

Redacción: CADIME
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Aptdo. 2070. 18080 Granada. España.
Tfno. 958 027 400, Fax 958 027 505
www.easp.es/cadime
e-mail: cadime@easp.es

Boletín Terapéutico ANDALUZ

El Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) es una publicación bimestral, que de forma gratuita se destina a los sanitarios de Andalucía con el fin de informar y contribuir a promover el uso racional de los medicamentos. Este boletín es miembro de la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (I.S.D.B.).

EN ESTE NÚMERO ...

1 • Utilización de medicamentos

Derivados del Cannabis: papel en terapéutica

El uso terapéutico del Cannabis y sus derivados no está permitido en España. En EE.UU. y el Reino Unido, los únicos cannabinoides autorizados son dronabinol y nabilona, respectivamente.

2 • Tribuna terapéutica

Abcesos de origen dental: ¿son siempre necesarios los antibióticos?

Aunque en nuestro medio se utiliza con asiduidad el tratamiento con antibióticos es complementario a la intervención dental que resulta primordial.

1 Utilización de medicamentos

Derivados del Cannabis: papel en terapéutica

RESUMEN

El Cannabis se ha venido utilizando con diversos fines terapéuticos desde la antigüedad; en los últimos tiempos algunos sectores médicos y sociales de diversos países, incluyendo España, vienen solicitando la autorización para su uso en terapéutica. En la mayoría de los países, el Cannabis y sus derivados son estupefacientes ilícitos; mientras que, en EE.UU está autorizado dronabinol; y nabilona, en el Reino Unido.



INTRODUCCIÓN

La planta del Cannabis usualmente se fuma y, por tratarse de un material natural de composición compleja, no permite realizar ensayos clínicos reproducibles. Dronabinol y nabilona, derivados sintéticos para administración oral, están indicados como antieméticos en pacientes sometidos a quimioterapia; adicionalmente, el uso de dronabinol también está autorizado como estimulante del apetito en pacientes con infección por VIH. El papel en terapéutica de estos cannabinoides no parece estar establecido dada la insuficiente experiencia clínica disponible, y la ausencia de ensayos clínicos comparativos con otras alternativas terapéuticas.

La utilización del Cannabis (o Marihuana) con fines terapéuticos es muy antigua. Ya se utilizaba en la medicina china hace unos 5.000 años como remedio frente a la malaria, el estreñimiento, y como analgésico; existiendo numerosos antecedentes sobre su utilización médica desde hace siglos en Asia, Oriente Medio, Africa y Sudamérica (1). El Cannabis se utilizó en Europa bajo prescripción médica durante el siglo XIX y principios del XX (2). Actualmente en España tanto el Cannabis, como sus posibles sales y derivados, se incluyen entre los estupefacientes de la Lista IV y por tanto están prohibidas su producción, fabricación, exportación, importación y comercio (3,4).

En diversos países, ciertos sectores médicos vienen solicitando la legalización del Cannabis con fines terapéuticos (5-7), basándose principalmente en la utilización que se ha venido haciendo durante cientos de años con fines terapéuticos (6). En nuestro país, se han presentado propuestas para la despenalización del uso terapéutico del Cannabis y sus derivados tanto en el parlamento nacional, como en el catalán (8) y en el de Andalucía (9).

LA PLANTA Y SUS PRINCIPIOS ACTIVOS

El Cannabis (*Cannabis sativa*) contiene una mezcla compleja de más de 400 componentes derivados de la planta. Se han descrito

PRINCIPALES USOS TERAPÉUTICOS DEL CANNABIS Y DERIVADOS

Situación clínica	Comentarios
Emesis asociada a quimioterapia	Dronabinol y nabilona están autorizados para esta indicación en EE. UU y Reino Unido, respectivamente.
Anorexia en pacientes con infección por VIH	Dronabinol está autorizado en EE. UU para esta indicación.
Esclerosis múltiple y espasticidad muscular.	En dos estudios controlados con THC, otro con nabilona y en otro con Cannabis fumado, realizados en pacientes con esclerosis múltiple se han observado mejorías en cuanto a la espasticidad y temblor.
Enfermedad de Parkinson y alteraciones del movimiento	En un estudio realizado sobre un escaso número de pacientes con enfermedad de Parkinson, el Cannabis se mostró poco eficaz para disminuir el temblor. En dos estudios –con deficiencias metodológicas– cannabidiol se mostró moderadamente eficaz para controlar las alteraciones de movimiento distónico.
Dolor	Algunos estudios –realizados sobre un escaso número de pacientes- muestran una eficacia del THC similar a codeína. Existen otras evidencias sobre la utilidad de los cannabinoides en el tratamiento del dolor.
Traumatismo encefálico	Dexabinol ha mostrado resultados favorables en cuanto a disminuir la presión intracraneal, en pacientes con trauma e isquemia cerebral, en estudios clínicos en fase 1.
Síndrome de Tourette	Las observaciones de un escaso número de pacientes asocian el fumar Cannabis con la disminución de sus tics motores y vocales. Este efecto también se observó en un estudio abierto realizado con THC.
Glaucoma	Se ha observado que fumar Cannabis reduce la presión intraocular alrededor de un 45%; el tratamiento no se considera aceptable, mientras no se desarrolle un derivado no psicoactivo.

