

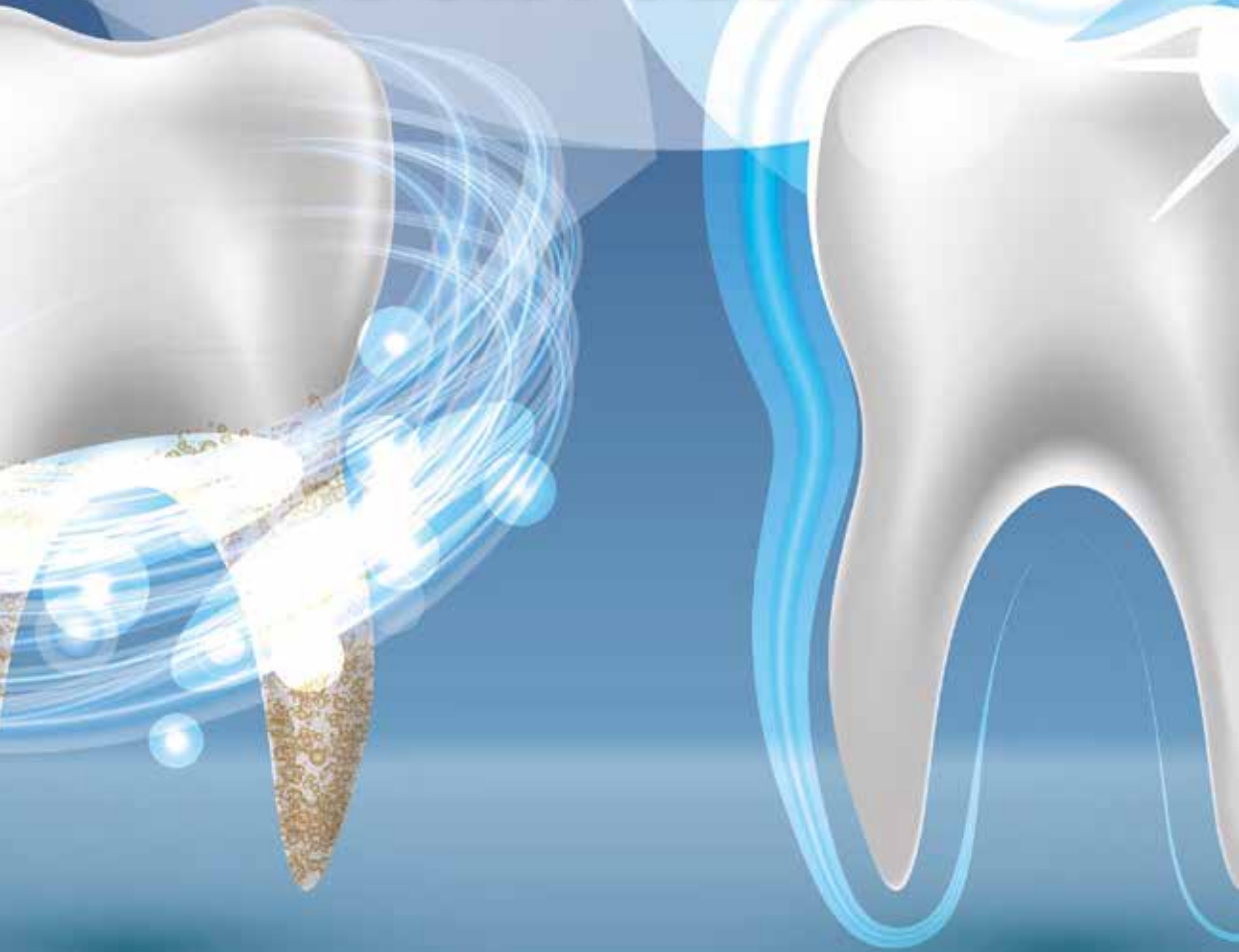


LIOMONT
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1936



PROGRAMA NACIONAL POR UN MÉXICO SIN DOLOR

FORO DOLOR EN ODONTOLOGÍA



TOMO VII

Dafloxe[®]

naproxeno sódico

Antiinflamatorio¹

- AINE con absorción gastrointestinal rápida y completa¹



Tomar 1 tableta de 275 mg cada 8 horas²



Tomar 1 tableta de 550 mg cada 12 horas²



Suspensión 125 mg/5 mL
Niños mayores de 2 años:
5 mg/kg cada 8 ó 12 horas²



Dafloxe[®] F

naproxeno sódico + paracetamol

FIEBRE, DOLOR E INFLAMACIÓN³

- Dolor e inflamación dental⁴
- Coadyuvante del antibiótico en infecciones³

- Efecto analgésico, antiinflamatorio y antipirético más prolongado³
- Efecto aditivo y potenciador entre ambos fármacos³
- Inicio de acción en un tiempo más corto³



Tabletas 275 mg/300 mg
Adultos: 2 al inicio de tratamiento,
posteriormente 1 cada 6-8 H²
Ancianos: 1 cada 12 H²



Supositorios 100 mg/200 mg
2-3 años: 1 cada 12 H²
+ de 3 años: 1 cada 8 H²



Suspensión 125 mg/100 mg/5 mL
2 a 3 años: 2.5 mL cada 8 H²
+ de 3 años: 5 mL cada 8 H²



 LIOMONT

Dafloxe[®] Tabletas Reg. Núm. 090M94 SSA V. Dafloxe[®] Suspensión Reg. Núm. 361M90 SSA V. Dafloxe[®] F[®] Tabletas Reg. Núm. 372M95 SSA VI. Dafloxe[®] F[®] Supositorios Reg. Núm. 267M2003 SSA VI. Dafloxe[®] F[®] Suspensión Reg. Núm. 415M95 SSA VI. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx.

