANTE SU ENFERMEDAD DEBE TAMBIÉN CONSIDERARSE LA COMBINACIÓN NO PLANEADA DE EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS. LA INTERACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PUEDE RESULTAR DE ALTERARSE LA ABSORCIÓN, DISTRIBUCIÓN, BIOTRANSFORMACIÓN O EXCRECIÓN DE UN FÁRMACO POR OTRO O DE LA COMBINACIÓN DE SUS ACCIONES O EFECTOS.

TERMINOLOGÍA.- LOS NOMBRES CON QUE SE DESCRIBEN LOS EFECTOS COMBINADOS DE LOS FÁRMACOS SON A MENUDO AMBIGUOS, PORQUE LOS TÉR-



MINOS ADICIÓN, SUMACIÓN, SINERGISMO Y ANTAGONISMO NO SE EMPLEAN - UNIFORMEMENTE, Y ALGUNOS TIENEN CONNOTACIONES CUANTITATIVAS IMPRECISAS. EL USO AQUÍ DESCRITO ES EL PROPUESTO POR LOEWE (1953). SE DICE QUE DOS MEDICAMENTOS SON "HETERÉRGICOS" PARA UN EFECTO -- DETERMINADO CUANDO EL EFECTO MANIFESTADO POR UNO DE ELLOS FALTA-- EN EL ESPECTRO DEL OTRO. SI LA COMBINACIÓN DE LOS EFECTOS DE -- DOS MEDICAMENTOS HETERÉRGICOS QUE SE ADMINISTRAN JUNTOS ES MAYOR-- QUE EL EFECTO DEL COMPONENTE ACTIVO ADMINISTRADO SÓLO, SE DICE -- QUE HAY ENTRE ELLOS "SINERGISMO O POTENCIACIÓN" Y SI EL EFECTO DE LA ASOCIACIÓN ES MENOR QUE EL DEL COMPONENTE ACTIVO SÓLO, LA INTERACCIÓN RECIBE EL NOMBRE DE "ANTAGONISMO".

EL SINERGISMO Y EL ANTAGONISMO DE FÁRMACOS HETERÉRGICOS, RESULTAN CON FRECUENCIA, DE ALTERACIONES EN LA DISTRIBUCIÓN, BIOTRANSFORMACIÓN O EXCRECIÓN DEL COMPONENTE ACTIVO. ESTAS INTERACCIONES A MENUDO SE BUSCAN EN EL TRATAMIENTO PARA LOGRAR DURACIÓN-- MÁS FAVORABLE DEL EFECTO FARMACOLÓGICO, POR LO REGULAR NO MEJORAN EL ÍNDICE TERAPÉUTICO. DOS FÁRMACOS QUE PRODUCEN CLARAMENTE EL MISMO EFECTO SE LLAMAN HOMÉRGICOS Y EL EFECTO CONJUNTO PUEDE SER IGUAL, MAYOR O MENOR QUE EL RESULTANTE DE LA SIMPLE ADICIÓN. SÓLO LOS FÁRMACOS QUE MUESTRAN ADICIÓN DE DOSIS SE LLAMAN "SUPRAADITIVOS O INFRAADITIVOS", TÉRMINOS QUE IMPLICAN DIFERENTES MECANISMOS DE ACCIÓN. EMPLEAR SIMULTÁNEAMENTE FÁRMACOS QUE ACTÚAN -- POR EL MISMO MECANISMO, RARA VEZ, ES MEJOR QUE USAR LA DOSIS ADECUADA DE UNO DE LOS AGENTES AISLADOS. LAS DESCRIPCIONES DE LOS AGENTES COMBINADOS DE FÁRMACOS DEBIERA ENCAMINARSE MÁS ADECUADAMENTE A INDICAR SI LA COMBINACIÓN BRINDA O NO BRINDA EFICACIA, --

INOCUIDAD O AMBAS COSAS QUE NO PUEDAN PRODUCIRSE CON EL TRATAMIENTO MONOFARMACOLÓGICO.

TOXICIDAD DE LOS FÁRMACOS.- NINGÚN FÁRMACO CARECE DE EFECTOS TÓXICOS. ALGUNOS EFECTOS PERJUDICIALES DE UN FÁRMACO DURANTE EL TRATAMIENTO A VECES SON TRIVIALES, PERO PUEDEN SER GRAVES; INCLUSO MORTALES. LOS HAY QUE APARECEN RÁPIDAMENTE, Y OTROS SÓLO DESPUÉS DE LARGA ADMINISTRACIÓN DE UN FÁRMACO. HAY EFECTOS TÓXICOS QUE OCURREN SÓLO EN ALGUNOS PACIENTES O SÓLO EN COMBINACIÓN CON OTRAS SUBSTANCIAS. ALGUNOS EFECTOS TÓXICOS DE LOS FÁRMACOS, COMO LA HEMORRAGIA DURANTE UN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE SE PRODUCE POR EXCESO DEL EFECTO DESEADO Y SÓLO SE EVITA AJUSTANDO ADECUADAMENTE LA DOSIS. EN OTROS CASOS LOS EFECTOS DESEADOS Y LOS INDESEABLES DE UNA SUBSTANCIA PUEDEN SER MANIFESTACIONES DE LA MISMA ACCIÓN PRIMARIA Y SON CASI INSEPARABLES. MUCHAS VECES EL EFECTO DE UN FÁRMACO QUE CONVIENE A UN PACIENTE, ES UN EFECTO INDESEABLE PARA OTRO CUANDO EL MEDICAMENTO SE EMPLEA PARA OTRO FIN.

LOS SIGUIENTES PÁRRAFOS SON UN BREVE RESÚMEN DE LAS ENFERMEDADES MÁS GRAVES CAUSADAS POR MEDICAMENTOS:

ALERGIA POR MEDICAMENTOS.- (O HIPERSENSIBILIDAD) AUNQUE LA FRECUENCIA DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A LA MAYORÍA DE LOS FÁRMACOS ES BAJA, LA ALERGIA ES UN PROBLEMA IMPORTANTE EN EL USO DE ALGUNOS FÁRMACOS. ES URGENTE ENCONTRAR MÉTODOS SEGUROS Y FIDELIGNOS PARA AVERIGUAR SI EL PACIENTE ES SUSCEPTIBLE ANTES DE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO. LA ELABORACIÓN DE TALES MÉTODOS DE --

PRUEBA SE COMPLICA PORQUE LOS METABOLITOS DE UN MEDICAMENTO, AÚN-  
LOS METABOLITOS MENORES QUE NO SE DETECTAN EN LOS ESTUDIOS DE LA-  
BIOTRANSFORMACIÓN, ASÍ COMO EL FÁRMACO MISMO, Y TAL VEZ LAS ÍNFI-  
MAS CANTIDADES DE IMPUREZAS PUEDEN SERVIR COMO HAPTENOS. TAM-  
BIÉN SE NECESITAN DATOS AÚN MÁS COMPLETOS SOBRE EL PELIGRO DE ---  
REACCIONES DE SENSIBILIDAD CRUZADA ENTRE FÁRMACOS DE LAS MISMAS --  
CLASES QUÍMICAS Y FARMACOLÓGICAS. LA ALERGIA MEDICAMENTOSA TIE-  
NE MUCHAS FORMAS, ENTRE ELLAS EL ESPECTRO TOTAL DE REACCIONES ---  
ALÉRGICAS INMEDIATAS O DEMORADAS PRODUCIDAS POR MACROMOLÉCULAS --  
EXTRAÑAS. LAS REACCIONES VASCULARES VARÍAN DESDE URTICARIA AGU-  
DA Y ANGIOEDEMA HASTA ARTERITIS INTENSA CON DEGENERACIÓN LOCALIZA  
DA DE LA TÚNICA MEDIA. LAS REACCIONES CUTÁNEAS VARÍAN DESDE UNA  
ERUPCIÓN LEVE, HASTA LA GRAVE DERMATITIS EXFOLIATIVA. LA FIEBRE  
POR MEDICAMENTOS ES UN FENÓMENO DE ALERGIA QUE SE ASEMEJA MUCHO A  
LA ENFERMEDAD DEL SUERO; SE MANIFIESTA POR FIEBRE, LEUCOCITOSIS,-  
ARTRALGIA Y REACCIONES CUTÁNEAS. LA RINITIS, EL ASMA Y AÚN EL -  
CHOQUE ANAFILÁCTICO SON REACCIONES DE ALERGIA QUE PUEDEN SER PRO-  
VOCADAS POR MEDICAMENTOS.

DISCRASIAS SANGUÍNEAS.- LAS DISCRASIAS SANGUÍNEAS SON COMPLI  
CACIONES GRAVES A VECES MORTALES, DE LA FARMACOTERAPIA. APARE--  
CEN COMO LEUCOPENIA, GRANULOCITOPENIA, ANEMIA APLÁSICA, ANEMIA HE  
MOLITICA, TROMBOCITOPENIA Y, EN ALGUNOS CASOS, DEFECTOS DE LOS --  
FACTORES DE LA COAGULACIÓN. AUNQUE LA ALERGIA A LOS MEDICAMEN--  
TOS ES CAUSA DE CITOPENIAS, MUCHAS DE LAS DISCRASIAS SANGUÍNEAS -  
SE CREE QUE RESULTAN DE LA ACCIÓN TÓXICA DIRECTA DE LOS FÁRMACOS-

EN LA MÉDULA ÓSEA.

HEPATOTOXICIDAD Y NEFROTOXICIDAD.- COMO LOS FÁRMACOS SE CON--  
CENTRAN EN EL HÍGADO Y EL RIÑÓN, LA LESIÓN DE ÉSTOS ÓRGANOS ES UNA  
FORMA COMÚN DE TOXICIDAD. LA HEPATOTOXICIDAD Y LA NEFROTOXICIDAD  
PUEDEN PRESENTARSE COMO ALERGIA DE LOS MEDICAMENTOS.

ENTRE LOS EFECTOS ADVERSOS EN EL HÍGADO, BIEN CONOCIDOS ESTÁN  
LA TOXICIDAD HEPATOCELULAR DE HIDROCARBUROS HALOGENADOS, EL SÍNDRO  
ME DE HEPATITIS POTENCIALMENTE MORTAL, SEMEJANTE A LA HEPATITIS --  
POR VIRUS PRODUCIDA POR HIDROCARBUROS HALOGENADOS Y OTRAS SUBSTAN--  
CIAS Y LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA SEMEJANTE A LA ICTERICIA OBS---  
TRUCTIVA Y PRODUCIDA POR LAS FENOTIACINAS, VARIOS ESTEROIDES Y ---  
OTROS FÁRMACOS. ÉSTOS TAMBIÉN PUEDEN DIFICULTAR EL METABOLISMO--  
DE LA BILIRRUBINA Y LAS MUCHAS FUNCIONES METABÓLICAS DEL HÍGADO.  
ADEMÁS, GRAN DIVERSIDAD DE MEDICAMENTOS DESENCADENAN COMA HEPÁTICO  
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL HÍGADO ENTRE ELLOS ESTÁN EL ACE--  
TAMINOFENO, TETRACICLINA, METILDOPA, ETC.

LA GLOMERULOPATÍA Y UN SÍNDROME NEFRÓTICO CLÍNICAMENTE SEME--  
JANTE A LA GLOMERULONEFRITIS ESTREPTOCÓCCICA, LA NEFRITIS INTERSTI  
CIAL Y LA NECROSIS TUBULAR SON EFECTOS TÓXICOS IMPORTANTES DE DI--  
VERSOS FÁRMACOS COMO LOS SALICILATOS, CAFEÍNA, AMPICILINA, DICLOXA  
CILINA ENTRE OTROS. LA PRECIPITACIÓN INTRARRENAL DE LAS SULFONA--  
MIDAS MENOS SOLUBLES ES CAUSA MAYOR DE LA NEFROTOXICIDAD DE ÉSTOS--  
AGENTES. LOS EFECTOS PERJUDICIALES DE LOS FÁRMACOS SOBRE LOS RI--  
ÑONES TAMBIÉN PUEDEN SER INDIRECTOS, SECUNDARIAMENTE A LA HEMÓLI--  
SIS O HIPOTENSIÓN.

EFFECTOS TERATÓGENOS.- LA TRAGEDIA DE LA TALIDOMIDA DOLOROSAMENTE NOS ENSEÑÓ QUE LOS FÁRMACOS PUEDEN TENER INFLUENCIA ADVERSA EN EL DESARROLLO DEL FETO, PERO AÚN ES LIMITADA LA INFORMACIÓN -- CLÍNICA FIDEDIGNA ACERCA DEL POSIBLE RIESGO TERATÓGENO DE LA MAYOR PARTE DE LOS FÁRMACOS. POR ESTA RAZÓN DEBE EVITARSE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO INNECESARIO DURANTE EL EMBARAZO COMO LA GESTACIÓN A MENUDO NO SE DIAGNOSTICA EN EL TIEMPO DE MAYOR VULNERABILIDAD DEL FETO, SE ACONSEJA NO ADMINISTRAR A MUJERES EN EDAD PROLÍFICA MEDICAMENTOS CUYA SEGURIDAD NO ESTÉ COMPROBADA POR LARGA EXPERIENCIA.

TOXICIDAD EN EL COMPORTAMIENTO.- ESTE FENÓMENO CONSISTE EN LA SUPRESIÓN DE LA ANSIEDAD NORMAL, DISMINUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN, TRASTORNO DE LA MEMORIA Y DEL APRENDER, DISTORSIÓN DEL JUICIO, -- COMPORTAMIENTO SIN FINALIDAD O INADECUADO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO, LA CONDUCTA Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSICOMÉTRICO. LA INCOORDINACIÓN MOTORA Y EL DETERIORO DE LA APTITUD PARA MANEJAR MAQUINARIA O UN VEHÍCULO DE MOTOR SON TAMBIÉN FORMAS DE TOXICIDAD EN EL COMPORTAMIENTO. ESTA EXPERIENCIA HA ADQUIRIDO SU MÁS AMPLIO USO EN RELACIÓN CON LOS PSICOFÁRMACOS PERO SE APLICA TAMBIÉN A OTROS MEDICAMENTOS.

DEPENDENCIA DE LOS FÁRMACOS Y ADICCIÓN.- TODO FÁRMACO QUE ALTERA EL ESTADO DE ÁNIMO A LA CONDUCTA TIENDE A PROVOCAR AL ABUSO Y A PRODUCIR DEPENDENCIA CUANDO SE TOMA REPETIDAMENTE. ENTRE -- LAS SUBSTANCIAS QUE COMUNMENTE EXPONEN AL ABUSO, ESTÁN LOS OPIÁCEOS, LOS BARBITÚRICOS, OTROS SEDANTES HIPNÓTICOS, EL ETANOL, LAS

ANFETAMINAS, LA COCAÍNA Y OTROS ESTIMULANTES DEL SNC; LSD, OTROS-ALUCINÓGENOS Y MARIGUANA. LOS CARACTERES DE LA DEPENDENCIA VARIAN SEGÚN LA SUBSTANCIA, PERO UN CARÁCTER COMÚN ES LA DEPENDENCIA PSÍQUICA, ANHELO IMPULSIVO QUE REQUIERE LA ADMINISTRACIÓN PERIÓDICA O CRÓNICA DEL FÁRMACO EN BUSCA DEL EFECTO PLACENTERO AL DEL ALIVIO. OTRO RASGO DE ALGUNAS FORMAS DE DEPENDENCIA ES LA DEPENDENCIA FÍSICA, QUE SE CARACTERIZA POR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS FÍSICOS CUANDO SE SUSPENDE LA ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO. ESTOS SÍNTOMAS SE LLAMAN SÍNDROME DE SUPRESIÓN O DE ABSTINENCIA. LA TOLERANCIA SOLO ES CARÁCTER DE ALGUNOS TIPOS DE DEPENDENCIA. LA EXPRESIÓN "DEPENDENCIA DE LOS FÁRMACOS" SE FORMÓ ESPECÍFICAMENTE PARA PODER CONSIDERAR LOS ASPECTOS MÉDICOS Y FARMACOLÓGICOS -- DEL ABUSO DE LOS FÁRMACOS SIN TOMAR EN CUENTA LAS IMPLICACIONES - SOCIO-ECONÓMICAS, MORALES Y LEGALES DE LA ADICCIÓN A UN FÁRMACO. INFORTUNADAMENTE AMBAS SE USAN INDISTINTAMENTE.

EL ABUSO DE LOS FÁRMACOS QUE INFLUYEN NOCIVAMENTE EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y EN LA CONDUCTA ES UN PROBLEMA DE CRECIENTE IMPORTANCIA MÉDICO Y SOCIAL.

ENVENENAMIENTO.- EL ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL ES UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD. EL MÉDICO DEBE ASUMIR UNA ACTITUD ACTIVA EN LA PREVENCIÓN DEL ENVENENAMIENTO, PARTICULARMENTE AL FOMENTAR QUE SE TENGA MÁS CUIDADO CON LOS FÁRMACOS Y LOS AGENTES QUÍMICOS EN EL HOGAR. HAY QUE ADVERTIR A LOS PADRES INCANSABLEMENTE QUE NO DEJEN MEDICAMENTOS AL ALCANCE DE LOS NIÑOS; LA INSTRUCCIÓN CONTRA EL ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL DEBE TAMBIÉN DIRIGIRSE A LOS ---

ADULTOS, DEBIDO A QUE ESTE NO ES RARO ENTRE LOS ADULTOS Y SUELE -  
SER CAUSADO POR INTENTOS DE AUTOMEDICACIÓN O POR CONFUNDIR UN FÁR  
MACO CON OTRO.

EL NÚMERO Y LA VARIEDAD DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUÍMICOS  
QUE PUEDAN ENCONTRARSE EN LOS ENVENENAMIENTOS SON ENORMES. SIN-  
EMBARGO EL MÉDICO O EL ODONTÓLOGO DEBEN FAMILIARIZARSE CON LOS DE  
TALLES DEL TRATAMIENTO PARA LAS SUBSTANCIAS TÓXICAS MÁS COMUNES -  
QUE PUEDAN HALLARSE EN EL HOGAR. DEBE TAMBIÉN ESTAR PREPARADO--  
PARA TRATAR LA INTOXICACIÓN CAUSADA POR SUBSTANCIAS QUE SE USAN--  
FRECUENTEMENTE PARA EL SUICIDIO, COMO LOS BARBITÚRICOS, OTROS DE-  
PRESORES DEL SNC Y MONÓXIDO DE CARBONO, PARA DESCUBRIR Y TRATAR -  
INTOXICACIONES INDUSTRIALES QUE PUEDAN OCURRIR EN SU COMUNIDAD.

DOSIS RECETADA.

- CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE
- ERRORES DE MEDICACIÓN.

DOSIS ADMINISTRADA.

- VELOCIDAD Y MAGNITUD DE LA ABSORCIÓN.
- CORPULENCIA Y COMPOSICIÓN CORPORALES.
- DISTRIBUCIÓN EN LÍQUIDOS CORPORALES.
- CONJUGACIÓN EN PLASMA Y TEJIDOS.
- VELOCIDAD DE ELIMINACIÓN.

CONCENTRACIÓN EN EL  
SITIO DE ACCIÓN.

- VARIABLES FISIOLÓGICOS.
- 
- FACTORES PATOLÓGICOS.
- FACTORES GENÉTICOS.
- INTERACCIÓN CON OTROS FÁRMACOS.
- APARICIÓN DE TOLERANCIA.

INTENSIDAD DEL  
EFECTO.

- INTERACCIÓN FÁRMACO RECEPTOR.
- ESTADO FUNCIONAL.
- EFECTO DE PLACEBO.



## CAPÍTULO IV.

### MEDICAMENTOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN CAVIDAD ORAL.

A PARTIR DEL ADVENIMIENTO DE LAS SULFONAMIDAS, BARBITÚRICOS- Y DIVERSOS ANTIBIÓTICOS, SE OBSERVÓ UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA - DE LAS MANIFESTACIONES EN PIEL Y BOCA DE HIPERSENSIBILIDAD A LAS- DROGAS. LAS LESIONES ERUPTIVAS DE PIEL Y BOCA SE ATRIBUYEN AL - HECHO DE QUE LAS DROGAS ACTÚAN COMO ALÉRGENOS, SOLOS O EN COMBINA- CIÓN, SENSIBILIZANDO LOS TEJIDOS Y PRODUCIENDO ENTONCES LA REAC-- CIÓN ALÉRGICA.