Tabla 1. Fuente (2)

hasta sesenta cannabinoides diferentes, siendo los más abundantes: tetrahidrocannabinol (THC), cannabidiol y cannabinol (10). El principal cannabinoide natural psicotrópicamente activo es el isómero delta 9 del THC (2,10), que como principio activo de síntesis, se denomina dronabinol. Además de los cannabinoides, la planta del Cannabis contiene otros componentes –como los flavonoides– de los que no se conoce si contribuyen a su actividad biológica; si bien, algunos estudios muestran que la actividad del Cannabis no depende sólo de su contenido en delta 9THC (2).

En el organismo humano se han identificado dos tipos de receptores para los cannabinoides (CB1 y CB2). El papel de este sistema endógeno no es completamente conocido, aunque al parecer está relacionado con la analgesia, cognición, memoria, actividad psicomotriz, apetito, vómitos, regulación intestinal, broncodilatación, tono uterino, presión intraocular, inflamación y control inmune (10). Los cannabinoides se han utilizado con múltiples indicaciones, incluyendo el tratamiento de las náuseas y vómitos, anorexia, dolor, alteraciones del movimiento, epilepsia, glaucoma, espasticidad muscular (10,11), asma, insomnio y como inmunosupresores (11). Por el momento, las aplicaciones clínicas más prometedoras parecen ser el alivio de las náuseas y la estimulación del apetito (12); si bien, algunos autores añaden otras, como el tratamiento del dolor crónico refractario a otras terapias, y la espasticidad muscular (2). La tabla 1 presenta los principales usos terapéuticos que se han realizado con el Cannabis y/o sus derivados.

El Cannabis puede ingerirse (13), pero usualmente se fuma, al alcanzarse más rápidamente sus efectos (2,13). Su absorción oral

es variable (1), retrasándose el inicio de la acción de 0,5 a 2h respecto a cuando se fuma (7,10). Por el momento no se han establecido las ventajas e inconvenientes de utilizar la planta frente a sus principios activos aislados (2); si bien, el Cannabis fumado en un cigarrillo contiene monóxido de carbono, y los mismos alquitranes, agentes irritantes y carcinógenos presentes en el tabaco, incluso algunos de ellos en mayores concentraciones (7). Existen diversos problemas que dificultan su estudio, siendo uno de los principales la variabilidad en la composición, que no permite realizar estudios reproducibles. Posiblemente, este hecho ha motivado que la mayoría de los ensayos clínicos se hayan realizado con componentes aislados del Cannabis. Adicionalmente, los ensayos clínicos realizados con la planta parecen poco fiables, ya que resulta prácticamente imposible realizar estudios a doble ciego cuando el medicamento ha de administrarse fumado (2).

CANNABINOIDES Y USOS AUTORIZADOS

Actualmente, los únicos cannabinoides aprobados para su uso en terapéutica son el dronabinol (Marinol®) autorizado por la Food and Drug Administration (FDA) en los EE.UU (12); y, en el Reino Unido, nabilona (Cesamet®) (1,14). En España, como ya se ha comentado anteriormente, actualmente el uso terapéutico tanto del Cannabis como sus derivados, se encuentra prohibidos (3,4).

El dronabinol, es la forma sintética del delta 9 THC. Se utiliza en administración oral, permite una dosificación individualizada y se considera con escaso riesgo de abuso y depen-

dencia (12). Está autorizado en los EE.UU. para el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a quimioterapia en pacientes refractarios a la terapia con antieméticos convencionales, así como de la anorexia asociada a pérdida de peso en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (12,15). En cuanto a la nabilona, se trata de un derivado sintético análogo al THC, para administración oral, autorizado en el Reino Unido (Cesamet®) (7,14) con la indicación del tratamiento de las náuseas y vómitos causados por quimioterapia citotóxica en pacientes que no responden a la terapia convencional (14).