LAS ERUPCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL QUE SON CONSECUENCIA DE - LA SENSIBILIDAD A DROGAS QUE HAN SIDO TOMADAS POR LA BOCA SE DEMO- MINAN "ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA". LA REACCIÓN POR EL USO DE UN MEDICAMENTO DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL, COMO LA MUY FRECUENTE QUE MADURA POR ASPIRINA, ES DENOMINADA "ESTOMATITIS VENENATA" O ESTO- MATITIS POR CONTACTO. TALES ALTERACIONES PUEDEN SER EL PRODUCTO DE LA ACCIÓN IRRITANTE LOCAL DE LA DROGA. EN MUCHOS CASOS PUEDE HABER LESIONES CUTÁNEAS JUNTO CON LAS BUCALES. POR LO GENERAL, - LAS ERUPCIONES POR DROGAS EN LA CAVIDAD BUCAL SON MULTIFORMES. LAS LESIONES BULOSAS Y VESICULARES SON COMUNES, PERO LAS LESIONES PIGMENTADAS Y MACULARES SE OBSERVAN CON FRECUENCIA. LAS LESIO-- NES APARECEN EN CUALQUIER PARTE DE LA CAVIDAD BUCAL Y LA ENCÍA ES

ATACADA CON FRECUENCIA.

HAY CIENTOS DE DROGAS CAPACES DE PRODUCIR ERUPCIONES CUTÁNEAS, CON LESIONES BUCALES O SIN ELLAS. LOS SÍNTOMAS GENERALES PUEDEN--SER INTENSOS O ESTAR AUSENTES. CONSIDERARÉ SOLO UNAS POCAS DROGAS USADAS MÁS COMUNMENTE, DESCRIBIRÉ JUNTO CON ESTAS LOS EFECTOS ADVERSOS CAUSADOS EN CAVIDAD BUCAL POR ELLOS Y SU TRATAMIENTO EN CASO DE QUE ASÍ LO REQUIERAN.

A) ANALGÉSICOS.

ASPIRINA.- LA ASPIRINA O ÁCIDO ACETIL SALÍCILICO, ES EL ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO Y ANTIINFLAMATORIO MÁS AMPLIAMENTE USADO. ES--PROTOTIPO DE LOS SALICILATOS Y DE OTROS FÁRMACOS CON EFECTOS SEME--JANTES, Y ES EL ÉSTANDAR DE REFERENCIA PARA COMPARAR Y VALORAR ÉS--TOS AGENTES. ES EL "ANALGÉSICO HOGAREÑO CORRIENTE"; SIN EMBARGO,-A CAUSA DE QUE EL FÁRMACO ES TAN AMPLIAMENTE DISPONIBLE A MENUDO SE SUBESTIMA SU EFICACIA ANALGÉSICA, DE MANERA ANÁLOGA, FARMACÓLOGO Y-CLÍNICO ELOGIAN LA EFICACIA Y LA INOCUIDAD DE LA ASPIRINA COMO ANALGÉSICO Y ANTIRREUMÁTICO; SIN EMBARGO, DESCUBREN QUE ES NECESARIO ADVERTIR CONSTANTEMENTE DE SU PAPEL COMO LA CAUSA MÁS CORRIENTE DE ENVENENAMIENTO FARMACOLÓGICO EN NIÑOS DE CORTA EDAD Y SU POTENCIALI--DAD DE EFECTO TÓXICO GRAVE SI SE UTILIZA ADECUADAMENTE.

EFFECTOS IRRITANTES LOCALES.- EL ÁCIDO SALÍCILICO ES MUY IRRI--TANTE PARA LA PIEL Y MUCOSAS, Y DESTRUYE CÉLULAS EPITELIALES. ES EN OCASIONES EL CAUSANTE YA SEA ACCIDENTAL O POR LA IMPRUDENCIA DE LOS PACIENTES; DE ÚLCERAS TRAUMÁTICAS EN CAVIDAD ORAL, DEBIDO A --

QUE LOS PACIENTES COLOCAN ASPIRINAS EN ÓRGANOS DENTARIOS DOLOROSOS TRATANDO DE CONTROLAR LOS SÍNTOMAS.

### ÚLCERA TRAUMÁTICA.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.- EL ASPECTO DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA VARÍA MUCHO SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN, LA CLASE E INTENSIDAD DEL TRAUMATISMO Y LA IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN SECUNDARIA EXISTENTE. LA VARIEDAD MÁS FRECUENTE DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA ES LA ÚLCERA ÚNICA NO COMPLICADA. SUELE TENER UN TAMAÑO MODERADO (DESDE VARIOS MILÍMETROS A UN CENTÍMETRO DE DIÁMETRO); DE FORMA OVALADA O ELÍPTICA, Y PLANA O LIGERAMENTE DEPRIMIDA. SU SUPERFICIE CONSISTE EN UN EXUDADO SAROSANGUINOLIENTO O SEROFIBRINOSO GRISÁCEO, O PUEDE ESTAR COMPUESTO DE UNA ESCARA NECRÓTICA GRISÁCEA QUE CUANDO SE SEPARA PONE DE MANIFIESTO UN TEJIDO DE BASE CRUENTA DE COLOR ROJO. A MENUDO LA LESIÓN ESTÁ RODEADA DE UN ESTRECHO BORDE ENROJECIDO. SUBJETIVAMENTE, LA ÚLCERA SE ACOMPAÑA DE SÍNTOMAS COMO DOLOR O SENSIBILIDAD AL CONTACTO Y AUMENTO DEL DOLOR CUANDO SE PONEN EN CONTACTO CON ELLA ALIMENTOS O LÍQUIDOS IRRITANTES. EN ALGÚN CASO PUEDEN EXISTIR ÚLCERAS TRAUMÁTICAS MÚLTIPLES CON DOS O MÁS DE LAS LESIONES AGRUPADAS EN UN LUGAR ESPECÍFICO DE LA BOCA, TENIENDO CADA ÚLCERA INDIVIDUALMENTE EL MISMO ASPECTO.

ALGUNAS VECES LA INFECCIÓN SECUNDARIA MODIFICA EL ASPECTO DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA, LA LESIÓN INFECTADA ES MÁS GRANDE, MÁS IRREGULAR Y MÁS PROMINENTE QUE LA NO INFECTADA Y A MENUDO ESTÁ RECU--

BIERTA DE UNA CAPA MÁS GRUESA DE ESCARA NECRÓTICA, A TRAVÉS DE LA CUAL PUEDE OBSERVARSE UN EXUDADO PURULENTO. LA ÚLCERA TRAUMÁTICA PUEDE PARECERSE A LA ÚLCERA CRATERIFORME OBSERVADA HABITUALMENTE EN LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL. NO SÓLO PUEDE PARECERSE A ELLAS EN EL ASPECTO, SINO TAMBIÉN POR SU CRONICIDAD Y PERSISTENCIA. EL EXAMEN POR BIOPSIA EN ÉSTOS CASOS NO SOLO ESTÁ JUSTIFICADO SINO QUE ES INDISPENSABLE PARA OBTENER UNA DIFERENCIACIÓN DEFINITIVA, LA ÚLCERA CRATERIFORME TRAUMÁTICA ES DEBIDA GENERALMENTE A LOS TRAUMATISMOS REPETIDOS DURANTE UN LARGO PERÍODO DE TIEMPO QUE IMPIDE LA CICATRIZACIÓN Y DAN LUGAR A LA FORMACIÓN DE UNA RESPUESTA GRANULOMATOSA EN LOS TEJIDOS INMEDIAMENTE ADYACENTES A LA ÚLCERA.

HISTORIA CLÍNICA.- EL DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA TRAUMÁTICA SE ESTABLECE GENERALMENTE A BASE DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN. SIN EMBARGO, CUANDO LAS LESIONES SON MÚLTIPLES O CUANDO SU ASPECTO HABITUAL HA SIDO MODIFICADO POR UNA INFECCIÓN SECUNDARIA O TRAUMATISMOS REPETIDOS, LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ANAMNESIS PUEDEN TENER UN VALOR DIAGNÓSTICO CONSIDERABLE, TIENE ESPECIAL-IMPORTANCIA EL INTERROGATORIO DETALLADO DEL ENFERMO EN LO QUE SE REFIERE A LA APLICACIÓN DE AGENTES QUE SUS PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS O TÉRMICAS PUEDEN HABER RESULTADO DAÑINOS. TAMBIÉN PUEDE PROPORCIONAR AUXILIO DIAGNÓSTICO LA HISTORIA CLÍNICA DEL CURSO DE LAS LESIONES. LA MAYORÍA DE LAS ÚLCERAS TRAUMÁTICAS TIENEN UNA CORTA DURACIÓN Y HAN EXISTIDO SOLO DURANTE 2 A 5 DÍAS. SIN EMBARGO, NO SON RARAS LAS EXCEPCIONES COMO EN EL CASO DE LAS ÚLCERAS QUE HAN SIDO REPETIDAMENTE TRAUMATIZADAS Y QUE PUEDEN HABER -

PERSISTIDO DURANTE SEMANAS O MESES, O LAS QUE ESTÁN LOCALIZADAS EN LOS TEJIDOS BLANDOS QUE RECUBREN EL PALADAR ÓSEO, DONDE DEBIDO A LA DELGADEZ DE LOS TEJIDOS, A LA ESCASEZ DE VASULARIZACIÓN Y A LA MAYOR PROBABILIDAD DE REPETIDAS LESIONES EN ÉSTA LOCALIZACIÓN SE IMPIDE LA CICATRIZACIÓN.

TRATAMIENTO.- EN GENERAL, LAS ÚLCERAS TRAUMÁTICAS SIMPLES Y NO COMPLICADAS CICATRIZAN SIN INCIDENTES EN ALGUNOS DÍAS (5 a 10-- DESPUÉS DE SU COMIENZO) INCLUSO SIN TRATAMIENTO. SIN EMBARGO, -- CUANDO LA INFECCIÓN SECUNDARIA O LOS TRAUMATISMOS REPETIDOS DESEMPEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE, PUEDEN NECESITARSE PERÍODOS MÁS LARGOS-- PARA LA CICATRIZACIÓN. LA IDENTIFICACIÓN Y LA SUPRESIÓN DEL AGENTE ETIOLÓGICO TIENEN LA MÁXIMA IMPORTANCIA PARA EL TRATAMIENTO. EN ALGUNOS CASOS EL DOLOR QUE ACOMPAÑA A LA LESIÓN ES SUFICIENTE-- MENTE INTENSO PARA JUSTIFICAR EL ESTABLECIMIENTO DE UN TRATAMIENTO PALIATIVO, COMO EL QUE SE REALIZA CON LA APLICACIÓN LOCAL DE PRO-- TECTORES. CUANDO SE SOSPECHA LA EXISTENCIA DE UNA INFECCIÓN SE-- CUNDARIA PUEDEN RESULTAR ÚTILES LOS COLUTORIOS ANTISÉPTICOS CON SO LUCIONES DILUÍDAS DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO, (EPACOL) O SUBSTANCIAS DE ACCIÓN SEMEJANTE. CUANDO LA INFECCIÓN ES GRAVE PUEDE SER NECE SARIA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS GENERALES.

B) ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES.

FENOL.- (ÁCIDO CARBÓLICO).-

ACCIONES FARMACOLÓGICAS.- EL FENOL ES BACTERIOSTÁTICO EN CON-- CENTRACIONES DE APROXIMADAMENTE 0.2 POR 100, BACTERICIDA SOBRE 1 -

POR 100 Y FUNGICIDA EN CONCENTRACIÓN QUE EXCEDA DE 1.3 POR 100. LA EFICACIA DISMINUYE MUCHO A TEMPERATURAS BAJAS Y EN MEDIO ALCALINO. EL FÁRMACO ES MUCHO MÁS EFICAZ EN SOLUCIÓN ACUOSA QUE EN GLICERINA O LÍPIDOS. ES RELATIVAMENTE INACTIVO CUANDO SE INCORPORA EN JABONES. LA ACCIÓN GERMICIDA DEL FENOL PROBABLEMENTE ES TRIBE EN DESNATURALIZAR PROTEÍNAS. EL COMPLEJO PROTEÍNA-FENOL ES INESTABLE. EN CONSECUENCIA, EL FENOL ES DIFUSIBLE Y SE INTRODUCE EN LOS TEJIDOS. EL COMPUESTO TIENE ACCIÓN TÓXICA NOTABLE, Y POR SU PENETRABILIDAD AFECTA INCLUSO LA PIEL ÍNTEGRA. CUANDO EL FÁRMACO SE APLICA DIRECTAMENTE A LA PIEL, SE FORMA UNA PELÍCULA BLANCA DE PROTEÍNA PRECIPITADA, QUE PRONTO SE TORNA ROJA Y POR ÚLTIMO SE ESFACELA DEJANDO LA SUPERFICIE CUTÁNEA TEÑIDA DE COLOR PARDO PÁLIDO. SI EL FENOL PENETRA LA PIEL, PENETRA PROFUNDAMENTE Y PUEDE CAUSAR NECROSIS EXTENSAS. EN ODONTOLOGÍA SE UTILIZA UN DERIVADO DEL FENOL (PARAMONOCLOROFENOL) EN LOS TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA.

APLICADO LOCALMENTE, EL FENOL PRODUCE ACCIÓN DESPOLARIZANTE-ANESTÉSICA LOCAL. LA SOLUCIÓN DE 5 POR 100, APLICADA SOBRE LA SUPERFICIE EPITELIAL INTACTA PRODUCE SENSACIÓN DE CALOR Y HORMIGUEO Y DESPUÉS ANESTESIA LOCAL. EL FENOL ES EN ÉSTA CONCENTRACIÓN MUY IRRITANTE Y PUEDE CAUSAR NECROSIS EN LOS TEJIDOS EXPUESTOS.

ACCIONES GENERALES.- EL FENOL EJERCE NOTABLE ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. EN EL HOMBRE, CASI NO SE OBSERVA LA EXCITACIÓN CENTRAL INICIAL Y EL EFECTO IMPORTANTE ES LA DEPRESIÓN

VASOMOTORA CENTRAL, PERO PRINCIPALMENTE POR LA ACCIÓN TÓXICA DIRECTA DEL FENOL SOBRE EL MIOCARDIO Y LOS PEQUEÑOS VASOS SANGUÍNEOS. EL FENOL ES UN PODEROSO ANTIPIRÉTICO, Y EL MECANISMO DE ÉSTA HIPOTERMIA ES PARECIDA A LA DE LOS SALICILATOS.

INTOXICACIÓN POR FENOL.- TOMADO POR VÍA BUCAL, EL FENOL PROVOCA EXTENSA CORROSIÓN LOCAL, QUE PRODUCE VÓMITO Y FUERTE DOLOR. EN ALGUNOS CASOS APARECE RÁPIDAMENTE EL ESTADO DE CHOQUE SEGUIDO POR LA MUERTE. EL FENOL ABSORBIDO PUEDE PRODUCIR ABSORCIÓN PASAJERA, PERO POR LO GENERAL EL ENFERMO CAE EN ESTADO DE INCONSCIENCIA. LA PRESIÓN SANGUÍNEA DESCENDE, HAY SUDOR FRÍO ABUNDANTE Y BAJA NOTABLEMENTE LA TEMPERATURA. LA ORINA ES ESCASA Y CONTIENE ALBÚMINA, CILINDROS Y HEMOGLOBINA LIBRE; LA MUERTE OCURRE POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

TRATAMIENTO.- HAY QUE EXTRAER EL TÓXICO DEL ESTÓMAGO ANTES QUE SEA ABSORBIDO EN GRAN CANTIDAD. SE INTRODUCE INMEDIATAMENTE LA SONTA GÁSTRICA, UTILIZANDO PARA EL LAVADO LÍQUIDO QUE DISUELVA EL FENOL SIN ACELERAR SU ABSORCIÓN. EL ACEITE DE OLIVA ESTÁ INDICADO EN ESTE CASO. NO DEBEN EMPLEARSE SOLUCIONES ALCÓHOLICAS NI VASELINA LÍQUIDA; EL ALCOHOL FAVORECE LA ABSORCIÓN GÁSTRICA DEL FENOL Y EL ACEITE MINERAL ES POCO DISOLVENTE DEL TÓXICO. DESPUÉS DEL LAVADO COPIOSO SE DEJA EN EL ESTÓMAGO ACEITE LIMPIO A FIN DE RETARDAR LA ABSORCIÓN ULTERIOR Y PARA QUE ACTÚE COMO DILUYENTE Y DEMULCENTE. EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS GENERALES ES PURAMENTE SINTOMÁTICO. SE CALCULA QUE LA DOSIS TÓXICA DE FENOL ES PARA ADULTOS DE 8 a 15g. EN LOS CASOS FUNESTOS, LA MUERTE SOBREVIENE-

POR LO GENERAL, ANTES DE LAS 24 HORAS; AUNQUE HAYA TRANSCURRIDO--ESTE TIEMPO EL PRONÓSTICO QUEDA RESERVADO.

SI EL FENOL FUÉ APLICADO LOCALMENTE A LA PIEL O MUCOSAS PUEDE QUITARSE CON FACILIDAD CON ALCOHOL DE 50 POR 100, GLICERINA,--ACEITES VEGETALES, SOLUCIÓN DE BICARBONATO SÓDICO Y AÚN AGUA.

YODO.- LA TINTURA DE YODO FUÉ EMPLEADA COMO ANTISÉPTICO PRIMERO POR UN CIRUJANO FRANCÉS EN 1839. A PESAR DEL GRAN NÚMERO - DE ANTISÉPTICOS, EL YODO SIGUE EMPLEÁNDOSE EN VIRTUD DE SU EFICACIA, ECONOMÍA Y BAJA TOXICIDAD PARA LOS TEJIDOS.

ACCIÓN GERMICIDA.- EL YODO ES ELEMENTO MORTAL PARA LA FLORA-MICROSCÓPICA Y LOS VIRUS. ES POTENTE Y DE ACCIÓN RÁPIDA. EN - AUSENCIA DE MATERIA ORGÁNICA LA MAYORÍA DE LAS BACTERIAS MUEREN - EN UN MINUTO EN UNA SOLUCIÓN DE YODO AL 1:20,000, SE NECESITAN -- APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS PARA MATAR ESPORAS BACTERIANAS CON LA-MISMA SOLUCIÓN, PERO ALGUNAS ESPORAS EXIGEN HORAS, INCLUSO CON -- CONCENTRACIONES MUCHO MAYORES. LA SOLUCIÓN DE 1:200,000 NO RE-- QUIERE MÁS DE 15 MINUTOS PARA DESTRUIR TODAS LAS FORMAS VEGETATI-VAS DE LAS BACTERIAS.

TOXICIDAD.- LA TOXICIDAD LOCAL DEL YODO ES MUY BAJA, COMPARA DA CON LA POTENCIA GERMICIDA. LA MAYOR PARTE DE QUEMADURAS POR-YODO QUE DIERON A ÉSTE ELEMENTO MALA REPUTACIÓN FUERON CAUSADAS--POR TINTURA AL 7 POR 100 QUE YA NO ES OFICIAL.

LA TINTURA DE YODO CAUSA ESCOZOR INTENSO APLICADO A SUPERFI-



CIES CRUENTAS, PERO LA SOLUCIÓN DE YODO PRODUCE POCO ESCOZOR.

EN LA INTOXICACIÓN POR YODO PREDOMINAN LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE DE OBSERVAR MANCHAS DE COLOR PARDO EN LA MUCOSA BUCAL. POR LO GENERAL HAY VÓMITOS REFLEJO; SI EL ESTÓMAGO CONTIENE ALMIDÓN, EL MATERIAL VOMITADO ES DE COLOR AZUL. LAS ACCIONES LOCALES DEL YODO PROVOCAN GASTROENTERITIS, DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA QUE PUEDE SER SANGUINOLENTA. UNA GRAN CANTIDAD DE LÍQUIDO SE PIERDE POR EL VÓMITO Y POR LA DIARREA, LA ANHIDREMIA Y EL TRAUMATISMO TISULAR PUEDEN ORIGINAR EL ESTADO DE CHOQUE. EN LOS CASOS FUNESTOS, LA MUERTE SUELE OCURRIR EN EL TÉRMINO DE 1 A 48 HORAS; LA CAUSA PUEDE SER EL COLAPSO CIRCULATORIO DEBIDO AL CHOQUE, LA GASTRITIS CORROSIVA AGUDA, LA ASFIXIA POR EDEMA DE LA GLOTIS Y LA NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN. EN ALGUNOS CASOS RAROS LA MUERTE SE PRODUJO POR ESTENOSIS DEL ESÓFAGO.

TRATAMIENTO.- ESTÁ INDICADO EL LAVADO GÁSTRICO CON SOLUCIÓN DE ALMIDÓN QUE SUBSTRAE RÁPIDAMENTE TODO EL YODO PRESENTE EN EL ESTÓMAGO. OTROS ANTÍDOTOS SON EL TIOSULFATO DE SODIO (SOLUCIÓN AL 5 POR 100) Y LAS PROTEÍNAS. EL LAVADO GÁSTRICO DEBE CONTINUARSE HASTA EXTRAER TODO EL YODO. EL TRATAMIENTO ULTERIOR CONSISTE EN LA REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS PERDIDOS POR EL INTESTINO.

EN CASO NECESARIO SE INSTITUYE EL TRATAMIENTO DEL ESTADO DE CHOQUE.

CLOROFOROS.- EL CLORO COMO TAL TIENE USOS ANTISÉPTICOS LIMITADOS POR DIFICULTADES DE MANEJO DEL ELEMENTO GASEOSO Y PORQUE EL AGUA DEL CLORO ES MUY INESTABLE, PERO EXISTEN NUMEROSOS COMPUESTOS QUE DESPRENDEN LENTAMENTE ÁCIDO HIPOCLOROSO Y PUEDEN EMPLEARSE PARA LA DESINFECCIÓN DE OBJETOS Y PARA CIRUGÍA. ÉSTOS COMPUESTOS PUDIERAN LLAMARSE CLOROFOROS, AUNQUE EL PRODUCTO ÚLTIMO ES ÁCIDO HIPOCLOROSO. LA EFICACIA GERMICIDA DE ÉSTOS COMPUESTOS ESTÁ EN RELACIÓN CON EL GRADO EN QUE LIBERAN HOCL.

SOLUCIONES DE HIPOCLORITO.- HAY NUMEROSAS SOLUCIONES QUE CONTIENEN CLORO EN FORMA DE HIPOCLORITO, SE CONOCEN CON DIVERSOS NOMBRES, EL PREPARADO OFICIAL DE ESTE TIPO ES LA SOLUCIÓN DE HIPOCLORITO DE SÓDICO NF, QUE CONTIENE 5% DE NaOCL. ESTA CONCENTRACIÓN ES DEMASIADO ALTA PARA EMPLEARSE SOBRE TEJIDOS, PERO ES AGENTE VALIOSO EN EL TRATAMIENTO DE LOS CONDUCTOS RADICULARES, SE UTILIZA EN CIRUGÍA LA SOLUCIÓN DILUÍDA DE HIPOCLORITO DE SODIO NF, QUE CONTIENE 0.45% A 0.5% DE NaOCL. PUEDE DILUIRSE AL 1:3. LAS SOLUCIONES DE HIPOCLORITO DE SODIO SON POCO ESTABLES Y DEBEN DE ESTAR RECIÉN PREPARADAS. ÉSTAS SOLUCIONES NO SOLO SON GERMICIDAS, SINO QUE TAMBIÉN DISUELVEN TEJIDOS NECRÓTICOS. LOS HIPOCLORITOS TIENEN LA DESVENTAJA DE DISOLVER TAMBIÉN LOS COÁGULOS SANGUÍNEOS Y DE RETARDAR LA COAGULACIÓN. ADEMÁS LOS ANTISÉPTICOS CLORADOS SON ALGO IRRITANTES PARA LA PIEL ENTRE OTROS.

NOTA.- TANTO EL FENOL, YODO Y CLORO HAN SIDO MENCIONADOS PORQUE SON POSIBLES CAUSANTES DE ÚLCERAS TRAUMÁTICAS EN CAVIDAD ORAL, LAS CUALES FUERON DESCRITAS AL HABLAR SOBRE LAS ASPIRINAS.

PERÓXIDOS DE HIDRÓGENO.- ES UN COMPONENTE MUY INESTABLE QUE SE DESCOMPONE FÁCILMENTE EN OXÍGENO MOLECULAR Y AGUA, EL PREPARADO OFICIAL ES LA SOLUCIÓN DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO U.S.P. QUE CONTIENE 3% DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO, TIENE POCO PODER DE PENETRACIÓN Y ES UN GERMICIDA RELATIVAMENTE DÉBIL. CONSIDERANDO ÉSTOS DEFECTOS, LA POSICIÓN OFICIAL DEL PERÓXIDO DE HIDRÓGENO ES DIFÍCIL DE DEFENDER.

EL USO MÁS GENERALIZADO DEL "AGUA OXÍGENADA" ES LA LIMPIEZA DE LAS HERIDAS. LA EFERVESCENCIA PROVOCADA POR EL OXÍGENO NA---CIENTE, AYUDA MECÁNICAMENTE A LA REMOCIÓN DE LOS DETRITOS TISULARES EN REGIONES INACCESIBLES.

EL USO CONSTANTE DE LA SOLUCIÓN DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO PARA LAVADOS DE BOCA, AÚN EN SOLUCIÓN DILUÍDA A LA MITAD, PUEDE PROVOCAR HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES (LENGUA PILOSA). ES PELIGROSO INYECTAR AGUA OXÍGENADA EN CAVIDADES CERRADAS, SIN SALIDA PARA EL OXÍGENO LIBERADO, YA QUE PUEDE LLEGAR A CAUSAR UN ENFISEMA.

LENGUA PILOSA.- TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO UNA REACCIÓN TÓXICA Y ÉSTA DENOMINACIÓN SE EMPLEA PARA DESCRIBIR LA HIPERTROFIA Y ELONGACIÓN DE LAS PAPILAS FILIFORMES DEL DORSO DE LA LENGUA. SUELE LIMITARSE A LA REGIÓN QUE ESTÁ INMEDIATAMENTE POR DELANTE DE LAS PAPILAS CALICIFORMES Y RARA VEZ AFECTA A LA PUNTA O BORDES DE LA LENGUA. CUANDO LAS PAPILAS FILIFORMES SE HIPERTROFIAN Y--ALARGAN, APRISIONAN ELEMENTOS EXTRAÑOS, ENTRE LOS CUALES SE EN---

CUENTRAN CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, RESTOS DE ALIMENTOS, MICROORGANISMOS Y HEMATÍES. DE ELLOS RESULTA UNA FORMACIÓN COMO DE CABELLO DESGREÑADO CUYOS "PELOS" AISLADOS PUEDEN DISTINGUIRSE DISOCIÁNDOLOS CON UN ESTILETE BUCAL. EL COLOR DE LA LENGUA PILOSA ES VARIABLE; PUEDE SER GRIS, DE COLOR CANELA, PARDO, AMARILLO O HASTA NEGRO, DEPENDIENDO DE LOS PIGMENTOS O COLORANTES CONTENIDOS EN LOS ALIMENTOS, BEBIDAS, TABACO, ETC., CONSUMIDOS POR EL ENFERMO.

APARTE DE SU ASPECTO DESAGRADABLE, LA LESIÓN ESTÁ COMPLETAMENTE DESPROVISTA DE SÍNTOMAS. EN OTROS, EL ALARGAMIENTO EXTRAORDINARIO DE LAS PAPILAS FILIFORMES ES MOTIVO DE "COSQUILLEO O --NÁUSEAS". EN ALGUNOS CASOS, LAS PARTÍCULAS APRISIONADAS OCASIONAN QUEJAS ACERCA DEL MAL OLOR EN LA BOCA. LA PERSISTENCIA Y LA CRONICIDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDEN OCASIONAR UNA PERTURBACIÓN EMOCIONAL, EN LA CUAL LAS MOLESTIAS INICIALES PUEDEN SER EL ARDOR O ADOLORIMIENTO DE LA LENGUA.

MÉTODOS DE LABORATORIO.- RARA VEZ SON NECESARIAS LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LABORATORIO, YA QUE LAS LESIONES BUCALES POR TOXICIDAD SON FACILMENTE IDENTIFICABLES. SIN EMBARGO, CUANDO EL ASPECTO CLÍNICO O LA HISTORIA CLÍNICA HACEN PENSAR EN UNA RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES, ESTÁ INDICADO REMITIR AL ENFERMO CON UN INTERNISTA. EXISTEN VARIAS PRUEBAS DE LABORATORIO QUE PUEDEN RESULTAR DEMOSTRATIVAS Y ORIENTADORAS:

A) EXTENSIONES Y CULTIVOS.- SE PRACTICAN EXTENSIONES Y CULTI

VOS BUSCANDO MICROORGANISMOS INFECCIOSOS, ENTRE ELLOS LA CANDIDA--  
ALBICANS.

B) BIOPSIA.- SE PRÁCTICA UN EXAMEN POR BIOPSIA PARA DISTIN---  
GUIR EL ERITEMA POLIMORFO DE LAS LESIONES MUY PARECIDAS AL PÉNFIGO.

TRATAMIENTO.- EN EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TÓXICAS TIENE  
PRIMORDIAL IMPORTANCIA LA ELIMINACIÓN DEL AGENTE CAUSAL. EXISTEN  
NUMEROSAS MEDICACIONES ÚTILES PARA ALIVIAAR Y DOMINAR EL DOLOR Y ---  
LAS MOLESTIAS QUE ACOMPAÑAN A ÉSTAS LESIONES. EL TRATAMIENTO LO-  
CAL PUEDE COMPRENDER LA APLICACIÓN DE AGENTES PROTECTORES, COMO --  
ORABASE Y TINTURA DE BENJUI COMPUESTA, COLUTORIOS Y LAVADOS SUAVES  
O LIGEROS, PREPARADOS CON CORTICOSTEROIDES Y ANESTÉSICOS LOCALES,-  
GENERALES O AMBOS.

CUANDO ESTÁ INDICADO, DEBEN ADMINISTRARSE LOS ANTÍDOTOS ESPE-  
CÍFICOS, COMO EL CLORURO SÓDICO PARA LAS LESIONES POR EL NITRATO,-  
Y LOS ÁCIDOS ORGÁNICOS (ÁCIDO ACÉTICO) PARA LAS LESIONES POR HI---  
DRÓXIDO SÓDICO (LEJÍA). EN LOS CONSULTORIOS DE ODONTOLOGÍA DEBE-  
DE HABER UNA TABLA DE ANTÍDOTOS.

ÁCIDO BÓRICO Y DERIVADOS DEL BORO.- EL ÁCIDO BÓRICO ES UN COM-  
PUESTO BLANCO QUE ES SOLUBLE HASTA 5% EN AGUA A 20°C. EL BORATO-  
DE SODIO O BÓRAX ES UN COMPUESTO BLANCO SOLUBLE HASTA EL 14% EN --  
AGUA A 55°C. EL PERBORATO DE SODIO ES TAMBIÉN UN COMPUESTO BLAN-  
CO, EL CUAL ES LIGERAMENTE SOLUBLE EN AGUA FRÍA Y SE DESCOMPONE EN  
AGUA CALIENTE. EL ÓXIDO BÓRICO SE USA EN LA INDUSTRIA. PENTABO  
RANO, DECABORANO Y DIBORANO SE UTILIZAN COMO PROPULSORES EN LOS EN

VASES CON SISTEMAS DE AEROSOL.

EL ÁCIDO BÓRICO ES USADO COMO ANTISÉPTICO, COMO PRESERVATIVO DE ALIMENTOS Y PARA HACER QUE EL POLVO DE TALCO FLUYA LIBREMENTE. EL BORATO DE SODIO ES USADO COMO ANTISÉPTICO Y COMO AGENTE LIMPIADOR. EL PERBORATO DE SODIO SE USA EN PREPARACIONES PARA LAVADO-BUCAL Y EN LOS DENTRÍFICOS.

EL ÁCIDO BÓRICO Y LOS BORATOS SON TÓXICOS PARA TODAS LAS CÉLULAS. EL EFECTO SOBRE UN ÓRGANO DETERMINADO DEPENDE DE LA CONCENTRACIÓN ALCANZADA EN DICHO ÓRGANO. DEBIDO A QUE LAS MAYORES-CONCENTRACIONES SON ALCANZADAS DURANTE LA EXCRECIÓN, LOS RIÑONES-SON LESIONADOS MÁS GRAVEMENTE QUE OTROS ÓRGANOS. LA EXCRECIÓN--RENAL DE LAS DOSIS TÓXICAS DE ÉSTOS COMPUESTOS REQUIERE UNA SEMANA. LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS SON GASTROENTERITIS, DEGENERACIÓN DE GRASA DEL HÍGADO Y LOS RIÑONES, EDEMA CEREBRAL Y CONGESTIÓN DE TODOS LOS ÓRGANOS.

DATOS CLÍNICOS.- LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES DEL ENVENENAMIENTO CON ÉSTOS COMPUESTOS SON ESCORIAMIONES CUTÁNEAS, FIEBRE-Y ANURIA.

A) ENVENENAMIENTO AGUDO.- (POR INGESTIÓN, ABSORCIÓN CUTÁNEA-O ABSORCIÓN A TRAVÉS DE LAS MUCOSAS). DESARROLLO PROGRESIVO DE-LO SIGUIENTE:

- 1.- VÓMITO Y DIARREA CON MOCO Y SANGRE.
- 2.- ERITRODERMIA SEGUIDA POR DESCAMACIÓN, ESCORIAMIONES, VE-

SICULACIÓN, AMPOLLAS Y ESFACELACIÓN DE LA EPIDERMIS.

- 3.- LETARGIA.
- 4.- ESPASMOS DE LOS MÚSCULOS FACIALES Y DE LAS EXTREMIDADES, -  
SEGUIDOS DE CONVULSIONES.
- 5.- HIPERPIREXIA, ICTERICIA Y DAÑO HEPÁTICO CON OLIGURIA O --  
ANURIA.
- 6.- CIANOSIS, CAÍDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL, COLAPSO, COMA Y -  
MUERTE.

EL POLVO DE ÁCIDO BÓRICO ES IRRITANTE PARA LAS MUCOSAS. EL-  
DECABORANO Y EL PENTABORANO CAUSAN EXCITABILIDAD Y NARCOSIS, LAS -  
CUALES PUEDEN PROLONGARSE MÁS DE 48 HORAS. EL DIBORANO ORIGINA -  
IRRITACIÓN PULMONAR.

B) ENVENENAMIENTO CRÓNICO.- (POR INGESTIÓN, ADSORCIÓN CUTÁNEA  
ABSORCIÓN A TRAVÉS DE LAS CAVIDADES CORPORALES O DE LAS MUCOSAS).

- 1.- LA ABSORCIÓN PROLONGADA CAUSA ANOREXIA CON PÉRDIDA DE PE-  
SO, DIARREA LIGERA, VÓMITO, ERUPCIONES CUTÁNEAS, ALOPECIA  
CONVULSIONES Y ANEMIA.
- 2.- EL USO LOCAL DE PERBORATO DE SODIO EN ALTAS CONCENTRACIO-  
NES, PUEDE CAUSAR EN LA BOCA QUEMADURAS QUÍSTICAS, BAJA -  
RESISTENCIA AL TRAUMATISMO Y RETRACCIÓN DE ENCÍAS.

TRATAMIENTO.-

A) ENVENENAMIENTO AGUDO:

- 1.- MEDIDAS DE URGENCIA.- ESTABLEZCA UNA VÍA ÁEREA Y MANTENGA LA RESPIRACIÓN, ELIMINE EL ÁCIDO BÓRICO DE LA PIEL O-- MUCOSAS, MEDIANTE EL LAVADO DE LAS MISMAS, ELIMINE EL VENENO MEDIANTE EL VÓMITO CON IPECACUANA SEGUIDO DE LA ADMINISTRACIÓN DE CARBÓN ACTIVADO. EL LAVADO GÁSTRICO PUEDE SER DE UTILIDAD.
  
- 2.- MEDIDAS GENERALES.- MANTENER UN GASTO URINARIO ADECUADO - MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS POR VÍA ORAL; SI - EL PACIENTE SE ENCUENTRA VOMITANDO, ADMINISTRAR SOLUCIÓN- GLUCOSADA AL 5%, 10 A 40 ml/kg. IV DIARIAMENTE, ADEMÁS -- REEMPLAZAR LOS ELECTROLITOS SI ES NECESARIO. CONTROLAR- CONVULSIONES MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN CAUTELOSA DE DIAZEPAM, 1mg/kg. IV. ELIMINAR DEL TORRENTE CIRCULATORIO - EL ÁCIDO BÓRICO O BORATOS MEDIANTE DIÁLISIS PERITONEAL O CON HEMODIÁLISIS SI ÉSTA SE ENCUENTRA DISPONIBLE, O LA EX SANGUINEOTRANSFUSIÓN. LA DIURESIS ES PELIGROSA SI LA -- FUNCIÓN RENAL ESTÁ REDUCIDA.
  
- 3.- PROBLEMAS ESPECIALES.- TRATAR LA ANURIA. TRATE LA INFEC CIÓN CUTÁNEA CON QUIMIOTERAPIA ESPECÍFICA PARA EL MICROOR GANISMO CAUSANTE.

B) ENVENAMAMIENTO CRÓNICO.

ELIMINAR LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN ÁCIDO BÓRICO O BORATOS.

PRONÓSTICO.- MÁS DEL 50% DE NIÑOS QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DE-



ENVENENAMIENTO POR ÁCIDO BÓRICO FALLECEN.

NITRATO DE PLATA, PROTEINATOS DE PLATA Y PICRATO DE PLATA.- EL NITRATO DE PLATA ES UNA SAL SOLUBLE EN AGUA; SE PRECIPITA CON LOS CLORUROS PARA FORMAR CLORURO DE PLATA INSOLUBLE Y ATÓXICO. ES USADO COMO ANTISÉPTICO Y ASTRINGENTE LOCAL. LOS PROTEINATOS-COLOIDALES DE PLATA SE UTILIZAN COMO ANTISÉPTICOS SOBRE LA PIEL - Y MUCOSAS. EL PICRATO DE PLATA ES USADO EN FORMA DE POLVO AL 1% EN CAOLÍN Y EN SUPOSITARIOS COMO ANTISÉPTICOS PARA LAS MUCOSAS. EL NITRATO DE PLATA CAUSA UN EFECTO CORROSIVO LOCAL PERO NO ES -- PROBABLE QUE PRODUZCA EFECTOS GENERALES. LOS HALLAZGOS PATOLÓGI-COS SON: LESIÓN CORROSIVA DEL SISTEMA DIGESTIVO Y PUEDEN EXISTIR-CAMBIOS DEGENERATIVOS EN LOS RIÑONES Y EN EL HÍGADO. EL USO RE-PETIDO DE LA PLATA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, CON EL TIEMPO CAU-SA ARGIRIA. EL USO EXCESIVO DE PICRATO DE PLATA PUEDE CAUSAR LE-SIÓN RENAL.

DATOS CLÍNICOS.- LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES DEL ENVENE-NAMIENTO CON ÉSTOS AGENTES SON: COLORACIÓN NEGRA DE LAS MUCOSAS,- VÓMITO Y COLAPSO.

ENVENENAMIENTO AGUDO.- (POR INGESTIÓN DE NITRATO DE PLATA).- DOLOR Y QUEMADURAS EN LA BOCA, PIGMENTACIÓN NEGRA DE LA PIEL Y MU-COSAS, FARINGE Y ABDOMEN; SALIVACIÓN, VÓMITO DE MATERIAL NEGRO, -DIARREA, ANURIA, COLAPSO, CHOQUE Y MUERTE EN ESTADO CONVULSIVO O-ESTADO DE COMA. EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS CON NITRATO DE PLATA ES PROVOCADO METAHEMOGLOBINEMIA POR LA ABSORCIÓN DEL ION -- PLATA.

ENVENENAMIENTO CRÓNICO.- (POR APLICACIÓN DE COMPUESTOS DE PLATA SOBRE LA PIEL Y LAS MUCOSAS). LA APLICACIÓN REPETIDA O LA INGESTIÓN DE NITRATO DE PLATA O DE PROTEÍNAS DE PLATA CAUSA ARGIRIA, UNA PIGMENTACIÓN NEGRA AZULOSA PERMANENTE EN LA PIEL, CONJUNTIVITIS Y OTRAS MUCOSAS. LA DECOLORACIÓN APARECE INICIALMENTE EN LAS ÁREAS MÁS EXPUESTAS A LA LUZ, USUALMENTE LAS CONJUNTIVAS. SI LA PLATA NO SE DESCONTINÚA INMEDIATAMENTE, LA PIGMENTACIÓN SE EXTIENDE POR TODO EL CUERPO.

TRATAMIENTO.- EN EL ENVENENAMIENTO AGUDO EL MÉDICO DEBE TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE URGENCIA: DILUIR EL NITRATO DE PLATA INGERIDO MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE AGUA CON 10g DE CLORURO DE SODIO POR LITRO, REPETIDAMENTE PARA PRECIPITAR EL ION PLATA COMO CLORURO DE PLATA. PROSIGA CON LA CATARSIS, TRÁTESE EL CHOQUE Y LA METANEMOGLOBINEMIA. TOMAR MEDIDAS GENERALES.