USO COMO ANTIEMÉTICOS

Varios ensayos clínicos han mostrado la eficacia de dronabinol y nabilona como antieméticos en pacientes con náuseas y vómitos asociados a quimioterapia (1,5,12,14); aunque, se observa una incidencia superior de efectos adversos entre el grupo de pacientes que recibió cannabinoides con respecto a los que recibieron placebo u otros fármacos frente a los que se han comparado, los cannabinoides suelen ser preferidos por los pacientes. Considerando globalmente los datos de 12 ensayos clínicos realizados en un total de 600 pacientes, dronabinol se mostró eficaz en 8 de cada 9 pacientes y nabilona en 3 de cada 3; siendo los efectos adversos más comúnmente observados la aparición de somnolencia (33%), boca seca (9%), ataxia (8%), discinesia (6%), disforia (6%) e hipotensión ortostática (4%) (1).

En una revisión sistemática que incluía 29 ensayos clínicos randomizados realizados

con dronabinol y nabilona, ambos presentaron una eficacia antiemética superior a la de proclorperazina, metoclopramida, clorpromazina, trietilperazina, haloperidol, domperidona o alizaprida. Los efectos adversos observados fueron significativamente más frecuentes en los pacientes tratados con los cannabinoides; si bien, algunos de ellos –“estar colocado”, euforia, somnolencia, sedación– podrían considerarse incluso beneficiosos, mientras que otros resultan peligrosos, como la aparición de paranoia (5%), alucinaciones (6%), disforia y depresión (13%). Aunque considerando globalmente los resultados de los estudios, uno de cada tres pacientes prefirió los cannabinoides a los antieméticos convencionales, el número de pacientes que abandonaron el tratamiento como consecuencia de los efectos adversos fue significativamente superior entre los pacientes tratados con los derivados del Cannabis; estimándose que 1 de cada 11 de los que lo abandonaron, no lo habrían hecho si hubieran recibido un antiemético convencional o placebo (5).

No se dispone de estudios comparativos entre dronabinol o nabilona frente a los antagonistas de los receptores serotoninérgicos (5-HT₃), como ondansetron y análogos (5,7,14), que en el momento actual representarían la mejor comparación para establecer su papel en la terapéutica de la emesis asociada a quimioterapia (5,7). Algunos autores consideran poco probable que los cannabinoides resulten más efectivos y menos tóxicos que aquellos (5).

USO COMO ESTIMULANTES DEL APETITO

Se dispone de un ensayo clínico a doble ciego realizado en 139 pacientes (16) y de un estudio multicéntrico abierto realizado sobre 94 pacientes (17), en los que dronabinol se mostró significativamente más eficaz que el placebo en cuanto a mejorar el apetito y estabilizar (o disminuir) la pérdida de peso en pacientes con anorexia asociada a la infección por VIH (16,17); adicionalmente, también se observó una mejoría significativa tanto

del estado de ánimo como en la aparición de náuseas (16). Otros ensayos clínicos han mostrado resultados similares (1,2,12). No obstante, al igual que en los anteriores estudios, la incidencia de efectos adversos –la mayoría de carácter leve o moderado– fue superior también entre los pacientes tratados con dronabinol, siendo los más frecuentes: euforia, discinesia, alteraciones cognitivas y somnolencia (16,17), ansiedad, confusión y despersonalización (17).

En otros ensayos clínicos controlados, incluyendo un total de 474 pacientes con pérdida de apetito y peso asociados a la infección por VIH, los efectos adversos más frecuentes afectaron al sistema nervioso central, observándose en el 33% de los pacientes tratados con dronabinol. La mayoría aparecieron en las primeras dos semanas de tratamiento, desapareciendo después al continuar el tratamiento. Con una incidencia del 3-10% se observaron: discinesia, euforia, reacción paranoide, somnolencia, alteraciones cognitivas, vómitos; y, con una incidencia inferior al 1%: astenia, palpitaciones, taquicardia, vasodilatación facial, amnesia, ansiedad o nerviosismo, confusión, despersonalización, alucinaciones. El 8% de los pacientes presentaron un estado que cursa con risa fácil, euforia y sensación elevada de conciencia; este efecto parece relacionado con la dosis, ya que su frecuencia de aparición es más elevada (24%) en pacientes a los que se ha administrado dronabinol a dosis más elevadas (uso antiemético) (12).