EN EL ENVENENAMIENTO CRÓNICO, NO SE CONOCE NINGÚN MÉTODO PARA ELIMINAR LA PIGMENTACIÓN PRODUCIDA POR LA ARGIRIA.

PERMANGANATO DE POTASIO.- EL PERMANGANATO DE POTASIO ES UN COMPUESTO CRISTALINO, DE COLOR VIOLETA, SOLUBLE EN AGUA, QUE SE USA COMO AGENTE DESINFECTANTE Y OXIDANTE. TIENE UNA FAMA INMERE-CIDA COMO ABORTIVO CUANDO SE APLICA EN LA VAGINA. SE ESTIMA QUE-LA DOSIS LETAL DE ESTE COMPUESTO ES DE 10g.

EL PERMANGANATO DE POTASIO ACTÚA DESTRUYENDO LAS CÉLULAS DE LAS MUCOSAS MEDIANTE ACCIÓN CAÚSTICA ALCALINA.

LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS SON NECROSIS, HEMORRAGIAS Y CORROSIÓN-- DE LAS MUCOSAS CON LAS QUE HA ESTADO EN CONTACTO EL PERMANGANATO DE POTASIO. EL HÍGADO Y LOS RIÑONES PRESENTAN CAMBIOS DEGENERATIVOS.

DATOS CLÍNICOS.- LA PRINCIPAL MANIFESTACIÓN DEL ENVENENAMIENTO CON PERMANGANATO DE POTASIO ES LA CORROSIÓN.

ENVENENAMIENTO AGUDO.- LA INGESTIÓN DE POTASIO SÓLIDO O CONCENTRADO, CAUSA TINCIÓN PARDA Y EDEMA DE LAS MUCOSAS DE LA BOCA Y DE LA FARINGE; TOS, EDEMA LARÍNGEO Y ESTRIDOR; NECROSIS DE LA MUCOSA ORAL Y FARÍNGEA; PULSO LENTO Y CHOQUE CON CAÍDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. SI LA MUERTE NO ES INMEDIATA, PUEDEN APARECER ICTERICIA, OLIGURIA Y ANURIA.

LA APLICACIÓN DE PERMANGANATO DE POTASIO SÓLIDO O CONCENTRADO SOBRE LAS MUCOSAS DE LA VAGINA O DE LA URETRA, CAUSA QUEMADURAS GRAVES, HEMORRAGIAS Y COLAPSO VASCULAR. PUEDE OCURRIR PERFORACIÓN DE LA PARED VAGINAL, DANDO POR RESULTADO PERITONITIS CON FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL. EL EXAMEN REVELA UNA QUEMADURA QUÍMICA TEÑIDA DE COLOR PARDO.

ENVENENAMIENTO CRÓNICO.- (POR INGESTIÓN O APLICACIÓN A LA PIEL O A LAS MUCOSAS). EL USO REPETIDO PUEDE CAUSAR LESIÓN CORROSIVA, COMO SE DESCRIBE PARA EL ENVENENAMIENTO AGUDO. EL USO REPETIDO DE CONCENTRACIONES MAYORES DE 1:1,000 SOBRE LA PIEL, PUEDE PRODUCIR QUEMADURA QUÍMICA.

TRATAMIENTO.- EN EL ENVENENAMIENTO AGUDO, LAS MEDIDAS DE UR-

GENCIA SON ELIMINAR EL VENENO DE LAS MUCOSAS LAVANDOLAS RÁPIDA---  
MENTE CON AGUA CORRIENTE, DÉSE LECHE EVAPORADA PARA INACTIVAR EL-  
PERMANGANATO INGERIDO. ES PELIGROSO PROVOCAR EL VÓMITO, TRATAR-  
EL CHOQUE Y TOMAR MEDIDAS GENERALES.

C) ANESTÉSICOS.

PROCAÍNA.- ES UNO DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES MÁS COMUNES, PO  
SEE PROPIEDADES Y USOS PECULIARES QUE MERECE CONSIDERACIÓN ESPE-  
CIAL A PESAR DE TENER LAS MISMAS ACCIONES FARMACOLÓGICAS DE OTROS  
ANESTÉSICOS LOCALES.

ALÉRGICAS DEL TIPO DE LA DERMATITIS POR CONTACTO.

ESTOMATITIS ALÉRGICA.- ES UNA LESIÓN INFLAMATORIA GENERAL---  
MENTE DIFUSA DE COLOR ROJO VIVO, LIGERA O MODERADAMENTE TUMEFACTA  
Y PRESENTA UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. EN ALGUNOS CASOS LAS  
LESIONES ROJIZAS SE OBSERVAN EN FORMA DE PLACAS DE DIFERENTES FORMA  
S Y TAMAÑOS, MÁS QUE GENERALIZADAS Y DIFUSAS. EN OTROS CASOS-  
SE OBSERVAN PEQUEÑAS LESIONES DE ALGUNOS MILÍMETROS, INTENSAMENTE  
ROJAS, DE TIPO MACULAR O PAPULAR. ACOMPAÑANDO A LAS LESIONES --  
CLÍNICAS PUEDEN EXISTIR SÍNTOMAS SUBJETIVOS DE SEQUEDAD MODERADA,  
AUNQUE ALGUNAS VECES ES INTENSÍSIMA. ES FRECUENTE QUE LOS ENFERM  
OS AQUEJEN ARDOR, SENSIBILIDAD EXAGERADA AL CONTACTO, PRURITO O\_  
HASTA DOLOR FRANCO.

LA ESTOMATITIS ALÉRGICA NO SE RECONOCE FÁCILMENTE PORQUE SE-  
PRESENTA CLÍNICAMENTE DE MANERA INESPECÍFICA, ES DECIR TIENDE A--

SIMULAR DIVERSAS AFECCIONES COMO LA ESTOMATITIS TÓXICA, LA HIPOVITAMINOSIS B, LA ESTOMATITIS NO ALÉRGICA POR DENTADURA ARTIFICIAL- Y MUCHAS OTRAS.

LA ESTOMATITIS ALÉRGICA EN SÍ MISMA ES FUNDAMENTALMENTE UNA- REACCIÓN HÍSTICA BENIGNA, QUE DESPUÉS DE IDENTIFICADA Y ELIMINADA LA SUBSTANCIA CAUSAL, SUELE DESAPARECER PROGRESIVAMENTE Y SIN COMPLICACIONES EN ALGUNOS DÍAS O SEMANAS.

GINGIVITIS NECROSANTE ULCEROSA.- COMO SU NOMBRE LO INDICA, - ESTA ENFERMEDAD ES UNA LESIÓN INFLAMATORIA DOLOROSA CON NECROSIS- DEL TEJIDO GINGIVAL COMO UNA DE SUS PRIMERAS CARACTERÍSTICAS; --- PERO SU PROCESO PATOLÓGICO COMPLETO SE PRESTA A INNUMERABLES CON- FUSIONES. ESTE PROCESO NECROSANTE MUESTRA PREDILECCIÓN POR LAS- PAPILAS INTERDENTALES, FORMANDOSE UNA PSEUDOMEMBRANA QUE CUBRE EL TEJIDO NECRÓTICO. LOS PACIENTES CON GINGIVITIS NECROSANTE ULCE- ROSA SE QUEJAN A MEMUDO DE UN GUSTO FEO Y SENSACIÓN DE ACUÑAMIE- NTO.

ANTAGONISMO ENTRE LAS SULFONAMIDAS Y LA PROCAÍNA.- LA PROCAÍ- NA Y MUCHOS OTROS ANESTÉSICOS LOCALES SE HIDROLIZAN EN EL ORGANIS- MO PARA PRODUCIR ÁCIDO PARAAMINOBENZOICO QUE INHIBE LA ACCIÓN DE- LAS SULFONAMIDAS. LA PROCAÍNA Y SUS AFINES ENTORPECEN TAMBIÉN - LA DETERMINACIÓN QUÍMICA DE LA CONCENTRACIÓN DE SULFONAMIDAS EN- LOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS.

TOXICIDAD.- LA PROCAÍNA PUEDE CAUSAR TODA LA GAMA DE EFECTOS TÓXICOS SOBRE SNC Y APARATO CARDIOVASCULAR, LA TOXICIDAD DISMI---

NUYE MUCHO Y TORNA MÁS LENTA LA ABSORCIÓN VALIENDOSE DE VASOCONSTRICTORES. HAY FRECUENCIA ALTA DE REACCIONES ALÉRGICAS A LA PROCAÍNA Y LOS INDIVIDUOS HIPERSENSIBLES TAMBIÉN SUELEN REACCIONAR A COMPUESTOS ESTRUCTURALMENTE SEMEJANTES.

LA APLICACIÓN LOCAL DE PROCAÍNA Y PANTOCAÍNA, AMBOS DEL GRUPO DEL ÁCIDO PARAAMINOBENZOICO PUEDEN PROVOCAR GRAVE ESTOMATITIS-PSEUDOMEMBRANOSAS O ULCERATIVAS, GANGRENA AGUDA DE LAS ENCÍAS,---SHOCK GENERALIZADO LETAL EN PACIENTES ALERGIZADOS.

TODOS LOS CLÍNICOS DEBEN CONOCER ESTOS PELIGROS POTENCIALES- Y PREGUNTAR A SUS PACIENTES ACERCA DE POSIBLES REACCIONES ALÉRGICAS ANTES DE ADMINISTRAR NINGÚN ANESTÉSICO, YA SEA POR INYECCIÓN, YA SEA POR APLICACIÓN EPINUCOSA. SI EXISTE LA MÁS MÍNIMA SOSPECHA DE SENSIBILIZACIÓN, HAY QUE PRACTICAR UNA PRUEBA EPICUTÁNEA,- CON DISTINTOS ANESTÉSICOS O AL MENOS COMPROBAR LA COMPATIBILIDAD- INSTILANDO UNA GOTTA EN LA CONJUNTIVA Y RECURRIENDO A OTRO ANESTÉSICO QUE NO CONTENGA NINGÚN GRUPO CÍCLICO AMINADO.

NOTA: EN LOS DEMÁS ANESTÉSICOS LOCALES LAS REACCIONES LOCALES SON MUY RARAS YA QUE ÉSTOS SON MUY BIEN TOLERADOS A NIVEL DE --LOS TEJIDOS DONDE SE INYECTAN. SIN EMBARGO SE HAN DESCRITO ALGUNAS REACCIONES LOCALES ADVERSAS QUE INCLUYEN EDEMA,- NECROSIS Y RETRASO EN LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS.

LOS ANESTÉSICOS CON UNIÓN DE TIPO ÉSTER SON MÁS PROCLIVES A- PRODUCIR REACCIONES LOCALES. ENTRE LOS DIENTES.

DE MAYOR IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA ES LA PRESENCIA DE UNA ÚLCERA NECROTIZANTE DOLOROSA SANGRANTE, QUE CARACTERIZA MEJOR QUE NADA LA ENFERMEDAD.

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS MÁS PROBABLES DE LA INICIACIÓN DE LA GINGIVITIS NECROSANTE ULCEROSA ESTÁN COMPRENDIDOS DENTRO DE DOS GRANDES GRUPOS: LOCALES Y GENERALES. LOS PRIMEROS SON LOS FACTORES IRRITANTES COMO DEPÓSITOS DE SARRO, HIGIENE BUCAL DEFICIENTE O FALTA DE HABILIDAD PARA EFECTUARLA, ALEGAS GINGIVALES COMO LAS QUE SE VEN ALREDEDOR DE LOS DIENTES EN ERUPCIÓN, MÁRGENES IRRITANTES DE RESTAURACIÓN Y USO EXCESIVO DEL TABACO.

LOS FACTORES GENERALES PUEDEN ABARCAR LA HIGIENE GENERAL, CANSANCIO FÍSICO, DESNUTRICIÓN, TENSIÓN EMOCIONAL. UNA EXPLICACIÓN HIPOTÉTICA DE LA RELACIÓN ENTRE LA TENSIÓN Y LA GINGIVOESTOMATITIS ULCEROSA PUEDE SER QUE EL AUMENTO DE PRODUCCIÓN DE EPINEFRINA DURANTE EL ESTADO DE TENSIÓN, LLEVE A LA CONSTRUCCIÓN DE LAS ANSAS CAPILARES DE LA CIRCULACIÓN TERMINAL DE LAS PAPILAS GINGIVALES Y ASÍ AFECTAR ADVERSAMENTE LA RESISTENCIA GINGIVAL. LA ASOCIACIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y ÉSTA ENFERMEDAD TAMBIÉN PODRÍA EXPLICARSE POR LA LIBERACIÓN DE EPINEFRINA QUE SE PRODUCE AL FUMAR, ASÍ COMO TAMBIÉN PODRÍA SER POR LA EPINEFRINA CONTENIDA EN ALGUNOS ANESTÉSICOS LOCALES.

TRATAMIENTO.- LA ELIMINACIÓN DEL FACTOR ETIOLÓGICO ES IMPORTANTE, LOS CASOS LEVES DE GINGIVITIS FUSOESPIROQUETÓSIKA RESPONDE AL LAVADO CON SOLUCIONES EMOLIENTES Y MEJORANDO LA HIGIENE-

LOS CASOS GRAVES DE GINGIVITIS DEBIERAN TRATARSE CON PENICILINA - PROCAÍNICA DE 600,000 UNIDADES AL DÍA IM 6 20mg DE TETRACICLINA - POR KG. AL DÍA, ORAL POR UNA SEMANA. UN FÁRMACO QUE HA SIDO PROBADO RECIENTEMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ES EL METRONIDAZOL. AUNQUE ESTA DROGA PUEDE NO SER EFECTIVA INMEDIATAMENTE EN LA ELIMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS COMO LA PENICILINA, SE HA DICHO QUE ESTÁ LIBRE DE EFECTOS COLATERALES. EL TRATAMIENTO HIGIÉNICO RECOMENDADO ES EL DESBRIDAMIENTO DE LOS DIENTES CON UN -- REPETIDO RASPAGE, PULIDO CON UNA TAZA DE GOMA Y PIEDRA PÓMEZ, ASÍ COMO LA INSTRUCCIÓN DEBIDA AL PACIENTE SOBRE COMO EFECTUAR SU HIGIENE ORAL.

D) MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS.

PENICILINAS.- LAS PENICILINAS BÁSICAS QUE SE USAN ACTUALMENTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DENTALES SON: BENCILPENICILINA (PENICILINA G) FENOXIETIL-PENICILINA (FENETICILINA), FENOXIMETIL PENICILINA (PENICILINA V) Y ALFA-AMINOBENCIL-PENICILINA-- (AMPICILINA).

ESTOS AGENTES DIFIEREN EN EL GRADO DE ABSORCIÓN BUCAL Y EL-- ESPECTRO BACTERIANO CONTRA EL CUAL SON EFICACES. TODOS SON FÁ-- CILMENTE INACTIVADOS POR LA PENICILINASA. TODOS SON BACTERICIDAS-- Y SUPRIMEN LA FORMACIÓN DE LA PARED CELULAR BACTERIANA RÍGIDA. LA PENICILINA G BUCAL SE ABSORBE MAL, YA QUE LOS DOS TERCIOS A -- TRES CUARTOS DE UNA DOSIS INGERIDA POR VÍA BUCAL SON DESTRUÍDOS - EN EL ESTÓMAGO Y EN EL INTESTINO DELGADO. PARA OBTENER NIVELES--



SANGUÍNEOS SIMILARES POR VÍA BUCAL, ES PRECISO INGERIR DOSIS DE - PENICILINA G DE CUATRO A CINCO VECES MAYORES QUE LAS EMPLEADAS -- POR VÍA INTRANUSCULAR. LA PENICILINA V, LA FENETICILINA Y LA AM PICILINA SON MUCHO MEJOR ABSORBIDOS POR VÍA BUCAL; ALREDEDOR DEL- 65% DE UNA DOSIS DE PENICILINA V SON DE DOS A CINCO VECES MAYORES QUE CON LA PENICILINA G. LOS ESPECTROS ANTIBACTERIANOS DE LA PE NICILINA V Y FENETICILINA SON PRACTICAMENTE IDÉNTICOS AL DE LA PE NICILINA G.

LA AMPICILINA POSEE UN MAYOR ESPECTRO CONTRA MICROORGANISMOS GRAMM POSITIVOS. LAS PENICILINAS COMO LA DICLOXACILINA Y LA METICILINA DEBEN SER RESERVADAS ÚNICAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE - INFECCIONES DEBIDAS A MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE PENICILINAS.

LA SENSIBILIZACIÓN A LA PENICILINA CONDUCE A LESIONES BUCA-- LES: GLOSITIS AGUDA, ESTOMATITIS GRAVE CON PÉRDIDA DE MEMBRANA -- MUCOSA DE LOS CARRILLOS, LENGUA SABURRAL, LENGUA NEGRA O PARDA Y- QUEILOISIS. TALES MANIFESTACIONES SE VEN PRINCIPALMENTE DESPUÉS- DE LA APLICACIÓN LOCAL DE PENICILINA EN LA BOCA EN FORMA DE PASTI LLAS, PERO TAMBIÉN PUEDEN APARECER CUANDO SE RECIBEN INYECCIONES- DEL ANTIBIÓTICO. LAS REACCIONES MÁS GRAVES DE HIPERSENSIBILIDAD PRODUCIDAS POR LAS PENICILINAS SON: EL ANGIOEDEMA, LA ENFERMEDAD- DEL SUERO Y LA ANAFILAXIA.

QUEILOISIS.- (O ESTOMATITIS ANGULAR). ES UN TÉRMINO EMPLEA- DO PARA DESIGNAR CUALQUIER LESIÓN INFLAMATORIA LOCALIZADA EN EL-- ÁNGULO DE LA BOCA Y CUYA CAUSA NO SE HAYA DETERMINADO. LAS LE--

SIONES ANGULARES SUELEN EMPEZAR EN LA UNIÓN CUTÁNEO-MUCOSA Y SE--  
EXTIENDEN HACIA LA PIEL. AUNQUE LA MAYORÍA REVELAN SU CARÁCTER--  
INFLAMATORIO POR PRESENTARSE INTENSAMENTE ROJAS, FISURADAS, ERO--  
SIONADAS O ULCERADAS, OTRAS TIENEN FORMACIONES COSTROSAS DE DIFE--  
RENTES COLORES, SOLIENDO ACOMPAÑARSE DE SÍNTOMAS SUBJETIVOS DE --  
SENSIBILIDAD, MOLESTIA, ARDOR O DOLOR FRANCO.

LA ESTOMATITIS ANGULAR DEBIDA A UNA ACCIÓN ALÉRGICA O TÓXICA  
ORIGINA INFLAMACIÓN Y DESTRUCCIÓN EN LOS TEJIDOS DE LA REGIÓN.  
COMO EL CUADRO CLÍNICO SIMULA CON FRECUENCIA EL DE LA ESTOMATITIS  
ANGULAR DE OTRO FUNDAMENTO ETIOLÓGICO, UNA ANAMNESIS CUIDADOSA RE  
FERENTE A LAS SUBSTANCIAS QUE HAN ESTADO EN CONTACTO PUEDE PROPOR  
CIONAR LA PISTA PARA DESCUBRIR EL AGENTE ALÉRGICO O TÓXICO.

COMO PARTE DEL PLAN TERAPÉUTICO DEBE LLEVARSE A CABO LA ELI--  
MINACIÓN DE TODAS LAS SUBSTANCIAS SOSPECHOSAS. LAS PRUEBAS DE--  
PARCHÉ SOBRE LA PIEL O MUCOSAS BUCALES SI PUEDEN REALIZARSE, PUE--  
DEN PROPORCIONAR UN MEDIO MÁS PRECISO PARA ESTABLECER UN DIAGNÓS--  
TICO DEFINITIVO. AUNQUE LA SOLA ELIMINACIÓN DEL AGENTE ALERGÉN--  
ICO O TÓXICO PRODUCE A MENUDO LA ATENUACIÓN Y DESAPARICIÓN DE LAS--  
LESIONES, EL PRÁCTICO PUEDE PRESCRIBIR MEDICAMENTOS ANTIALÉRGICOS  
DE APLICACIÓN LOCAL COMO LAS POMADAS DE CORTICOSTEROIDES (KENALOG  
SYNALAR), ESPECIALMENTE CUANDO LAS LESIONES SON IMPORTANTES Y DE--  
INTENSOS SÍNTOMAS.

LINCOMICINA.- LA LINCOMICINA POSEE UN ESPECTRO ANTIBACTERIA--  
NO ESENCIALMENTE GRAM POSITIVOS SINO TAMBIÉN UNA ACTIVIDAD CONSI--  
DERABLE CONTRA ESTAFILOCOCOS PRODUCTORES DE PENICILINASA, ADEMÁS,

ES SUMAMENTE EFICAZ PARA COMBATIR MICROORGANISMOS ANAEROBIOS, PARTICULARMENTE LOS BACTEROIDES. ES BACTERIOSTÁTICO E INHIBE LA SÍNTESIS DE LAS PROTEÍNAS BACTERIANAS. ES ABSORBIDO ADECUADAMENTE POR VÍA BUCAL PERO SOLO SE ASIMILA DE UN 20 A UN 30% DE UNA DOSIS BUCAL DE LINCOMICINA, PROPORCIÓN QUE DESCIENDE AÚN MÁS DURANTE LAS COMIDAS.

ESTE ANTIBIÓTICO SE RECOMIENDA QUE SE RESERVE PARA INFECCIONES ANAERÓBICAS GRAVES CAUSADAS POR BACTEROIDES FRAGILIS Y ALGUNAS INFECCIONES POR ESTAFILOCOCOS EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA. EN LA TERAPÉUTICA ORAL SE OBSERVAN REACCIONES SECUNDARIAS COMO SON: GLOSITIS, ESTOMATITIS, NÁUSEAS, VÓMITOS, ENTEROCOLITIS, PRURITO ANAL, ERUPCIONES CUTÁNEAS VARIADAS, URTICARIA, PRURITO GENERALIZADO Y VAGINITIS.

CLORAMFENICOL.- ES UN ANTIBIÓTICO PRODUCIDO POR STREPTOMYCES VENEZUELAE. TIENE UN ESPECTRO AMPLIO DE ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA.

PRINCIPALMENTE ES BACTERIOSTÁTICO, PERO EN CONDICIONES ESPECIALES ES BACTERICIDA EN CIERTAS ESPECIES. EL CLORAMFENICOL INHIBE LA SÍNTESIS PROTEÍNICAS EN LAS BACTERIAS Y EN SISTEMAS SIN CÉLULAS. ENTRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS ENCONTRAMOS ALGUNOS CASOS DE HEMORRAGIAS GRAVES, QUE ABARCA LA PIEL Y LAS MUCOSAS Y SEROSAS DEL INTESTINO, VEJIGA URINARIA Y BOCA. SE CREE QUE LA GLOSITIS ATRÓFICA, CON UNA CAPA NEGRA EN LA LENGUA O SIN ELLA, TIENE EL MISMO ORIGEN.

EL TRATAMIENTO CON CLORAMFENICOL, DEBE LIMITARSE A LAS INFECCIONES EN LAS QUE, SEGÚN LAS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD, LOS AGENTES CAUSANTES SEAN MUY SUSCEPTIBLES AL MISMO. CUANDO HAY OTROS ANTIBIÓTICOS IGUALMENTE EFICACES Y MENOS TÓXICOS QUE EL CLORAMFENICOL, DEBE PREFERIRSE A ESTE.

AMINOGLUCÓSIDOS.- LOS ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS EN PARTICULAR LA ESTREPTOMICINA, GENTAMICINA Y KANAMICINA, SE UTILIZAN -- CASI EXCLUSIVAMENTE PARA TRATAR INFECCIONES CAUSADAS POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS. ACTÚAN INHIBIENDO LA SÍNTESIS DE PROTEÍNAS EN MICROORGANISMOS SUSCEPTIBLES. LA TOXICIDAD INTENSA ES UNA LIMITACIÓN IMPORTANTE DE LA UTILIDAD DE ÉSTOS MEDICAMENTOS Y EL MISMO ESPECTRO DE TOXICIDAD LO COMPARTEN TODOS LOS MIEMBROS DEL --- GRUPO:

A).- ESTREPTOMICINA.- A CONCENTRACIONES ELEVADAS ES BACTERICIDA Y EN CONCENTRACIONES BAJAS ES BACTERIOSTÁTICA IN VITRO. -- LAS CÉLULAS EN REPOSO SON MENOS SUSCEPTIBLES AL MEDICAMENTO QUE - LAS BACTERIAS PROLIFERANTES. LA ESTREPTOMICINA Y OTROS ANINOGLUCÓSIDOS OBRAN DIRECTAMENTE EN LOS RIBOSOMAS, DONDE INHIBEN LA SÍN TESIS DE LAS PROTEÍNAS Y QUEBRANTAN LA FIDELIDAD DE LA TRASLACIÓN DEL CÓDIGO GENÉTICO. UN SERIO INCONVENIENTE, CAUSA DE QUE FRACA SE MUCHAS VECES EL TRATAMIENTO CON ESTREPTOMICINA, ES LA RESISTEN CIA AL MEDICAMENTO ADQUIRIDA POR LAS BACTERIAS.

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD.- ENTRE LAS DIVERSAS REACCIO NES QUE PUEDE PROVOCAR LA ADMINISTRACIÓN DE ESTREPTOMICINA ESTÁN-

LAS SIGUIENTES: ERUPCIONES CUTÁNEAS, EOSINOFILIA, FIEBRE, DISCRASIAS SANGUÍNEAS, EDEMA ANGIONEURÓTICO, DERMATITIS EXFOLIATIVA, ES TOMATITIS Y CHOQUE ANAFILÁCTICO.

B) GENTAMICINA.- ES UN ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO OBTENIDA DEL ACTINOMICETO MICROMONOSPORA PURPÚREA. ACTUALMENTE TIENE GRAN VALOR PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES GRAVES POR BACTERIAS GRAMNEGATIVAS Y ES EL MÁS IMPORTANTE DE LOS AMINOGLUCÓSIDOS. LA GENTAMICINA SE ABSORBE MAL POR EL TUBO DIGESTIVO, DEBE ADMINISTRARSE POR VÍA PARENTERAL O BIEN, OCASIONALMENTE, EN FORMA TÓPICA.

ENTRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA GENTAMICINA SE HA OBSERVADO EL CRECIMIENTO EXCESIVO DE CANDIDA DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA DROGA POR VÍA ORAL. LA GENTAMICINA NO SE ADMINISTRA A MUJERES EMBARAZADAS.

C).- KANAMICINA.- ES UN ANTIBIÓTICO PRODUCIDO POR STREPTOMYCES KANAMICETICUS. TIENE UN AMPLIO CAMPO DE ACTIVIDAD EN LOS GÉRMEENES GRAMPOSITIVOS Y GRAMNEGATIVOS. LA KANAMICINA SE ABSORBE EN EL TUBO DIGESTIVO Y CASI LA TOTALIDAD DE UNA DOSIS INGERIDA SE ELIMINA EN LAS HECES.

ENTRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE SE OBSERVAN AL ADMINISTRAR KANAMICINA POR VÍA ORAL SON: DIARREA, ESTOMATITIS Y PROCTITIS. OTROS EFECTOS SON PARESTESIAS PERIBUCALES Y DE OTROS ÓRGANOS, INQUIETUD, NERVIOSIDAD, CEFALALGIA, FONTANELAS ABOMBADAS, --

SÍNDROME CEREBRAL AGUDO, VISIÓN BORROSA, "ALTERACIONES SENSORIALES" DEL NERVIIO GLOsofaríngeo, AUMENTO DE LA DEBILIDAD EN LA MIASTENIA-GRAVE Y TAQUICARDIA.

EDEMA ANGIONEURÓTICO.- MANIFESTACIÓN ALÉRGICA QUE SE PRESENTA EN LA BOCA O EN SUS CONTORNOS INMEDIATOS, EL ACÓMULO DE LÍQUIDO-PUEDE SER GENERALIZADO Y AFECTAR A LA MAYOR PARTE DE LA CARA, DE LA BOCA O AMBAS. A MENUDO LA REACCIÓN EDEMATOSA ESTÁ LOCALIZADA-EN SITIOS DE TEJIDO ESPECÍFICO, COMO LOS PÁRPADOS, LABIOS, LENGUA, MUCOSA BUCAL, ETC., LOS CUALES POR SU SITUACIÓN TOPOGRÁFICA PUEDEN TENER IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO.

EL SIGNO CLÍNICO MÁS MANIFIESTO DEL EDEMA ANGIONEURÓTICO ES-- LA TUMEFACCIÓN Y ENGROSAMIENTO DE LOS TEJIDOS AFECTADOS, DEBIDO A-LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS. LOS TEJIDOS ENGROSADOS SUELEN SER DE COLOR NORMAL; EN ALGUNOS CASOS SON PÁLIDOS O INCLUSO PUEDEN APARE-CER LIGERAMENTE ENROJECIDOS. LA PALPACIÓN DEMUESTRA CIERTO GRADO DE DUREZA, AUNQUE A VECES LA REGIÓN AFECTADA APARECE BLANDA, LO --CUAL INDICA QUE LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO ESTÁ LOCALIZADA SUPERFI-CIALMENTE. EL TRASTORNO FUNCIONAL O LA PERTURBACIÓN COSMÉTICA DE LOS TEJIDOS AFECTADOS A MENUDO CONSTITUYEN EL MOTIVO DE LA CONSUL-TA Y TAMBIÉN SON FRECUENTES LAS MOLESTIAS DESCRITAS EN FORMA DE AR-DOR O PRURITO. LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE EDEMA ANGIONEURÓTICO -DE LOS TEJIDOS BUCALES NO CONSTITUYE UNA AMENAZA PARA LA VIDA DEL-ENFERMO, YA QUE UNA VEZ SOSPECHADO EL DIAGNÓSTICO, LA DETERMINA---CIÓN Y LA ELIMINACIÓN DEL ANTÍGENO O ALÉRGENO CAUSANTE DEL TRASTOR-NO VAN SEGUIDAS DE LA RÁPIDA DISMINUCIÓN O DESAPARICIÓN DEL EDEMA,

Á MENUDO EN 12 ó 24 HORAS. EN ALGÚN CASO LA DURACIÓN ES MAYOR - ESPECIALMENTE CUANDO EXISTEN DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR EL --- ALÉRGENO. SIN EMBARGO, PUEDEN OBSERVARSE CASOS DE EDEMA ANGIO-- NEURÓTICO CON INTENSA AFECTACIÓN DE LA LENGUA, ÚVULA O TEJIDOS FA RÍNGEOS, CUYA TUMEFACCIÓN PUEDE DIFICULTAR EL HABLA, LA MASTICA-- CIÓN Y LA DEGLUCIÓN. HASTA CIERTO PUNTO EL ENGROSAMIENTO DE LOS TEJIDOS TAMBIÉN PUEDE DIFICULTAR LA RESPIRACIÓN; TANTO SI LAS DI FICULTADES RESPIRATORIAS SON REALES COMO IMAGINADAS POR EL ENFER- MO, PUEDE SER NECESARIO TOMAR MEDIDAS DE URGENCIA. TIENE ESPE-- CIAL IMPORTANCIA LA APARICIÓN DEL EDEMA EN LOS TEJIDOS LARÍNGEOS, TRAQUEALES O BRONQUEALES, QUE PUEDA OCASIONAR ESPASMOS LARÍNGEO,- OCLUSIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS Y LAS DIFICULTADES CONSIGUIEN- TES DE LA RESPIRACIÓN.

TRATAMIENTO.- LA RESPUESTA DE LOS GRANDES EDEMAS A LA MEDICA CIÓN SINTOMÁTICA ES LENTA. ESTÁ INDICADA LA ADRENALINA, SOBRE - TODO CUANDO SE HALLAN AFECTADOS BOCA, FARINGE O LARINGE. UNA DO SIS DE 0.5ml. DE SOLUCIÓN ACUOSA AL 1:1000 PUEDEN IR SEGUIDAS DE- UN MILÍMETRO DE SUSPENSIÓN OLEOSA AL 1:500 IM PARA EFECTO PROLONGADO.

SE NECESITAN DOSIS RELATIVAMENTE ELEVADAS DE ANTIHISTAMÍNI-- COS. CABE DAR MAALEATO DE CLOROFENIRAMINA (CLORO-TRIMETÓN) INYEC TABLE, ADMINISTRAR 10 a 20mg. (1 ó 2 AMPOLLETAS). EN CASOS GRA- VES O RESISTENTES PUEDEN ADMINISTRARSE PREDNISONA O PREDNISOLONA, 10 a 15mg. CADA 6 HORAS HASTA QUE CEDA EL PROCESO O GEL DE COTICO TROPINA EN DOSIS DE 40 a 80 UNIDADES IM. CUANDO ESTÁ AFECTADA -

FARINGE O LARINGE, SON OBLIGADAS EL TRATAMIENTO ENÉRGICO Y LA OBSERVACIÓN ESTRECHA. DEBE TENERSE PREPARADO TODO LO NECESARIO PARA UNA TRAQUEOTOMÍA RÁPIDA, POR SÍ RESULTA NECESARIO. EN CASOS-RECIDIVANTES O PERSISTENTES, DEBE HACERSE TODO LO POSIBLE PARA --DESCUBRIR LA CAUSA Y ESTABLECER EL TRATAMIENTO EN CONSECUENCIA.

HAY QUE TRATAR APROPIADAMENTE LAS INFECCIONES DE DIENTES, --AMÍGDALAS, SENOS PARANASALES U OTROS ÓRGANOS. DEBEN EVITARSE --LOS ALÉRGENOS QUE SE SOSPECHEN CAUSALES POR LOS DATOS DE LA HISTORIA, LA OBSERVACIÓN O LAS REACCIONES CUTÁNEAS. HAY QUE ESTIMAR-CUIDADOSAMENTE EL PAPEL DE LAS TENSIONES FÍSICAS O EMOCIONALES.

MONILIASIS (CANDIDIASIS - MUGET).- ES UNA ENFERMEDAD DE ESPECIAL IMPORTANCIA PARA EL ODONTÓLOGO, YA QUE ES SIN DUDA LA INFECCIÓN FÚNGICA MÁS FRECUENTE EN LA CAVIDAD BUCAL. ES PRODUCIDA --POR LA CANDIDA ALBICANS, PUEDE PRESENTARSE EN DIFERENTES REGIONES ADEMÁS DE LA BOCA.

LA MONILIASIS PUEDE MANIFESTARSE EN LA CAVIDAD BUCAL DE DIFERENTES MANERAS, EN LOS CASOS TÍPICOS ESTÁ CARACTERIZADA POR LESIONES ELEVADAS DE COLOR GRISÁCEO O BLANCOGRISÁCEO EN LA MUCOSA -BUCAL. ESTAS ÁREAS PAPULOSAS O PARECIDAS A PLACAS VARIAN EN ---CUANTO A TAMAÑO, FORMA, FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN O LAS LESIONES-QUE PARECEN FORMACIONES DE LECHE CUAJADA, TIENEN UNA CONSISTENCIA MODERADAMENTE BLANDA, YA QUE ESTÁN COMPUESTAS DE CÉLULAS EPITELIALES NECRÓTICAS Y GÉRMESES DE MONILIA. EN GENERAL ESTÁN DÉBIL O-MODERADAMENTE ADHERIDAS A LOS TEJIDOS ADYACENTES Y SE DESPRENDEN-



FÁCILMENTE CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN SUJETADA POR UNAS PINZAS. UNA VEZ SEPARADAS, LOS TEJIDOS SUBYACENTES TIENEN A VECES ASPECTO NORMAL, PERO MUCHAS VECES LA SEPARACIÓN DE LA PLACA NECRÓTICA OCASIONA UNA FORMACIÓN DE TIPO EROSIVO O SE OBSERVAN PUNTOS HEMORRÁGICOS DEL TAMAÑO DE UNA CABEZA DE ALFILER O PETEQUIAS. ESTA VARIEDAD CLÍNICA DE MONILIASIS BUCAL SE PARECE MUCHAS VECES A LAS LESIONES DE HIPERQUERATOSIS, LEUCOPLASIA O HASTA DE LIQUEN PLANO, Y SE CONOCEN COMO TIPO SUBAGUDO O QUERATÓSICO DE LA MONILIASIS.

ALGUNAS VECES LA MONILIASIS APARECE COMO UNA LESIÓN INFLAMATORIA DESPROVISTA DE PLACAS DE TEJIDO NECRÓTICO. LA LESIÓN ES - DIFUSA, INTENSAMENTE ROJA, BRILLANTE, VISCOSA Y LIGERAMENTE TUMEFACATA. LA INFLAMACIÓN MONILIÁSICA PUEDE LIMITARSE A UNA REGIÓN- DETERMINADA DE LA BOCA, COMO LA MUCOSA DE LAS MEJILLAS, PALADAR, - ENCÍAS O LENGUA, O PUEDE AFECTAR A TODOS LOS TEJIDOS DE REVESTI-- MIENTO. ESTA FORMA DE INFECCIÓN BUCAL NO ES FÁCIL DE DIAGNOSTI-- CAR, YA QUE SE PARECE MUCHO A OTROS TIPOS DE ESTOMATITIS PRODUCI-- DOS POR LA ALERGIA, MALA NUTRICIÓN O HIPOVITAMINOSIS. EN OTROS-- CASOS LAS MANIFESTACIONES DE MONILIASIS BUCAL PUEDEN COMPRENDER-- CARACTERÍSTICAS DE LOS DOS TIPOS.

HISTORIA CLÍNICA.- EN ESTE CASO TIENE IMPORTANCIA LOS ANTECE-- DENTES REFERENTES A LOS MEDICAMENTOS, UN NÚMERO RELATIVAMENTE ELE-- VADO DE INFECCIONES MONILIÁSICAS APARECEN DESPUÉS DEL EMPLEO LO-- CAL O GENERAL DE ANTIBIÓTICOS. LAS TETRACICLINAS, EL CLORAMFENI-- COL Y LA PENICILINA PUEDEN OCASIONAR INFECCIONES MONILIÁSICAS NO-- SOLO DE LA CAVIDAD BUCAL, SINO DE OTRAS REGIONES, COMO EL TUBO --

GASTROINTESTINAL. EN NUMEROSOS CASOS LA MONILIASIS BUCAL PARECE HABER SIDO PUESTA EN MARCHA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE LOS CORTICOESTEROIDES ADMINISTRADOS LOCAL O PARENTERALMENTE.

LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN LA QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER, - YA SEA POR SU EFECTO LEUCOPÉNICO O POR ACTUAR DIRECTAMENTE SOBRE LAS MUCOSAS, PUEDEN OCASIONAR LA INFECCIÓN MONILIÁSICA.

TRATAMIENTO.- REQUIERE LA IDENTIFICACIÓN Y SI ES POSIBLE, LA CORRECCIÓN DE TODOS LOS FACTORES PREDISPONENTES O DESENCADENANTES LOCALES Y GENERALES.

DEBEN ADMINISTRARSE TAMBIÉN MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS. EN EL MOMENTO ACTUAL LOS DOS MÁS EFICACES SON EL MYCOSTATIN Y LA ANFOTERICINA B. SE APLICAN LOCALMENTE EN FORMA DE CREMAS, UNGÜENTOS, SUSPENSIONES Y GARGARISMOS. EN LOS ENFERMOS QUE SUFREN INFECCIONES BUCALES INTENSAS Y EN AQUELLOS EN QUE TAMBIÉN SE SOSPECHA QUE ESTÁ AFECTADO EL TUBO GASTROINTESTINAL, SE PRESCRIBE MYCOSTATIN A LA VEZ POR VÍA BUCAL O LOCAL, EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA ALÉRGICO A ESTE MEDICAMENTO PODEMOS ELEGIR OTRO ENTRE LA GRAN CANTIDAD DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES.

TETRACICLINAS.- LAS TETRACICLINAS ABARCAN UNA AMPLIA EXTENSIÓN DE ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA CONTRA BACTERIAS GRAMPOSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS, EN LO QUE COINCIDEN EN PARTE CON OTROS ANTIMICROBIANOS. SON TAMBIÉN EFICACES CONTRA ALGUNOS MICROORGANISMOS NOSUSCEPTIBLES NATURALMENTE A OTROS AGENTES QUIMIOTERÁPICOS. NO SON ACTIVOS CONTRA VIRUS, LEVADURAS U HONGOS.

RESISTENCIA A LAS TETRACICLINAS.- LA RESISTENCIA A LAS TETRACICLINAS PRODUCIDAS IN VITRO APARECEN LENTAMENTE, EN FORMA GRADUAL Y POR ETAPAS COMO EN EL CASO DE LAS PENICILINAS. LOS MICROORGANISMOS QUE SE HAN HECHO SUSCEPTIBLES A UNA TETRACICLINA PRESENTAN CON FRECUENCIA RESISTENCIA A LAS OTRAS. LOS COCOS GRAMPOSITIVOS QUE ADQUIEREN RESISTENCIA, PRESENTAN MODERADA O CONSIDERABLE INSENSIBILIDAD AL CLORAMFENICOL.