Entre los medicamentos utilizados para tratar la anorexia y pérdida de peso en pacientes terminales, figuran: megestrol (12,18), dexametasona, metoclopramida (18) y hormona del crecimiento (12). Algunos autores comentan que, a diferencia de dronabinol, el aumento de peso corporal que produce megestrol es principalmente en forma de grasa (12) y –en parte– secundarios a la retención de líquidos; sin embargo, otros autores recuerdan que dronabinol provoca, por un meca-

nismo desconocido, expansión del plasma (19).

Los ensayos clínicos disponibles con dronabinol en esta indicación parecen escasos (1,12); el más amplio de los ensayos a doble ciego controlados con placebo, se refiere a una muestra de 139 pacientes, estudiada durante un periodo de 6 semanas (16). Adicionalmente, no se dispone de estudios comparativos entre dronabinol y los otros medicamentos que se utilizan para tratar esta situación clínica.

CONCLUSIONES

- Dronabinol (disponible en EE.UU) y nabilona (disponible en el Reino Unido) están autorizados para el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a quimioterapia en pacientes refractarios a los antieméticos convencionales. Dronabinol, también está autorizado para tratar la anorexia asociada con pérdida de peso en pacientes con infección por VIH. En nuestro país no están disponibles el Cannabis y sus derivados ya que son estupefacientes prohibidos.
- Dronabinol y nabilona han mostrado su eficacia frente a la emesis asociada a quimioterapia en pacientes refractarios a los antieméticos convencionales. Algunos de sus efectos adversos pueden ser graves, no disponiéndose de estudios comparativos frente a los antagonistas de los receptores serotoninérgicos (5-HT₃), como ondansetron y análogos, por lo que por el momento no es posible establecer su papel en terapéutica.
- Dronabinol se ha mostrado más eficaz que el placebo en cuanto a mejorar el apetito y estabilizar o disminuir la pérdida de peso en pacientes con anorexia asociada a la infección por VIH; si bien, la experiencia clínica parece limitada, y no se dispone de estudios comparativos de dronabinol frente a otras alternativas utilizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Robson P. Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids. *Br J Psychiatry* 2001; 178:107-15.
- 2- Williamsom EM et al. Cannabinoids in clinical practice. *Drugs* 2000; 60(6): 1303-11.
- 3- Estupefacientes: prescripción y dispensación. *Bol Ter Andal Monogr* 1994; nº6. p: 17.
- 4- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: El Consejo, 2001. p. 2689-92.
- 5- Tramer MR et al. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001; 323: 16-21.
- 6- Campbell FA et al. Are Cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. *BMJ* 2001; 323: 13-6.

- 7- Ashton CH et al. Adverse effects of Cannabis and cannabinoids. *Br J Anaesth* 1998; 83(4): 637-49.
- 8- El PP rechaza el uso terapéutico del Hachís que apoyó en Cataluña. (http://www.elpais.es/articulo.html?d_date=20020221&xref=20020221elpepisoc_8&type=Tes&anchor=elpepisoc) 21-02-02.
- 9- Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes (Convocatoria por Andalucía), proposición no de ley para la despenalización para uso terapéutico del Cannabis y sus derivados. *Parlamento de Andalucía* (19-04-01).
- 10- Sharpe P et al. Cannabis: Time for scientific evaluation of this ancient remedy? *Anesth Analg* 2000; 90: 237-40.
- 11- Hirst RA et al. Pharmacology and potential therapeutic uses of Cannabis. *Br J Anaesth* 1998; 81: 77-84.
- 12- Martin BR. The use of cannabinoids in patients with chronic illness. *US Pharm* 2002; 27(1): 61-70.

- 13- Hall W et al. Adverse effects of Cannabis. *Lancet* 1998; 352: 1611-4.
- 14- Robson P. Cannabis. *Arch Dis Child* 1997; 77: 164-6.
- 15- Tetrahydrocannabinols (Drug Evaluations). In: Gelman CR et al, editors. *Drug-dex@ Information System*. Vol. 111. Englewood: Micromedex Inc, 2002.
- 16- Beal JE et al. Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(2): 89-97.
- 17- Beal JE et al. Long-term efficacy and safety of dronabinol for acquired immunodeficiency syndrome-associated anorexia. *J Pain Symptom Manage* 1997; 14(1): 7-14.
- 18- Beal JA. Appetite effect of dronabinol (letter). *J Clin Oncol* 1994; 12(7): 1524.
- 19- Nelson K et al. Appetite effect of dronabinol (letter). *J Clin Oncol* 1994; 12(7): 1524-5.