TODAS LAS TETRACICLINAS SON ABSORBIDAS AUNQUE NO COMPLETAMENTE EN EL TUBO GASTROINTESTINAL Y SON EXCRETADAS POR LA ORINA Y EN LAS HECES, SIENDO EL RIÑÓN LA VÍA PRINCIPAL.

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD.- ENTRE LAS RESPUESTAS ALÉRGICAS MÁS SERIAS ESTÁN LA ANAFILAXIA, EL ANGIOEDEMA, SE PUEDE PRESENTAR ARDOR EN LOS OJOS, QUEILOSI, LENGUA PARDA O NEGRA, GLOSITIS ATRÓFICA O HIPERTRÓFICA, PRURITO ANAL O VALVULAR Y VAGINITIS. DEBE SEÑALARSE QUE LA SENSIBILIDAD CRUZADA ENTRE LAS DISTINTAS TETRACICLINAS ES EN EXTREMO FRECUENTE AUNQUE SI NO ES LA REGLA.

EFFECTOS TÓXICOS IRRITATIVOS.- TODOS ELLOS PRODUCEN IRRITACIÓN GASTROINTESTINAL, RETARDAN LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE ENTRE OTROS.

LOS NIÑOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO, POR MUCHO O POCO TIEMPO, CON TETRACICLINA PRESENTAN A VECES COLORACIÓN PARDA DE LOS DIENTES. A MAYOR DOSIS EN RELACIÓN CON EL PESO CORPORAL, MAYOR ES LA DEFORMIDAD, MÁS OSCURO ES EL COLOR Y MÁS INTENSA ES LA HIPOPLASIA DEL ESMALTE. EL RIESGO DE ESTE EFECTO NOCIVO ES MAYOR --

CUANDO LA TETRACICLINA SE DA A LOS RECIÉN NACIDOS Y A LOS LACTANTES ANTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN. PUEDE PRODUCIRSE LA PIGMENTACIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES SI EL MEDICAMENTO SE DA ENTRE LAS EDADES DE 2 MESES Y 2 AÑOS, CUANDO LOS DIENTES SE ESTÁN CALCIFICANDO. UN SIGNO INICIAL DE ESTE DEFECTO ES LA FLUORESCENCIA AMARILLA DEL PIGMENTO DENTAL, LA CUAL TIENE UN ESPECTRO ULTRAVIOLETA CON UN MÁXIMO DE ABSORCIÓN DE 270mm.

EL TRATAMIENTO CON TETRACICLINAS DE MUJERES EMBARAZADAS PUEDE ALTERAR LA COLORACIÓN DE LOS DIENTES DE LA CRIATURA. EL PERÍODO DE MAYOR PELIGRO PARA LOS DIENTES TEMPORALES ANTERIORES ES DESDE LA MITAD DEL EMBARAZO HASTA CUATRO A SEIS MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y DE LOS SEIS MESES A LOS CINCO AÑOS DE EDAD PARA LOS DIENTES ANTERIORES PERMANENTES, PERÍODO EN EL CUAL SE ESTÁN FORMANDO LAS CORONAS DENTARIAS. TAMBIÉN LOS NIÑOS DE 7 AÑOS O MAYORES SON A VECES SUSCEPTIBLES A ESTA COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TETRACICLINAS.

EFFECTOS BIOLÓGICOS.- COMO TODOS LOS ANTIMICROBIANOS, LAS TETRACICLINAS ADMINISTRADAS POR LA BOCA O POR VÍA PARENTERAL PUEDEN ORIGINAR EL DESARROLLO DE INFECCIONES SOBREAÑADIDAS QUE SUELEN DEPENDER DE CEPAS DE BACTERIAS O LEVADURAS RESISTENTES A ESTOS AGENTES. NO SON RARAS LAS INFECCIONES BUCALES, FARÍNGEAS, E INCLUSO GENERALIZADAS, CON LEVADURA Y HONGOS, EN PARTICULAR CANDIDA. LA FRECUENCIA DE INFECCIONES SOBREAÑADIDAS ES MUCHO MAYOR CON TETRACICLINAS QUE CON PENICILINA O ESTREPTOMICINA.

TRATAMIENTO.- COOPER Y KOPEL SUGIRIERON UNA TÉCNICA PARA QUITAR PIGMENTACIONES ADAMANTINAS DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE TETRACICLINAS QUE IMPREGNA LOS DIENTES DE LOS NIÑOS TRATADOS CON DICHO MEDICAMENTO DURANTE EL DESARROLLO DENTARIO.

TÉCNICA.- SE COLOCA EL DIQUE DE GOMA CON VASELINA U OROBASE Y SE HACEN LIGADURAS ALREDEDOR DE CADA DIENTE. A CONTINUACIÓN SE LIMPIAN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y PROXIMALES CON UNA MEZCLA DE CLOROFORMO Y ALCOHOL Y SE COLOCA ÁCIDO FOSFÓRICO AL 50%. SE APLICA UNA HILACHA DE ALGODÓN A CADA DIENTE QUE LUEGO SE SUTURA CON SUPEROXOL (PERÓXIDO DE HIDRÓGENO AL 30%) Y ÉTER EN UNA PROPORCIÓN DE 5 A 1. EL PROCESO DE BLANQUEADO SE ACELERA CALENTANDO LA SOLUCIÓN CON UN INSTRUMENTO BLANQUEADOR QUE OPERA A UNOS -- 52°C. CADA DIENTE ES CALENTADO UNOS 30 SEGUNDOS Y LUEGO SE PASA AL SIGUIENTE. EL ALGODÓN DEBE ESTAR IMPREGNADO DE SUPEROXOL. LA SOLUCIÓN BLANQUEADORA SE QUITA DE LOS DIENTES CON AGUA Y ASPIRACIÓN, HIPOCLORITO DE SODIO Y NUEVAMENTE ENGUAGUES CON AGUA. HAY QUE TENER CUIDADO DE NO QUEMAR EL TEJIDO O CALENTAR EXCESIVAMENTE EL DIENTE. PARA ALCANZAR UN RESULTADO ACEPTABLE PUEDEN -- SER NECESARIOS DE CUATRO A CINCO SESIONES DE 30 MINUTOS. LOS -- DIENTES MANCHADOS DE ANARILLO O PARDO CLARO, REACCIONAN MEJOR QUE LOS DE COLOR PARDO O GRIS.

TRIMETROPIN-SULAMETAXOZAL.- LA INTRODUCCIÓN DEL TRIMETROPIN EN COMBINACIÓN CON EL SULFAMETAXOZAL CONSTITUYE UN ADELANTO IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE ANTIMICROBIANOS CLÍNICAMENTE EFICACES Y

REPRESENTA LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE UNA CONSIDERACIÓN TEÓRICA O SEA QUE SI DOS DROGAS ACTÚAN SOBRE ETAPAS SUCEсивAS EN LA VÍA DE UNA REACCIÓN ENZIMÁTICA OBLIGADA DE UNA BACTERIA, EL RESULTADO SERA SUPERADITIVO. AMPLIOS ESTUDIOS BIOQUÍMICOS DEL MODO DE ACCIÓN DE ÉSTA COMBINACIÓN INDICAN NETAMENTE QUE ASÍ OCURRE.

ES INDUDABLE QUE EN ÉSTA COMBINACIÓN CON TRIMETROPIN, EL SUJETO FAMILIAR ENCONTRARÁ UN AMPLIO CAMPO DE UTILIDAD TERAPÉUTICA. AMBOS SON BACTERICIDAS DE AMPLIO ESPECTRO, DESARROLLAN RESISTENCIA LENTAMENTE Y NO ALTERAN LA FLORA NORMAL DEL ORGANISMO.

ESTE MEDICAMENTO ESTÁ ALCANZANDO GRAN AUGE ENTRE LOS MÉDICOS POR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, ENTRE SUS EFECTOS ADVERSOS SON RELATIVAMENTE FRECUENTES LA ESTOMATITIS Y LA GLOSITIS, COMO EN CASI TODOS LOS ANTIBIÓTICOS.

BISMUTO.- ACTUALMENTE RARA VEZ SE OBSERVAN LAS COLORACIONES POR LOS COMPUESTOS DE BISMUTO, YA QUE LOS ANTIBIÓTICOS HAN SUSTITUIDO EN GRAN PARTE A ESTOS COMPUESTOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS. SIN EMBARGO, SE EMPLEA ALGUNAS VECES EN EL TRATAMIENTO DE LAS DERMATOSIS Y CUANDO SE USA DURANTE UN LARGO PERIODO, INCLUSO COMO PASTA DE APLICACIÓN LOCAL, PUEDE ORIGINAR PIGMENTACIONES BUCALES.

UNA DE LAS CONSECUENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN INTERNA ES EL BISMUTISMO O PIGMENTACIÓN BISMÚTICA DE LA MUCOSA BUCAL, INCLUYENDO EN ELLA EL "RIBETE BISMÚTICO" DE LOS MÁRGENES DE LAS ENCÍAS. EN ALGUNOS CASOS EL ÁREA LIGERAMENTE PIGMENTADA APENAS ES VISIBLE Y ESTÁ LIBRE DE INFLAMACIÓN. LA LENGUA SE ENCUENTRA ENNEGRECIDA

DOLOROSA Y CON AUMENTO DE VOLÚMEN. SE HA DEMOSTRADO QUE EL DEPÓSITO DE BISMUTO CON LA PIGMENTACIÓN CONSIGUIENTE SE PRODUCE MÁS FÁCILMENTE EN LAS ENCÍAS INFLAMADAS DE LAS BOCAS POCO CUIDADAS, -- O CON CÁLCULOS O PRÓTESIS MAL ADAPTADAS. ALGUNAS VECES LOS PACIENTES SE QUEJAN DE SABOR METÁLICO O DE SENSACIÓN DE ARDOR. TAMBIÉN SE HA OBSERVADO ESTOMATITIS Y ULCERACIONES ASOCIADAS.

LO MISMO QUE EN OTRAS ESTOMATITIS METÁLICAS TIENE IMPORTANCIA EVITAR LAS ALTERACIONES DE COLOR DE ORIGEN BISMÚTICA MEDIANTE UNA CUIDADOSA HIGIENE BUCAL TANTO POR PARTE DEL PACIENTE COMO DEL ODONTÓLOGO. LA REDUCCIÓN DE LAS DOSIS Y DE LA DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DISMINUIRÁN PROBABLEMENTE LA FRECUENCIA Y LA INTENSIDAD DE LA PIGMENTACIÓN. SE HA EMPLEADO EL SUPEROXOL (30% DE PEROXÍDO DE HIDRÓGENO) PARA ELIMINAR LAS PIGMENTACIONES BISMÚTICAS DE ESTOS TEJIDOS BUCALES, PUES LA OXIDACIÓN DEL SULFURO DE BISMUTO DA LUGAR A LA FORMACIÓN DE SULFATO DE BISMUTO SOLUBLE QUE FINALMENTE ES ELIMINADO.

E).- AGENTES ANTIINFLAMATORIOS.

OXIFENBUTAZONA Y FENILBUTAZONA.- LA FENILBUTAZONA ASÍ COMO SU ANÁLOGO HIDROXILADO LA OXIFENBUTAZONA SON ANTIINFLAMATORIOS EFICACES, PERO SU TOXICIDAD IMPIDE EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO.

LA FENILBUTAZONA Y LA OXIFENBUTAZONA SE ABSORBEN RÁPIDA Y COMPLETAMENTE EN EL APARATO GASTROINTESTINAL Y ALCANZAN CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA MÁXIMA EN 2 HORAS, LA SEMIVIDA PLASMÁTICA QUE TIENEN ESTOS MEDICAMENTOS ES DE 50 A 100 HORAS. SE EXCRETAN LENTA-

MENTE POR LA ORINA EN CANTIDADES INSIGNIFICANTES SIN MODIFICACIONES.

EFFECTOS TÓXICOS.- CUANDO SE EMPLEAN ESTOS MEDICAMENTOS DEBETENERSE CONSTANTE VIGILANCIA MÉDICA DEL PACIENTE, HACER ANÁLISIS-DE SANGRE FRECUENTES Y RESTRINGIR LA INGESTIÓN DE ELECTRÓLITOS. VALE MÁS LIMITAR SU USO PARA TRATAMIENTOS QUE NO DURAN MÁS DE UNA SEMANA. AÚN ENTONCES LA FRECUENCIA DE EFECTOS INDESEABLES ES DE 10%. CONVIENE ACONSEJAR AL PACIENTE QUE SUSPENDA EL MEDICAMENTO Y ACUDA PRONTO AL MÉDICO SI SUFRE FIEBRE, ERUPCIÓN CUTÁNEA, PRURITO, ICTERICIA, AUMENTO DE PESO O HECEAS CON ASPECTO DE ALQUITRÁN, DOLOR DE GARGANTA Y EN ALGUNOS PACIENTES AGRANDAMIENTO DE LAS --- GLÁNDULAS SALIVALES Y LESIONES ORALES (ESTOMATITIS ULCERATIVA). LA SUBSTANCIA ESTÁ CONTRAINDICADA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DISFUNCIÓN CARDÍACA, RENAL O HEPÁTICA Y EN LOS QUE TIENEN ANTECEDENTES DE ÚLCERA PÉPTICA O HIPERSENSIBILIDAD DE LOS FÁRMACOS. - LOS EFECTOS TÓXICOS SON MÁS GRAVES EN LOS ANCIANOS Y NO ES CONVENIENTE USAR EL FÁRMACO EN ESTOS PACIENTES.

#### F) METALES.

PLOMO.- LA INTOXICACIÓN POR PLOMO OCASIONADA POR UNA ABSORCIÓN PROLONGADA DE SUS SALES SE DENOMINA "PLUBISMO" O "SATURNISMO". EN EL PERÍODO DEL PLUBISMO, LOS SÍNTOMAS CONSISTEN EN PÉRDIDA DEL APETITO, NÁUSEAS, CÓLICOS ABDOMINALES Y NEURITIS PERIFÉRICA CON PARÁLISIS DE LOS NERVIOS EXTENSORES DE LA MANO O DE LOS DEDOS DEL PIE. EN LA BOCA SE HAN OBSERVADO SIGNOS DE ESTOMATI---



TIS ULCERATIVA NECROTIZANTE. CON EL DEPÓSITO DE PLOMO PUEDE APARECER EL CARACTERÍSTICO "RIBETE DE BURTON", EXISTE UNA LÍNEA AZULADA QUE SIGUE LOS MÁRGENES GINGIVALES INTERPROXIMALES Y LIBRES; PUEDE APARECER TAMBIÉN EN LA MUCOSA DE LAS MEJILLAS Y LA LENGUA. ESTAS PIGMENTACIONES LINEALES SE COMPONEN DE NUMEROSAS MÁCULAS MICROCÓPICAS QUE PROPORCIONAN UN ASPECTO PUNTEADO. LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PUEDEN IR ACOMPAÑADAS DE SIALORREA, SABOR METÁLICO Y LINFADENOPATÍA ACOMPAÑANTE.

LA TOXICOSIS POR PLOMO Y LAS PIGMENTACIONES BUCALES SE ENCUENTRAN RARAS VECES EN LA PRÁCTICA MODERNA, YA QUE EL PLOMO NO SE ADMINISTRA COMO MEDICAMENTO CASI NUNCA. SIN EMBARGO PUEDE PRODUCIRSE COMO CONSECUENCIA DE UNA EXPOSICIÓN EXCESIVA PROFESIONAL O DE UNA INTOXICACIÓN DEBIDA AL PLOMO DE LAS CONDUCCIONES DE AGUA O A PINTURAS, JUGUETES O VAJILLAS QUE LO CONTENGAN.

TRATAMIENTO.- LOS AGENTES QUELANTES COMO EL ÁCIDO ETILENDIAMINOTETRAACÉTICO, SON EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS DE PLUMBISMO. SE RECOMIENDA MANTENER UNA RIGUROSA HIGIENE BUCAL PARA EVITAR EL DEPÓSITO DE LOS COMPUESTOS DE PLOMO EN LOS TEJIDOS BUCALES. TAMBIÉN SE PUEDE ADMINISTRAR PENICILIAMINA (CUPRIMINE) HASTA 100mg/kg/ DÍA EN DOSIS DIVIDIDAS, NO MÁS DE 1 SEMANA. SI SE REQUIERE UN MAYOR LAPSO NO EXCEDA DE 40mg/kg/DÍA. ADMINISTRE EL MEDICAMENTO POR VÍA BUCAL, MEDIA HORA ANTES DE LAS COMIDAS. PARA LACTANTES, VACIE LAS CÁPSULAS EN CANTIDADES PEQUEÑAS DE JUGO DE FRUTAS.

ORO.- LOS EFECTOS TÓXICOS MÁS COMUNES PROVOCADOS POR EL ORO, SE PRESENTAN EN LA PIEL Y EN LAS MUCOSAS GENERALMENTE DE LA BOCA, EL PRURITO PASAJERO TEMPRANO ES LA INDICACIÓN DE QUE SE HA EXCEDIDO EL NIVEL DE TOLERANCIA. ENTRE LAS LESIONES DE LAS MUCOSAS FIGURAN: ESTOMATITIS, FARINGITIS, TRAQUEITIS, GASTRITIS, COLITIS Y VAGINITIS; LA GLOSITIS SUELE OBSERVARSE CON FRECUENCIA.

AL IGUAL QUE OCURRE CON LA PLATA, EN PIEL Y MUCOSAS PUEDE APARECER PIGMENTACIÓN QUE VA DEL GRIS AL AZUL (CRISIASIS) ESPECIALMENTE EN LAS REGIONES EXPUESTAS A LA LUZ. LA CRISIASIS SE TRATA CON SOLUCIÓN CONCENTRADA DE YODO.

ARSÉNICO.- LA INTOXICACIÓN CRÓNICA POR EL ARSÉNICO (ARSENISMO) PUEDE OCASIONAR UNA PIGMENTACIÓN GENERALIZADA DE LA PIEL. SIN EMBARGO, ESTE CAMBIO DE COLOR NO ES DEBIDO AL DEPÓSITO DEL METAL, SINO MÁS BIEN A LA MELANINA O A UNA SUSTANCIA MELANOIDE. EL ARSENISMO RARA VEZ ORIGINA ALTERACIONES DE LOS TEJIDOS BUCALES. NO OBSTANTE, CUANDO SE PRODUCE UNA ESTOMATITIS ARSENICAL, LAS LESIONES SE DESTACAN EN FORMA DE UNA ESTOMATITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE, INTENSAMENTE DOLOROSA, GINGIVITIS, EROSIONES DE LOS DIENTES Y A VECES NECROSIS DE LOS MAXILARES.

EL ARSÉNICO TIENE MUCHAS APLICACIONES EN LA INDUSTRIA, NO ES RARO EL EMPLEO DE LOS ARSENICALES COMO AGENTES TERAPÉUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATOSIS COMO EL LIQUEN PLANO, ECCEMA Y PSORIASIS, POR LO QUE SE RECOMIENDA LA MAYOR PRECAUCIÓN AL UTILIZARLO.

MERCURIO.- LA INTOXICACIÓN CRÓNICA DEBIDA AL USO INADECUADO DE MERCURIO SUELE DENOMINARSE HIDRARGIRISMO. OTROS NOMBRES EMPLEADOS PARA LA MISMA AFECCIÓN SON LOS DE PTIALISMO MERCURIAL, MERCURIALISMO E HIDRARGIRIA. LOS SIGNOS BUCALES DEL HIDRARGIRISMO CONSISTEN EN ESTOMATITIS ULCERATIVA, GLOSITIS, EXCESIVA SALIVACIÓN VISCOSA, SABOR METÁLICO Y PIGMENTACIÓN DIFUSA AZUL GRIS O NEGRA DE LAS ENCÍAS. TAMBIÉN PUEDE PRODUCIRSE DESTRUCCIÓN ALVEOLAR Y PÉRDIDA DE LOS DIENTES A CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN IRRITANTE DEL SULFURO DE MERCURIO.

EL HIDRARGIRISMO DEBIDO A MEDICACIÓN ES POCO FRECUENTE, YA QUE EN LA PRÁCTICA MODERNA RARA VEZ SE EMPLEA COMO AGENTE ANTISIFILÍTICO O PURGANTE, USOS QUE SE LE DABAN ANTIGUAMENTE. CUANDO SE PRODUCE LA INTOXICACIÓN SUELE SER CONSECUENCIA DE LA EXPOSICIÓN PROVISIONAL O DE DOSIFICACIÓN ACCIDENTAL EXCESIVA.

EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS AGUDOS DEL HIDRARGIRISMO RELEGA A UN SEGUNDO TÉRMINO GENERALMENTE CUALQUIER PREOCUPACIÓN ACERCA DE LA PIGMENTACIÓN. EN LOS CASOS CRÓNICOS, LA PIGMENTACIÓN VA DESAPARECIENDO POR MEDIO DE LA ELIMINACIÓN ESPONTÁNEA.

A) ENVENENAMIENTO AGUDO.

- 1.- MEDIDAS DE URGENCIA.- ELIMINAR EL VENENO INGERIDO MEDIANTE LAVADO GÁSTRICO CON AGUA CORRIENTE, EMESIS Y CATARSIS
- 2.- ANTÍDOTO.- ADMINISTRAR DIMERCAPOL, EL CUAL DEBE SER APLICADO DENTRO DE LAS PRIMERAS 4 HORAS DESPUÉS DEL ENVENENAMIENTO PARA OBTENER MÁXIMO BENEFICIO. SE ENCUENTRA DIS

PONIBLE COMO SOLUCIÓN AL 10% EN ACEITE PARA ADMINISTRA--  
CIÓN IM. CADA ÁMPULA CONTIENE 5ml O 500mg. ESTA CAN-  
TIDAD ES SUFICIENTE PARA PROPORCIONAR DOS DOSIS Y MEDIA-  
PARA UN ADULTO DE TAMAÑO PROMEDIO. LA DOSIS DEBE SER -  
DE 3 a 4 mg/kg. (O 0.3 A 0.4 ml/kg) CADA 4 HORAS POR ---  
DIEZ DÍAS. DOSIS MAYORES SON USADAS CUANDO LA CANTIDAD -  
DE VENENO ES MAYOR. SI LA NÁUSEA Y LA SUDACIÓN SON IN-  
TENSAS ADMINISTRESE SULFATO DE EFEDRINA 25mg POR VÍA ---  
ORAL ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA DOSIS DE DIMERCA  
POL. TAMBIÉN ES ÚTIL LA DIFENHIDRAMINA.

LA HEMODIÁLISIS ACELERARÁ LA REMOCIÓN DEL COMPLEJO DE --  
MERCURIO.

-DIMERCAPOL. LA PENICILINA TAMBIÉN ES EFECTIVA, SIN-  
EMBARGO, NINGUNO DE LOS DOS (DIMERCAPOL Y PENICILINA) --  
SON EFECTIVOS CONTRA LOS EFECTOS NEUROLÓGICOS CAUSADOS--  
POR LOS COMPUESTOS DE LOS ALQUILOS MERCURIALES.

### 3.- MEDIDAS GENERALES.

A) TRATESE EL CHOQUE.

B) TRATESE LAS LESIONES ESTENÓTICAS DEL SISTEMA DIGESTI-  
VO DESPUÉS DE PRACTICAR ENDOSCOPIA.

B) ENVENENAMIENTO CRÓNICO.

EVITAR NUEVAS EXPOSICIONES. ADMINISTRAR DIMERCAPOL. TRA-  
TAR LA OLIGURIA, MANTENER LA NUTRICIÓN POR VÍA INTRAVENOSA O ALI-

## MENTACIÓN ORAL.

PRONÓSTICO.- TANTO EN EL ENVENENAMIENTO CRÓNICO COMO EL AGUDO ES POSIBLE LA RECUPERACIÓN, SI SE ADMINISTRA DIMERCAPOL DURANTE -- UNA SEMANA POR LO MENOS. LA RECUPERACIÓN DEL DETERIORO MENTAL -- CAUSADO POR EL ENVENENAMIENTO CRÓNICO CON MERCURIO PUEDE LLEGAR A NO SER COMPLETA. LA MEJORÍA REQUIERE UNO O DOS AÑOS.

### G) MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER.

- REACCIONES ORALES DE LOS FÁRMACOS USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS.- DESDE HACE DOS DÉCADAS, LO QUE MÁS-- SE EMPLEABA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ERA LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA Y LA RADIOTERAPIA. AHORA, LA MAYORÍA DE LAS INVESTIGACIONES CLÍNICAS SOBRE EL CÁNCER SE DEDICAN A LA BÚSQUEDA DE COMPUESTOS Y SUSTANCIAS QUE DESTRUYEN E INHIBEN SELECTIVAMENTE EL CRECIMIENTO - DE LOS CÁLCULOS CANCEROSOS SIN EFECTOS ADVERSOS IMPORTANTES SOBRE LAS CÉLULAS NORMALES.

MUCHOS DE LOS AGENTES USADOS EN LA QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER-- PRODUCEN EFECTOS COLATERALES DESAGRADABLES, ES DECIR, ANOREXIA, -- NÁUSEAS, VÓMITOS Y DIARREAS. UN EJEMPLO DE LOS EFECTOS COLATERALES SON LOS CAUSADOS POR EL SULFATO DE BLEOMICINA ESTÉRIL, CUYOS - EFECTOS APARECEN EN TEGUMENTOS Y MEMBRANAS MUCOSAS. APROXIMADA-- MENTE EL 50% DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN ESTA DROGA ANTINEOPLÁSICA PRESENTAN ESTOMATITIS U OTRAS LESIONES DE LA PIEL.

PUEDEN SER TAMBIÉN MUY TÓXICAS PARA EL RIÑÓN, HÍGADO, MÉDULA-

ÓSEA; LAS ALTERACIONES DE LA MÉDULA ÓSEA SE REFLEJAN EN LA SANGRE PERIFÉRICA CON DIVERSOS GRADOS DE GRANULOCITOPENIA, LINFOPENIA, - TROMBOPENIA Y ANEMIA. LA TROMOCITOPENIA PUEDE DAR A VECES DIÁTE SIS HEMORRÁGICAS, CON HEMORRAGIAS PURPÚRICAS, PETEQUIALES Y SUBCU TÁNEAS EN EL TUBO GASTROINTESTINAL. POR ELLO UNA COMPLICACIÓN - FRECUENTE ES LA HEMORRAGIA GINGIVAL. OTRA COMPLICACIÓN ORAL FRE CUENTE DE LA QUIMIOTERAPIA ANTICANCEROSA ES LA ESTOMATITIS ULCERA TIVA, SOBRE TODO CON EL USO DE LOS ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO. LOS SIGNOS QUE ADVIERTEN UN INTENSO DÉFICIT DEL ÁCIDO FÓLICO SON: QUEILOSIOS Y FORMACIÓN DE ULCERACIONES DISCRETAS DE TAMAÑO PEQUEÑO O MODERADO EN LOS TEJIDOS BLANDOS PERIFÉRICOS DE LA BOCA. DE HE CHO MUCHOS CLÍNICOS UTILIZAN ESTAS MANIFESTACIONES COMO SIGNOS -- GUÍA PARA REGULAR EL CURSO DE LA QUIMIOTERAPIA.

A VECES LA DEPRESIÓN DEL RECUENTO DE LEUCOCITOSIS ALCANZA NI VELES PELIGROSOS, YA QUE LA FLORA NORMAL ORAL CONTIENE TANTO MI-- CROORGANISMOS PATÓGENOS POTENCIALES COMO NO PATÓGENOS, CASI SIEM PRE LA BOCA PUEDE SERVIR DE PUENTE DE ENTRADA DE INFECCIONES BRUS CAS EN LOS PERÍODOS DE LEUCOPENIA. LAS INFECCIONES POR HONGOS Y BACTERIAS SON LAS MÁS FRECUENTES. POR ELLO EL MANTENIMIENTO DE- NIVELES ÓPTIMOS DE HIGIENE ORAL ES MUY IMPORTANTE EN ÉSTOS RÉGIME NES TERAPÉUTICOS.

#### H) ANTICONVULSIVOS.

FENITOÍNA.- (DIFENIHIDANTOINA) ES FÁRMACO PRIMARIO PARA TO-- DAS LAS CLASES DE EPILEPSIA, EXCEPTO EL PEQUEÑO MAL.

EFFECTOS FARMACOLÓGICOS.- LA FENITOÍNA TIENE ACTIVIDAD ANTI--  
EPILEPTICA SIN CAUSAR DEPRESIÓN GENERAL DEL SNC. EN DOSIS TÓXI--  
CAS PUEDE PRODUCIR SIGNOS DE EXCITACIÓN Y EN CIFRAS MORTALES, UNA  
CLASE DE RIGIDEZ, DE DESCEREBRACIÓN. LAS PROPIEDADES MÁS FÁCIL--  
MENTE DEMOSTRABLES DE LA FENITOÍNA, SON LA CAPACIDAD PARA LIMITAR  
LA ACTIVIDAD CONVULSIVA MÁXIMA Y PARA DISMINUIR LA PROPAGACIÓN DE  
LOS PROCESOS CONVULSIVOS DE UN FOCO ACTIVO. LOS DOS CARACTERES--  
INDISCUTIBLEMENTE GUARDAN RELACIÓN CON SU ACTIVIDAD CLÍNICA.

LA FENITOÍNA TAMBIÉN HA SIDO USADA PARA TRATAR LOS PACIENTES  
PSICÓTICOS NO EPILEPTICOS PERTURBADOS, EN ALGUNAS OCASIONES NEU--  
RALGIAS DEL TRIGÉMINO Y AFINES, ASÍ COMO ARRITHIAS CARDÍACAS.

TOXICIDAD.- LOS EFECTOS TÓXICOS DE LA FENITOÍNA DEPENDEN DE--  
LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y LA DURACIÓN DE LA EXPOSICIÓN Y LA DO--  
SIS; ALGUNOS SON: CAMBIOS DE CONDUCTA, AUMENTO DE LA FRECUENCIA -  
DE CONVULSIONES, SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, OSTEOMELACIA, ANE--  
MIA MEGALOBLÁSTICA, HIRSUTISMO E HIPERPLASIA GINGIVAL, LA CUAL SE  
ADVIERTE EN 20% DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO CRÓNICO--  
Y PROBABLEMENTE SEA LA MANIFESTACIÓN MÁS CORRIENTE DE EFECTO TÓXI--  
CO DE LA FENITOÍNA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA HIPERPLASIA PARE--  
CE ENTRAÑAR TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LA COLÁGENA. NO SE MO--  
DIFICAN LAS PORCIONES EDÉNTULAS DE LAS ENCÍAS. EL ESTADO NO EXI--  
GE LA SUSPENSIÓN DEL MEDICAMENTO Y PUEDE DISMINUIRSE SU GRAVEDAD--  
POR HIGIENE BUCAL ADECUADA.

GINGIVITIS DILANTÍNICA.- LA DILANTINA FUÉ INTRODUCIDA COMO -

DROGA ANTIEPILÉPTICA EN 1938. DESDE QUE KIMBALL EN 1939 Y GLICKMAN Y LEWITUS EN 1941 PUBLICARON LOS CAMBIOS HIPERPLÁSTICOS GINGIVALES ASOCIADOS CON EL USO DE LA FENITOÍNA EN EPILÉPTICOS SE HA ACUMULADO UNA EXTENSA LITERATURA SOBRE EL TEMA.

LA HIPERPLASIA POR LO GENERAL ES MÁ S PRONUNCIADA ALREDEDOR DE LOS DIENTES ANTERIORES, MÁ S EXTENSA EN LAS CARAS VESTIBULARES-- QUE EN LAS LINGUALES Y MAYOR EN EL MAYOR EN EL MAXILAR SUPERIOR-- QUE EN EL INFERIOR. LA HIPERPLASIA GINGIVAL PUEDE COMENZAR ENTRE UNO A SEIS MESES DE LA INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO CON DROGAS. GENERALMENTE COMIENZA COMO UN SOBRECRECIMIENTO INFLAMATORIO DE -- LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y EN LOS ESTADÍOS TEMPRANOS ESTÁ CONFUNUDA A ÉSTAS, PERO MÁ S TARDE PUEDEN TOMAR LA ENCÍA LIBRE.

LAS PAPILAS APARECEN INICIALMENTE ROJAS, TUMEFACTAS Y BLAN-- DUAS. MÁ S TARDE LOS TEJIDOS EDEMATOSOS E HINCHADOS, SUFREN UNA -- FIBROSIS, SE HACEN MÁ S DENSOS Y DE COLOR MENOS ROJIZOS Y DISMINU-- YE LA TENDENCIA AL SANGRADO FRENTE A LA PROVOCACIÓN, HASTA QUE EN LAS LESIONES DE LARGA DATA, LA TEXTURA SUPERFICIAL DE LA ENCÍA ES CASI NORMAL, AUNQUE SIEMPRE HAYA EVIDENCIA DE INFLAMACIÓN CUANDO-- LA ENCÍA HACE CONTACTO CON EL DIENTE. EN LOS CASOS DE LARGA DU-- RACIÓN, LAS PAPILAS HIPERPLÁSTICAS SE ACERCAN ENTRE SÍ Y FINALMEN-- TE SE HACEN CONFLUYENTES A LA MANERA DE UNA GRAVE HIPERPLASIA QUE RODEA A LOS DIENTES. TAMBIÉN PUEDE DESARROLLARSE UNA HIPERPLA-- SIA SECUNDARIA DE LA ENCÍA ADHERIDA. LOS TEJIDOS FIBRÓTICOS HI-- PERPLÁSTICOS TIENDEN A ACUÑAR LOS DIENTES SEPARÁNDOLOS Y ABRIENDO--



LOS CONTACTOS, ESPECIALMENTE EN LA REGIÓN ANTEROSUPERIOR. DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOLÓGICO, LA HIPERPLASIA GINGIVAL TEMPRANA - SE CARACTERIZA POR UNA INFLAMACIÓN MARCADA Y DIFUSA. MÁS TARDE, LOS TEJIDOS QUE ESTAN MÁS ALEJADOS DEL CONTACTO CREVICULAR CON EL DIENTE, COMIENZAN A SUFRIR UNA FIBROSIS POR MEDIO DE LA FORMACIÓN DE GRUESOS HACES DE FIBRAS COLÁGENAS. EN LA HIPERPLASIA DE LARGA DATA, LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS A MENUDO SE CONFIRMAN CERCA -- DEL SURCO GINGIVAL, MIENTRAS QUE EL RESTO DE LA ENCIA FIBRÓTICA - NO PUEDE DISTINGUIRSE DE LA FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA O - DE LOS ÉPULIS FIBROIDES.

TRATAMIENTO.- SE HA DEMOSTRADO QUE LA HIPERPLASIA PUEDE IMPE DIRSE CON UNA BUENA HIGIENE BUCAL, MASAJE DE LAS ENCÍAS Y SI LOS- TEJIDOS HIPERPLÁSICOS SE ELIMINAN QUIRÚRGICAMENTE POR UNA GINGI-- VECTOMÍA O UNA TÉCNICA DE COLGAJO Y EL PACIENTE MANTIENE SUS CUI- DADOS BUCALES LA HIPERPLASIA NO VOLVERÁ. UN PROBLEMA ES EL MANE JO DE LA HIGIENE ORAL ESPECIALMENTE EN LAS PERSONAS RETARDADAS.

LA HIPERPLASIA DILANTÍNICA LEVE EN LOS ESTADÍOS INFLAMATO--- RIOS AGUDOS TEMPRANOS PUEDE REMITIR CASI POR COMPLETO CON LA PRO- FILAXIS Y UNA BUENA HIGIENE ORAL Y NO REQUIERE LA REMOCIÓN QUIRÚR- GICA DE LOS TEJIDOS HIPERPLÁSICOS.

1) OTROS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR REACCIÓN A NIVEL --- ORAL.

LA MAYORÍA DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS, LOS ANTICOLINÉRGICOS Y--

MUCHAS DE LAS DROGAS HIPERTENSIVAS, TALES COMO LA METILDOPA, LA CLORIDINA Y LA RESERPINA PROVOCAN RESEQUEZAD BUCAL. TAMBIÉN PUEDE OBSERVARSE XEROSTOMÍA CON CUALQUIERA DE LOS COMPUESTOS DE LAS DROGAS QUE CONTIENEN ATROPINA O UNA COMBINACIÓN DE LAS PORCIONES- ACTIVAS DE LA ATROPINA Y DE OTRAS DROGAS. EL LOMOTIL CONTIENE-- ATROPINA Y SE EMPLEA PARA LA MOVILIDAD INTESTINAL LENTA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA. LAS ERUPCIONES LIQUENOIDES Y EL DOLOR EN LA BOCA PUEDEN VERSE CON EL USO DE LA CLOROPROPAMIDA, QUE ES UN AGENTE HIPOGLUCÉMICO ORAL UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO DE CIERTOS PACIENTES DIABÉTICOS. LA FENAZOPIRIDINA PUEDE PROVOCAR ALTERACIONES OCASIONALES INCLUYENDO ESTOMATITIS.

MUCHAS DROGAS PRODUCEN ALTERACIÓN DEL GUSTO, CON O SIN GLOSITIS O ESTOMATITIS ACOMPAÑANTES. EL METRONIDAZOL ES UN EFECTIVO- TRIACOMINICIDA Y AMEBICIDA, PERO LOS EFECTOS COLATERALES INCLUYEN UN SABOR DESAGRADABLE, AGUDO Y METÁLICO, LENGUA AFELPADA, GLOSITIS Y ESTOMATITIS EN ALGUNOS PACIENTES, CON EL USO DE ESTA DROGA- PUEDE PRODUCIRSE UN REPENTINO CRECIMIENTO DE CANDIDA.

SE HAN PRODUCIDO FRECUENTEMENTE EN LA BOCA Y LA FARINGE DE PACIENTES QUE EMPLEAN DIPROPIONATO DE BECLOMETAZONA, QUE ES UN ESTEROIDE ANTIINFLAMATORIO QUE SE DA PARA EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS DEL ASMA BRONQUIAL, INFECCIONES LOCALIZADAS DE CANDIDA ALBICANS.

HEMOS VISTO ALGUNOS MEDICAMENTOS QUE CAUSAN EFECTOS COLATERALES ADVERSOS RELACIONADOS -

CON LAS ESTRUCTURAS ORALES, QUE VIENEN A SER RELATIVAMENTE POCOS CONSIDERANDO LA GRAN CANTIDAD DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES. LOS EFECTOS ADVERSOS AQUI -- TRATADOS NO APARECEN INVARIABLEMENTE Y NO ESTÁN NECESARIAMENTE LIMITADOS A -- LAS DROGAS MENCIONADAS.

DROGAS PARA SER UTILIZADAS EN EMERGENCIA.

- ATAQUE ANAFILÁCTICO, SHOCK ANAFILÁCTICO.

1.- EPINEFRINA (AMPOLLETA DE 1ml:1000) 1mg/ml IV.

- ATAQUE ASMÁTICO.

1.- AMINOFILINA (AMPOLLETA DE 10ml) 25mg/ml IV.

2.- HIDROCORTISONA (FLEBOCORTID) AMPOLLETA DE 50mg/kg DE PESO--- IV DIRECTA EN UN LAPSO DE 2 A 4 MINUTOS, PUDIENDOSE REPETIR- ESTA DOSIS CADA CUATRO A SEIS HORAS.

3.- DEXAMETASONA (DECADRON INYECTABLE) 1 A 5ml IV O IM, REPÍTASE LA DOSIS HASTA OBTENER RESULTADOS.

4.- SALBUTAMOL (VENTOLIN) UNA A DOS INHALACIONES 3 A 4 VECES AL-DÍA.

5.- CROMOGLICATO DISÓDICO (INOSTRAL) CÁPSULAS PARA INHALACIÓN O RAL UNA CADA TRES HORAS.

- ANGINA DE PECHO.

- 1.- DINITRATO DE ISORBIDE (ISORBID) TABLETAS ORAL 3 ó 4 VECES - AL DÍA.
- 2.- NITROGLICERINA.- SUMINISTRAR UNA CÁPSULA MASTICABLE.

- ANSIEDAD Y CONVULSIONES.

- 1.- DIAZEPAM (VALIUM) 10 a 30mg AL DÍA EN COMPRIMIDOS.

- HIPOTENSIÓN.

- 1.- ETIL-ADRIANOL (EFFORTIL) UNA AMPOLLETA IV DE 10mg LENTA CON INTERVALOS DE 1 a 3 HORAS.

- REDUCCIÓN DE LA SALIVACIÓN Y SECRECIONES BRONQUIALES.