Abcesos de origen dental: ¿son siempre necesarios los antibióticos?

RESUMEN

La aparición de un dolor dental grave de carácter bien localizado anuncia el inicio del proceso infeccioso dentario, que culmina con la formación de pus en la región apical (raíz) del diente con la consiguiente constitución del absceso dentario. El aspecto esencial del tratamiento de los abscesos dentales reside en la calidad de la intervención de drenaje de la colección purulenta y de la supresión del origen del cuadro mediante el tratamiento dental adecuado. Aunque la administración de antibióticos no es obligada, constituye una práctica habitual; sin embargo, la utilización de antimicrobianos sería un tratamiento complementario a la intervención dental que resulta primordial.



En la actualidad y en nuestro medio no resulta frecuente observar en la práctica la evolución natural de los abscesos infecciosos de origen dentario, dada la mejor accesibilidad de la población a los cuidados de salud dental (1). Las caries dentales constituyen la principal causa de aparición de abscesos dentarios, seguidas de los traumatismos y los episodios de erupción de un diente (por ejemplo, del cordal mandibular) (1, 2). La ausencia, o el déficit, de higiene bucodental representa un factor favorecedor para las infecciones dentales que, en el adulto, pueden afectar a todos las piezas permanentes; en los niños los dientes temporales se ven afectados con frecuencia de pequeños abscesos (parúlitos) sin gravedad (2). Existen una serie de enfermedades (y de tratamientos farmacológicos) que, al alterar los mecanismos de defensa, favorecen la presencia de infección, como es el caso de las alteraciones hematopoyéticas y los tratamientos con esteroides o agentes inmunosupresores (2, 3).

La aparición, con frecuencia brutal, de un dolor dental grave de carácter bien localizado anuncia el inicio del proceso infeccioso dentario, que culmina con la formación de pus en la región apical (raíz) del diente con la consiguiente constitución del absceso dentario agudo localizado (osteoflemón) (4). La evacuación espontánea de este pus puede realizarse a través del canal pulpar, o bien por el ligamento paradontal lo que entraña una fuerte movilidad del diente afectado (ver Figura 1). Cuando no se produce esta evacuación, el pus se encuentra confinado en la raíz del diente pudiendo romper la pared ósea del alvéolo dando lugar a la formación de una tumefacción gingival bien delimitada en torno a la raíz del diente afectado, que a su vez puede drenar hacia la cavidad bucal tras la formación de una fístula mucosa. Como consecuencia de su disposición anatómica, la región periapical del diente -a veces- se encuentra en contacto con el tejido celu-

lar subcutáneo lo que puede determinar complicaciones que afecten tanto al tejido celular como al tejido óseo (1,4).

Generalmente, en el transcurso de tres a cuatro días, el absceso dentario evoluciona hacia la desaparición de las manifestaciones inflamatorias siempre que se elimine la lesión causante del cuadro. Si no se realiza la intervención sobre el diente afectado, la infección puede desaparecer de forma espontánea o evolucionar hacia la supuración, adquiriendo el dolor un carácter continuo y lacinante, que puede acompañarse de manifestaciones locales (flemón, trismus) y generales: fiebre, astenia, adenopatías, etc. Sin un tratamiento adecuado la infección puede cronificarse o dar lugar a complicaciones graves como la aparición de septicemia aguda o de tromboflebitis craneofaciales (1,2,5). Aunque, los crecimientos orofaciales con mucha frecuencia corresponden a infecciones odontógenas, en algunos casos representan neoplasias tisulares (benignas o malignas) tanto maxilares como linfáticas. Estos procesos habrán de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del absceso (6).

PAPEL DE LOS ANTIBIÓTICOS

La experiencia clínica muestra que la curación de un absceso crónico fistulizado no se producirá con el tratamiento antibiótico mientras que no se realice una intervención dental (conservadora o radical) (2,7). Por otro lado, la administración de diferentes tratamientos antibióticos no impedirá la recidiva del proceso infeccioso si no se aborda el tratamiento dental (7,8).

Como consecuencia del proceso infeccioso, el diente y los tejidos vecinos resultan infiltrados y contaminados por los gérmenes y sus toxinas. Estos tejidos no resultan accesibles a los antibióticos, o bien no se alcanzan concentra-

ciones suficientes. La cavidad pulpar resulta "inaccesible" para los antibióticos ya que al necrosarse pierde su vascularización; mientras que, por el contrario, la región periapical y el tejido celular vecino se encuentran ricamente vascularizados, por lo cual resultan "accesibles" a los antibióticos (8).

En cuanto a las evidencias disponibles, en el caso del absceso agudo localizado (que se corresponde con el proceso infeccioso limitado al diente y su tejido de sostén con ausencia de síntomas generales) tan sólo se ha localizado un pequeño ensayo comparativo frente a placebo, donde el tratamiento con penicilina, tras el tratamiento dental, no tuvo efecto sobre la curación del proceso infeccioso (9). En el caso de los estudios en los que se comparó la eficacia de distintos agentes antibióticos en el absceso dental con afectación ósea, el tratamiento dental también se realizó previamente al inicio del ensayo clínico (8).

Así, en la medida que las condiciones del paciente lo permitan (por ejemplo, en caso de absceso agudo localizado) se realizará la intervención dental sobre la pieza afectada; por el contrario, cuando se produzca afectación ósea, es frecuente que las complicaciones celulares no permitan intervenir inicialmente sobre el diente afectado por existencia de trismus o por falta de eficacia de la anestesia dental sobre los tejidos inflamados. En estas situaciones, debería iniciarse antes el tratamiento antibiótico y sintomático, retrasándose el tratamiento dental a los días sucesivos (7,8).

SELECCIÓN DEL ANTIBIÓTICO: CRITERIOS

La conveniencia de iniciar tratamiento con antibióticos dependerá de la existencia de complicaciones locales o generales asociadas al absceso dental (1, 8). Sin embargo, los estudios en los que se ha comparado la eficacia entre dife-

rente agentes son escasos, y casi en su totalidad realizados sin grupo placebo, junto a otros déficits metodológicos. En cualquier caso, en los ensayos disponibles se realizó siempre de forma previa a la administración del antibiótico el tratamiento dental (incisión, extracción) (8).

Ante la ausencia de evidencias comparativas concluyentes, debería tenerse en cuenta los datos relativos a la epidemiología de los gérmenes causales y a la fisiopatología del absceso dental a la hora de seleccionar el agente a utilizar. En la especie humana, la flora bacteriana bucal es un ecosistema constituido por la asociación de numerosos gérmenes aerobios o anaerobios facultativos, en frágil equilibrio (1,4,8). Los estudios bacteriológicos realizados sobre muestras de pus de abscesos dentales agudos con afectación ósea muestran su polimorfismo bacteriano (1,8). Cómo muestra, en uno de los ensayos clínicos realizado en 49 pacientes se aislaron 209 especies bacterianas, de las cuales alrededor del 70% eran anaerobias estrictas (10); situación que viene a coincidir con los resultados de otro estudio (11).

En definitiva, en la mayoría de los abscesos dentales se aíslan con mayor frecuencia bacilos anaerobios estrictos (géneros *Provetella*, *Porphyromonas*, *Bacteroides*...), cocos anaerobios estrictos Gram + (géneros *Peptostreptococcus*) y

cocos anaerobios facultativos (estreptococos, estafilococos) (1,7,8).

Cuando se consideré indicada la antibioterapia, el agente a utilizar deberá estar provisto de una buena difusión ósea y salivar y de un espectro antibacteriano que cubra los gérmenes anaerobios estrictos, los facultativos, o ambos tipos (1,6,7). Con relación a la difusión tisular, aunque los estudios publicados al respecto son escasos (12,13) son numerosos los antimicrobianos con buena difusión, en particular penicilinas y cefalosporinas; y, en cuanto a su espectro antibacteriano, son numerosos los agentes cuya actividad cubre los gérmenes susceptibles: penicilina G, fenoximetilpenicilina (penicilina V), amoxicilina, mácrólidos, metronidazol, etc. (1,7,8).

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Las evidencias disponibles que orienten sobre la duración óptima del tratamiento antimicrobiano son muy escasas. En un estudio prospectivo realizado en el Reino Unido entre 1993-1996 con 759 pacientes, se evaluó la eficacia de tres antibióticos (amoxicilina, clindamicina y eritromicina) en el tratamiento del absceso dental con afectación ósea y presencia de signos locales, regionales y generales, siendo los cri-

terios de evaluación utilizados la regresión de la inflamación y la desaparición de la fiebre (14). En dicho estudio los autores concluyen que, en pacientes inmunocompetentes, es posible interrumpir el tratamiento antibiótico 2 a 3 días tras la realización de la intervención dental.