- 1.- SULFATO DE ATROPINA (TROPYN "Z") AMPOLLETA DE 10ml 0.01mg - POR KG DE PESO CORPORAL, IV, IM.

- NÁUSEA Y VÓMITO.

- 1.- DIMENHIDRINATO (DRAMAMINE) AMPOLLETAS DE 1ml CONTENIENDO -- 50mg DE DIMENHIDRINATO, 50 a 100mg IV PREFERENTEMENTE CADA- 4 HORAS.
- 2.- DIFENIL-PIPERIDINBUTANOL (VONTROL AMPOLLETAS DE 2ml) PARA - UN RÁPIDO CESE DE LOS SÍNTOMAS AGUDOS APLICAR 2ml IM.

- REACCIONES ALÉRGICAS.

- 1.- MALEATO DE CLORFENIRAMINA (CLORO-TRIMETON AMPOLLETAS DE 10- mg POR ml) APLICAR UNA O DOS AMPOLLETAS IM.

- DOLOR MODERADO A SEVERO.

- 1.- MEPERIDINA (DEMEROL) AMPOLLETAS DE 2ml CONTENIENDO 100mg DE

MEPERIDINA.

- DOLOR INTENSO, INFARTO DEL MIOCARDIO.

1.- SULFATO DE MORFINA (AMPOLLETA DE 1 ml) 10mg/ml IV.

- ANTAGONISTAS DE ANALGÉSICOS Y NARCÓTICOS.

1.- CLORHIDRATO DE NALOXONA (NARCANTI) AMPOLLETAS DE 1ml CONTENIENDO 0.4mg A 2mg IV, REPITIENDOSE LA DOSIS INICIAL A LOS DOS O TRES MINUTOS EN ADULTOS. EN LOS NIÑOS LA DOSIS INICIAL ES DE 0.01mg/kg DE PESO IV. SI LA DOSIS ADMINISTRADA NO PRODUCE EL NIVEL DE MEJORAMIENTO CLÍNICO ESPERADO SE PUEDE VOLVER A ADMINISTRAR UNA DOSIS DE 0.1 mg/kg DE PESO.

- ACIDOSIS COMO EN EL PARO CARDÍACO.

1.- BICARBONATO DE SODIO (GRANULADO MANUELL) POLVO. UN SOBRECITO EN MEDIO VASO DE AGUA HASTA CUATRO VECES AL DÍA.

- SHOCK GRAVE.

1.- SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA (SOLU-CORTEF) FRASCO ÁMPULA DE 10ml. EN CASOS DE URGENCIA, LA DOSIS INICIAL DE SOLU-CORTEF ES DE 100 A 250 mg IV, EN UN PERÍODO DE POR LO MENOS 30 SEGUNDOS. ESTA DOSIS PUEDE REPETIRSE A INTERVALOS DE 1, 3, 6 Y 10 HORAS TAL COMO INDIQUE LA RESPUESTA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO.

- HIPERSENSIBILIDAD, SHOCK SÉPTICO, HIPOVOLÉMICO Y TRAUMÁTICO.

1.- SUCCINATO SÓDICO DE METIL PREDNISOLONA (SOLU-MEDROL) SOLUCIÓN INYECTABLE. LA DOSIS SUGERIDA EN SHOCK ES DE 30/mg/kg DE PESO.

LA TERAPIA SE INICIA ADMINISTRANDO SOLU-MEDROL POR VÍA ENDOVENOSA DIRECTA EN UN PERÍODO DE 10 A 20 MINUTOS. EN GENERAL LA TERAPIA DEBERÁ SER CONTINUADA SOLO HASTA QUE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE SE HALLE ESTABILIZADA.

NOTA.- LAS DOSIFICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS NO SON NECESARIAMENTE LAS DOSIS TERAPÉUTICAS. LAS INDICACIONES PARA SU USO VARIAN CON CADA PACIENTE.

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

HEMOS VISTO QUE CADA AÑO SURGEN NUEVOS MEDICAMENTOS DE LOS -  
CUALES MUY POCOS SON EN REALIDAD DE CADA NUEVO MEDICAMENTO, ASÍ -  
COMO SUS POSIBLES EFECTOS TÓXICOS, NO SOLO EN CAVIDAD ORAL SINO--  
A NIVEL GENERAL PUEDEN NO ESTAR COMPLETAMENTE DETERMINADOS HASTA--  
PASADO ALGÚN TIEMPO DE ESTAR EN USO CLÍNICO GENERAL. ESTO REAL--  
ZA LA OBLIGACIÓN QUE TENEMOS TANTO MÉDICOS COMO ODONTÓLOGOS DE --  
MANTERNOS AL DÍA DE LOS ADELANTOS DE LA FARMACOTERAPIA. SIN--  
EMBARGO, PARA QUE SE HAGA A TIEMPO EL CAMBIO PRUDENTE DE UN FÁRMA--  
CO ANTIGUO A UNO NUEVO, ES NECESARIO CONTAR CON LA INFORMACIÓN,--  
CRÍTICA, PRONTA Y SIN PERJUICIOS ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE -  
APARECEN. PODEMOS ENCONTRAR RESUMIDA UNA RAZONABLE ACTITUD EN--  
EL ADAGIO QUE ACONSEJA AL MÉDICO EN NO SER "NI EL PRIMERO EN USAR  
UN NUEVO FÁRMACO NI EL ÚLTIMO EN DESCARTAR EL ANTIGUO".

CREO QUE ES IMPORTANTE LA DISMINUCIÓN EN EL MERCADO DEL NÚME--  
RO DE CONGÉNERES MUY PARECIDOS Y DE MEZCLAS MEDICAMENTOSAS O LAS--  
LLAMADAS BOMBAS Y EL MEJORAMIENTO DE LAS CAMPAÑAS PUBLICITARIAS--  
DEL COMERCIO DE FÁRMACOS, YA QUE PIENSO QUE EN LA LITERATURA MÉ--  
DICA QUE OFRECEN LOS LABORATORIOS TANTO A MÉDICOS COMO A ODONTÓLO--  
GOS SE DEBERÍA DE INFORMAR HONESTAMENTE SOBRE TODOS AQUELLOS EFEC--  
TOS TÓXICOS GRAVES O NO GRAVES QUE PUDIERA DESENCADENAR O NO EL -  
MEDICAMENTO EN CUESTIÓN.

COMO VEMOS EN LA PRÁCTICA DIARIA, EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON FRECUENCIA DISTA DE SER ÓPTIMO. MUCHOS FACTORES CONTRIBUYEN A ESTOS FRACASOS TERAPÉUTICOS Y EL ODONTÓLOGO NO ES EL ÚNICO RESPONSABLE. YA QUE SE DESCUBRE CON FRECUENCIA, QUE EL TRATAMIENTO SUBÓPTIMO Y LOS EFECTOS PERJUDICIALES INNECESARIOS, RESULTAN DE QUE RECETÓ UN FÁRMACO SIN INDICACIÓN VALEDERA O POR MOTIVOS MARGINALES DE ELECCIÓN INADECUADA DEL MEDICAMENTO, USO NO APROPIADO DEL AGENTE ADECUADO, NO EMPLEAR EL TRATAMIENTO AUXILIAR INDICADO O VIGILANCIA INSUFICIENTE DE LA TERAPÉUTICA. GRAN PARTE DE ESTE USO IMPROPIO DE FÁRMACOS POR EL FACULTATIVO ES SENCILLAMENTE FRACASO EN LA APLICACIÓN DE PRINCIPIOS FARMACOLÓGICOS.

PARA ASEGURAR EL USO LÓGICO DE FÁRMACOS, PIENSO QUE SE DEBERÍA EXAMINAR CADA PROPUESTA TERAPÉUTICA, DE MANERA SISTEMÁTICA, VALIÉNDOSE DE PREGUNTAS SEMEJANTES A LAS SIGUIENTES:

¿HAY INDICACIÓN VALEDERA PARA ESTE FÁRMACO?

¿ES EL AGENTE DE ELECCIÓN?

¿SUS EFECTOS SON MODIFICADOS POR LA ENFERMEDAD DEL SUJETO O POR LOS MEDICAMENTOS CONCOMITANTES?

¿EL SISTEMA DE DOSIFICACIÓN ES ADECUADO?

¿ESTÁN INDICADOS MEDICAMENTOS AUXILIARES?

¿CUAL ES LA FINALIDAD TERAPÉUTICA Y QUE DATOS DE EFICACIA Y POSIBLES EFECTOS PERJUDICIALES PUEDEN VIGILARSE?

¿EL PACIENTE ESTÁ DEBIDAMENTE INFORMADO Y ENSEÑADO ACERCA DEL MEDICAMENTO Y CABE ESPERAR QUE CUMPLA CON EL SISTEMA?



CREO QUE ESTE SISTEMA BRINDA UN MARCO GENERAL PARA LA APLICACION EFICAZ DE PRINCIPIOS FARMACOLÓGICOS Y PARA ESTABLECER UNA ACTITUD JUSTA HACIA LOS FÁRMACOS Y SU EMPLEO. PORQUE COMO YA HEMOS VISTO EN ESTA TESIS, NO SOLO ES EL HECHO DE RECETAR TAL O CUAL MEDICAMENTO, SINO SABER EN LO MEJOR POSIBLE, ALGUNAS DE SUS REACCIONES TÓXICAS, EN LO QUE RESPECTA A NOSOTROS; EN CAVIDAD ORAL, PREFERENTEMENTE, PERO VALORANDO SOBRE TODO SUS PROPIEDADES TERAPÉUTICAS.

G L O S A R I O

- ALÉRGENO.**- SUSTANCIA HIPOTÉTICA DE NATURALEZA TÓXICA QUE PRODUCE-  
ALERGIA.
- ALOPECIA.**- CALVICIE, DEFICIENCIA NATURAL O ANORMAL DE CABELLO.
- ANAFILAXIA.**- AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD DEL ORGANISMO DEBIDO A LA  
ACCIÓN DE SUSTANCIAS PROTEÍCAS, CUANDO PASADO ALGÚN--  
TIEMPO DE HABER SIDO INYECTADAS EN ÉL, SE INYECTAN NUE-  
VAMENTE, AÚN EN MUY PEQUEÑAS CANTIDADES, PRODUCIENDO -  
DESÓRDENES VARIOS Y A VECES MUY GRAVES. IMPRESIONABI-  
LIDAD EXAGERADA DE ALGUNAS PERSONAS A LA ACCIÓN DE ---  
CIERTAS SUSTANCIAS ALIMENTICIAS O MEDICAMENTOS.
- ANGIOEDEMA.**- ACUMULACIÓN EXCESIVA DE LÍQUIDO SEROALBUMINOSO EN EL  
TEJIDO CELULAR DE LOS VASOS, DEBIDO A DIVERSAS CAUSAS.
- ANHIDREMIA.**- DEFICIENCIA DE AGUA O SALES EN LA SANGRE.
- ANOREXIA.**- FALTA DE APETITO.
- ANTISÉPTICO.**- QUE IMPIDE LA INFECCIÓN O LA PUTREFACCIÓN. SUSTAN-  
CIA DESTRUCTORA DE LOS GÉRMINES INFECTIVOS.
- ANURIA.**- O ANURESIS, SUPRESIÓN O DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN DE  
LA ORINA.
- APONEUROSIS.**- (APONEURÓTICO) MEMBRANA FIBROSA, BLANCA, LUCIENTE,-  
RESISTENTE, QUE SIRVE PRINCIPALMENTE DE ENVOLTURA A -  
LOS MÚSCULOS.
- BACTERICIDA.**- DESTRUCTOR DE BACTERIAS.

- BACTERIOSTÁTICO.-** (BACTERIOSTASIS) DETENCIÓN DEL DESARROLLO DE --  
LAS BACTERIAS.
- CATARSIS.-** PURGACIÓN O EVACUACIÓN.
- CEFALEA.-** DOLOR DE CABEZA.
- CIANOSIS.-** COLORACIÓN AZUL DE LA PIEL Y MUCOSAS, ESPECIALMENTE LA  
DEBIDA A ANOMALÍAS CARDIACAS, CAUSA DE LA OXIGENACIÓN--  
INSUFICIENTE DE LA SANGRE.
- COMA.-** ESTADO DE SOPOR PROFUNDO COM ABOLICIÓN DEL CONOCIMIEN--  
TO, SENSIBILIDAD Y MOVILIDAD, QUE APARECE EN EL CURSO--  
DE CIERTAS ENFERMEDADES O DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO --  
GRAVE.
- COLAPSO.-** ESTADO DE POSTRACIÓN EXTREMA Y DEPRESIÓN REPENTINA CON  
DEBILIDAD DE LAS FUNCIONES CARDIACAS; ESTADO INTERME--  
DIO ENTRE EL SÍNCOPE Y LA ADINAMIA.
- DEMULCENTE.-** EMOLIENTE.
- DERMATITIS.-** INFLAMACIÓN DE LA PIEL.
- DIÁTESIS.-** PREDISPOSICIÓN ORGÁNICA A CONTRAER UNAS ENFERMEDADES -  
MÁS BIEN QUE OTRAS.
- DISCRASIA.-** TÉRMINO DE LA MEDICINA ANTIGUA QUE INDICA ALTERACIÓN--  
EN LA COMPOSICIÓN DE LOS HUMORES, ESPECIALMENTE DE LA -  
SANGRE, MALA CONSTITUCIÓN.
- DETRITO O DETRITUS.-** RESTOS O RESIDUOS DE UN CUERPO DESORGANIZADO
- ELEIDINA.-** SUSTANCIA OLEOSA, SEMEJANTE A LA QUERATINA, QUE SE EN--  
CUENTRA EN LAS CÉLULAS DEL ESTRATO LÚCIDO DE LA EPIDERMIS

SIN. PROQUERATÓGENO, QUERATOHIALINO.

ENDOMISIO.- VAINA DE TEJIDO AREOLAR QUE SEPARA LAS FIBRILLAS DE UN FASCÍCULO MUSCULAR. PERMISIO INTERNO.

ERITRODERMIA.- AFACCIÓN CUTÁNEA CARACTERIZADA PRINCIPALMENTE POR - EL ENROJECIMIENTO O ERITEMA; PITIRIASIS RUBRA.

ESFACELO.- MASA DE TEJIDO GANGRENADO, GANGRENA HÚMEDA.

ESCOZOR.- SENSACIÓN DE DOLOR Y ARDOR DETERMINADA POR QUEMADURAS LI-  
GERAS, PICADURAS DE ORTIGAS, CONTACTO DE SUSTANCIAS IRRI-  
TATIVAS, ETC., EN LA PIEL O MUCOSAS.

ESTENOSIS.- ESTRECHEZ PATOLÓGICA, CONGÉNITA O ACCIDENTAL DE UN ORI-  
FICIO O CONDUCTO.

ESPASMOS.- CONTRACCIÓN INVOLUNTARIA PERSISTENTE DE UN MÚSCULO O --  
GRUPO MUSCULAR; ALGUNOS RESERVAN EL NOMBRE DE ESPASMOS PA-  
RA LA CONTRACCIÓN TÓNICA PERSISTENTE DE LOS MÚSCULOS DE -  
FIBRA LISA.

ESTOMATITIS.- INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA DE LA BOCA.

ESCORIACIÓN.- PÉRDIDA SUPERFICIAL DE SUSTANCIA QUE SOLO INTERESA -  
LA EPIDERMIS, COMO LA PRODUCIDA POR LA RASCADURA.

FUSOSPIROQUETOSIS.- INFECCIÓN CON BACILOS FUSIFORMES Y ESPIROQUE-  
TAS; FUSOSPIRILOSIS.

GLOSITIS.- INFLAMACIÓN DE LA LENGUA.

HAPTENO.- ANTÍGENO PARCIAL QUE REACCIONA ESPECÍFICAMENTE CON LOS -  
ANTICUERPOS PERO QUE NO ES CAPAZ DE PROVOCAR SU APARI---  
CIÓN. ACOPLADO A DETERMINADAS SUSTANCIAS, PUEDEN TRANS

FORMARSE EN ANTÍGENOS COMPLETOS.

HIPERPIREXIA.- HIPERTERMIA, AUMENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL.

HIRSUTISMO.- (HIPERTRICOSIS) DESARROLLO EXAGERADO DE PELO O CABELLERA, ESPECIALMENTE EN LA MUJER.

ICTERICIA.- COLORACIÓN AMARILLA DE LA PIEL, MUCOSAS Y SECRECIONES DEBIDO A LA PRESENCIA DE PIGMENTOS BILIARES EN LA SANGRE.

MESÉNQUIMA.- TEJIDO CONJUNTIVO EMBRIONARIO QUE FORMA LA MAYOR PARTE DEL MESODERMO Y DEL QUE DERIVAN LOS TEJIDOS CONJUNTIVOS Y VASOS SANGUÍNEOS, ASÍ COMO LINFÁTICOS.

MIASTENIA.- FALTA O PÉRDIDA DE FUERZA MUSCULAR.

NECROSIS.- MORTIFICACIÓN DE UN TEJIDO EN GENERAL, GANGRENA; LA PARTE NECROSADA SE LLAMA SECUESTRO.

OLIGURIA.- SECRECIÓN DEFICIENTE DE ORINA.

OSTEOMIELITIS.- INFECCIÓN PIÓGENA DEL HUESO Y MÉDULA ÓSEA.

PÁPULA.- ELEVACIÓN ERUPTIVA PEQUEÑA, SÓLIDA CIRCUNSCRITA DE LA PIEL; TERMINA ORDINARIAMENTE POR DESCAMACIÓN; ES UNA DE LAS LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL.

PLACEBO.- NOMBRES QUE LOS AUTORES ANGLOSAJONES DAN A LAS PREPARACIONES FARMACÉUTICAS QUE SOLO CONTIENEN PRODUCTOS INERTES Y QUE SE PRESCRIBEN PARA LOGRAR UN EFECTO PSICOTERÁPICO.

PERITONITIS.- INFLAMACIÓN AGUDA O CRÓNICA DEL PERITONEO.

PERIMISIO.- VAINA FINÍSIMA DE TEJIDO CONJUNTIVO QUE RODEA AL MÚSCULO (PERIMISIO EXTERNO) Y ENVÍA PROLONGACIONES QUE-

AÍSLAN LOS DIVERSOS FASCÍCULOS (PERMISIO INTERNO).

QUERATINIZACIÓN.- CONVERSIÓN EN TEJIDO CórNEO.

SABURRA.- MATERIA MUCOSA, ESPESA, INDIGERIDA EN EL ESTÓMAGO (SABURRA GÁSTRICA), O FORMANDO UNA CAPA SOBRE LA LENGUA, - INDICIO DE UN ESTADO DE DISPEPSIA.

SÍNCOPE.- DESFALLECIMIENTO, DESMAYO, LIPOTIMIA, GENERALMENTE CONSECUTIVO A UNA ANEMIA CEREBRAL AGUDA. MUERTE APARENTE O REAL SÚBITA POR PARÁLISIS CARDÍACA.

TERATÓGENO.- QUE PUEDE CAUSAR MONSTRUOSIDAD O TERATISMO.

VESÍCULA.- VEJIGA PEQUEÑA; ÓRGANO EN FORMA DE SAQUITO O BOLSA, VEJIGUILLA CUTÁNEA FORMADA POR LA ELEVACIÓN CIRCUNSCRITA - DE LA EPIDERMIS LLENA DE LÍQUIDO SEROSO.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- GLICKMAN, IRVING.  
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. 1974  
4a. EDICIÓN.  
999 PÁGINAS.
  
- 2.- GOODMAN, LOUIS S. ALFRED GILMAN.  
BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA 1979  
5a. EDICIÓN.  
1412 PÁGINAS.
  
- 3.- H. DREISBACH ROBERT.  
MANUAL DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V. 1984.  
5a. EDICIÓN.  
586 PÁGINAS.
  
- 4.- HAM, ARTHUR W.  
HISTOLOGÍA ORAL.  
EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. 1975  
7a. EDICIÓN.  
935 PÁGINAS.

- 5.- HYMAN, GEORGE A., AUSTIN H. KUTSCHER, EDWARD V. ZEGARELLI.

DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.

SALVAT EDITORES S.A. 1981

1a. EDICIÓN.  
651 PÁGINAS.

- 6.- INGLE, JOHN IDE. EDWARD EDGERTON BEVERIDGE.

ENDODONCIA.

EDITORIAL INTERAMERICANA 1979

3a. EDICIÓN.  
780 PÁGINAS.

- 7.- KRUGER GUSTAVO.

CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA 1982

5a. EDICIÓN.  
685 PÁGINAS.

- 8.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS.

EDICIONES PLM S.A. 1986

EDICIÓN MEXICANA.