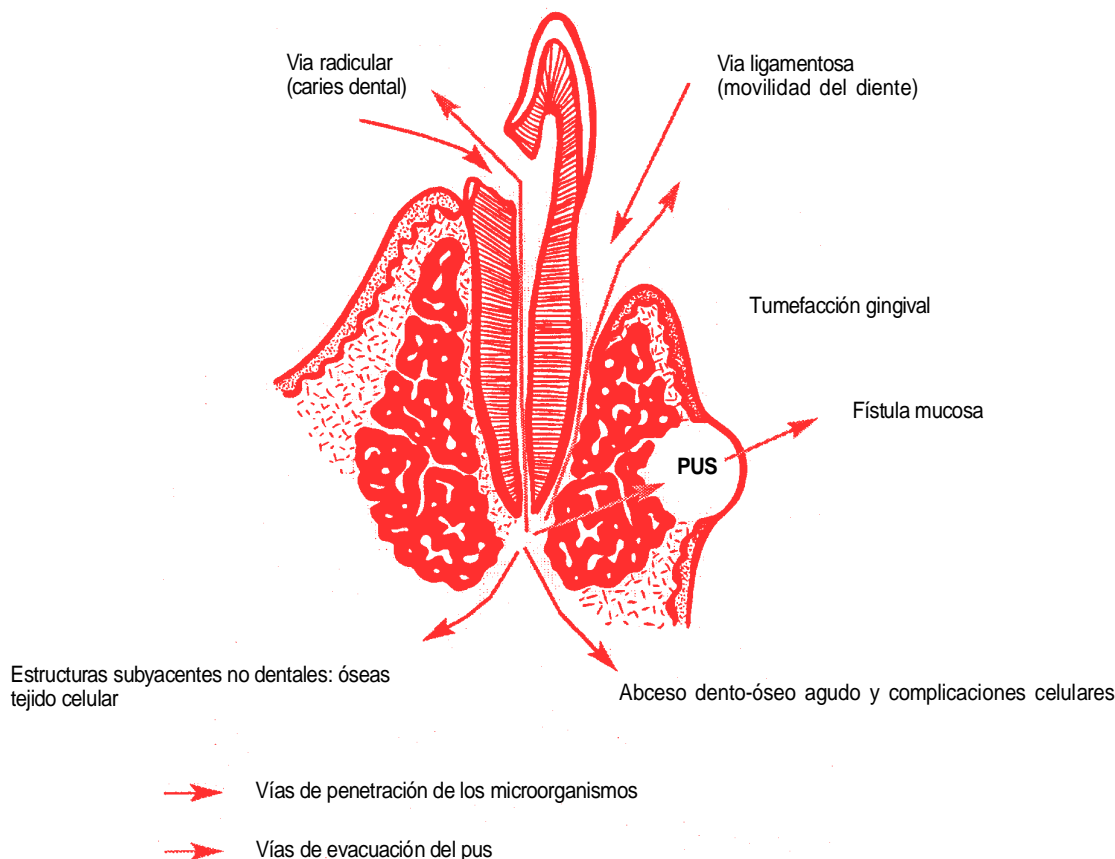
En el ámbito odontológico, y en el medio europeo, existe una tendencia generalizada de administrar el tratamiento antibiótico durante cinco días. Adicionalmente, a los resultados del estudio anterior, se dispone de dos ensayos clínicos en los que se evaluó la eficacia de diferentes tratamientos antibióticos durante un período de cinco días (10,15); sin embargo, en ambos ensayos—que incluían un total de 98 pacientes— se observó una mejoría clínica manifiesta del dolor y la inflamación tras tan sólo dos días de tratamiento antibiótico.

Pese a un tratamiento dental adecuado, y a la administración de antibióticos, la mejoría clínica no siempre se produce. Si no se produce una mejoría clara en 2 a 3 días, se deberá sospechar la existencia de un mal drenaje de la colección purulenta (8).

CONCLUSIONES

— El aspecto esencial del tratamiento de los abscesos dentales reside en la calidad

ABCESO DENTARIO LOCALIZADO



de la intervención de drenaje de la colección purulenta y de la supresión del origen del cuadro mediante el tratamiento dental adecuado (endodoncia, extracción).

– Aunque la administración de antibióticos no es obligada, en nuestro medio consti-

tuye una práctica habitual; sin embargo, la utilización de antimicrobianos sería un tratamiento complementario a la intervención dental que resulta primordial.

– Cuando se considere indicada la antibioterapia, el agente a utilizar deberá estar pro-

visto de una buena difusión ósea y salivar y de un espectro antibacteriano que cubra los gérmenes anaerobios estrictos, los facultativos, o ambos tipos, como: penicilina G, fenoximetilpenicilina (penicilina V), amoxicilina, macrólidos, metronidazol, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

1- Berini L. Infección odontogénica. En: *Bascones et al. Tratado de odontología (tomo IV)*. Madrid: Trigo Ediciones, 1998. p. 3693-701.

2- Donado M. Infecciones odontogénicas. En: *Donado M. Cirugía bucal. Patología y técnica*. Madrid: Donado M 1990. p. 479-98.

3- Raut A et al. Sequelae and complications related to dental extractions in patients with hematologic malignancies and the impact on medical outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2001; 92(1): 49-55.

4- Donado M. Clínica de las infecciones odontogénicas. En: *Donado M. Cirugía bucal. Patología y técnica*. Madrid: Donado M 1990. p. 499-520.

5- Feldman DP et al. Cavernous sinus thrombosis complicating odontogenic parapharyngeal space neck abscess: a case report and

discussion. *Otol Head Neck Surg* 2000; 123(6): 744-75.

6- González Moles MA et al. Aspectos clínicos del cáncer oral. En: *González Moles MA (ed.) Precáncer y cáncer oral*. Madrid: Ediciones Avances 2001. p: 111-23.

7- García Peñín A. Tratamiento de las infecciones odontogénicas. En: *Donado M. Cirugía bucal. Patología y técnica*. Madrid: Donado M 1990. p. 521-40.

8- Abcès d'origine dentaire. *Peu de place pour l'antibiothérapie*. *Rev Prescr* 2001; 21(129): 521-30.

9- Fouad AF et al. Penicillin as a supplement in resolving the localized acute apical abscess. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81(5): 590-5.

10- Lewis MA et al. A randomised trial of co-amoxiclav (Augmentin®) versus penicillin V in the treatment of acute dentoalveolar abscess. *Br Dent J* 1993; 175(5): 169-74.

11- Roche Y et al. In-vitro activity of spiramycin and metronidazole alone or in combination against clinical isolates from odontogenic abscesses. *J Antimicrob Chemother* 1997; 40: 353-7.

12- Akimoto Y et al. Cefaclor concentration in pus from abscess caused by odontogenic infection after a single oral administration. *Gen Pharmacol* 1996; 27(1): 177-9.

13- Akimoto Y et al. Amoxicillin concentration in pus from abscess caused by odontogenic infection. *Gen Pharmacol* 1994; 25(1): 111-3.

14- Martin MV et al. Acute dentoalveolar infections: an investigation of the duration of antibiotic therapy. *Br Dent J* 1997; 183(4): 135-7.

15- Fazakerley MW et al. A comparative study of cephadrine, amoxicillin and phenoxymethylpenicillin in the treatment of acute dentoalveolar infection. *Br Dent J* 1993; 174(10): 359-63.

FE DE ERRATAS

En el texto del artículo titulado *Usos terapéuticos de la toxina botulínica* (Bol. Ter. Andal. 2001; 17(6): 23-4) al final del segundo párrafo de la introducción dice "la escasez mundial de toxina botulínica (TB)..." cuando en realidad debería decir "la escasez mundial de antitoxina botulínica (A+B+E)..." , siendo dicha antitoxina y no la TB, la que se encuentra disponible en los hospitales Clínico y San Cecilio de Granada y Virgen del Rocío de Sevilla.

Esta errata, como ocurre con todas las que se detectan, queda corregida en el correspondiente artículo de la edición electrónica que se puede consultar en: www.easp.es/cadime

Programa de la Consejería de Salud dirigido por la Escuela Andaluza de Salud Pública

CONSEJO DE REDACCION

REDACTOR JEFE: José M^o Recalde Manrique.
SECRET. REDACCION: Antonio Matas Hoces.
Redacción CADIME: Victoria Jiménez Espinola, María del Mar Láinez Sánchez, Antonio Matas Hoces, María Teresa Nieto Rodríguez, José María Recalde Manrique.

CONSEJO DE REDACCION: Victor Bolívar Galiano, Juan R. Castillo Ferrando, José A. Durán Quintana, Javier Galiana Martínez, Fernando Gamboa Antiñolo, Pablo García López, M^o Isabel Lucena González, Miguel Marqués de Torres, Julio Romero González, Manuel de la Rosa Fraile, José Sánchez Morcillo, Javier Sepúlveda García de la Torre, Concepción Verdú Camarasa.

DISENO GRAFICO: Pablo Gallego. Córdoba.
FOTOCOMPOSICION: Portada, S.L. Granada.
IMPRESION: Copartgraf, S.Coop And. Granada.