Referencias: 1. Información para prescribir, Dafloxe[®] Tabletas. 2. Información para prescribir, Dafloxe[®] Suspensión. 3. Información para prescribir, Dafloxe[®] F[®] Tabletas. 4. Información para prescribir, Dafloxe[®] F[®] Supositorios. 5. Información para prescribir, Dafloxe[®] F[®] Suspensión.

Campaña de No Sustitución de la Receta: www.loquedicetumedeo.org

Ortodoncia preventiva: ¿mito o realidad?

C.D. Jesús A. Sarabia Aguilar

Catedrático por oposición en ortodoncia en la Facultad de Odontología de la UNAM,
presidente del Consejo Mexicano para la Certificación en Ortopedia Maxilar, A.C.,
decano de los Ortopedistas Maxilares de México y miembro honorario de la
Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar

Desde la introducción en el lenguaje ortodóncico, en 1936, del término ortodoncia preventiva y posteriormente el de ortodoncia interceptiva, para finalmente completar la tríada en la clasificación para el estudio de la ortodoncia con el de ortodoncia correctiva, puede decirse que los objetivos de las dos primeras no han podido ser alcanzados, ya que las medidas empleadas para disminuir la incidencia de las maloclusiones o nulificar el desarrollo y evolución de las mismas han resultado ineficaces, aun detectadas a temprana edad. Esto no ha sido por falta de metodología, sino por muy diversos factores que impiden la realización de sus objetivos implícitos en sus definiciones, entre los que destacan primordialmente los diagnósticos, genéticos, embriológicos, etiológicos, patológicos y clínicos. Y dentro de este último, el razonamiento de lo que es el diagnóstico, lo que no es el diagnóstico y, sobre todo, la lógica y moral del diagnóstico. La actividad fundamental del cirujano dentista en el ejercicio de su profesión, en cualquier campo de la odontología, es el diagnóstico, ya que sin un conocimiento previo lo más exacto posible de los factores antes mencionados (y en particular en el caso que nos ocupa), no es posible un diagnóstico correcto –menos un pronóstico confiable–, tratamiento acertado, terapéutica eficaz, ni prevención que valga.

La prevención es una de las resultantes del diagnóstico y la ortodoncia; basada en los postulados de Angle hace endeble su diagnóstico para este objetivo porque dentro del estrecho corredor de su contenido sólo se refiere a las relaciones de las arcadas dentarias en oclusión, que desembocan en su concepto de oclusión normal, determinada a su vez por su concepción teórica y sin fundamento anatómico, fisiológico y antropológico en la relación correcta de la dirección de los que llamó planos inclinados de los dientes. En realidad ésta sólo fue concebida con la finalidad de facilitar la interpretación mecánica y objetiva de su clasificación de las maloclusiones y los problemas del tratamiento derivados de la posición de los dientes, pero sin considerar la forma, tamaño, volumen, posición, de los maxilares y demás integrantes del aparato masticatorio. Tampoco tomó en cuenta las relaciones e interdependencia que guardan entre sí y con el cráneo a través de la ATM, así como la acción directa e indirecta sobre la posición de los dientes ejercida por la lengua, labios, mejillas, durante las funciones del aparato masticatorio.

Lo anterior quiere decir que en ortodoncia preventiva, el análisis del desarrollo y evolución de las maloclusiones resulta fundamental en la elección de los procedimientos empleados para evitarlas o al menos detenerlas, interfiriendo en su evolución, especialmente si consideramos que muchas veces lo que se interpreta como una anomalía de forma es en realidad sólo una variedad en la forma. Recordemos que lo que se hereda son las características morfológicas, pero no la oclusión, la que depende de la posición de los maxilares por ser parte de un sustento fisiológico y no una unidad anatómica aislada sin ninguna relación con la morfología facial.

Mientras más se profundiza sobre la etiología de las maloclusiones y en el estudio de las determinantes del patrón morfogenético, más claramente ostensibles se hacen las carencias de sustento científico y utilidad práctica en beneficio de la salud oral pública, de las finalidades de la ortodoncia preventiva e interceptiva. En realidad, se trata de conceptos de origen meramente convencional, de sólo valor histórico por su significado teórico y en los que, en el sentido estricto de los objetivos de la ortodoncia implícitos en su definición, ningún aparato ortodóncico justifica su aplicación.

Los recursos mecánicos de la ortodoncia preventiva e interceptiva no logran la prevención, la eliminación o la corrección de los trastornos porque las fuerzas físicas que se emplean no pueden actuar de una manera eficaz sobre centros de crecimiento en actividad. Su uso no sólo resulta inútil, sino perjudicial. Estas fuerzas físicas de acción puramente mecánica pueden determinar que los tejidos sanos se adapten funcionalmente de una manera anormal a los tejidos enfermos, provocando que una alteración patológica incipiente se transforme en una anomalía de mayor gravedad, ya que al detenerse zonas de crecimiento se altera su desarrollo en relación directamente proporcional a la intensidad, duración y frecuencia de la causa ejercida.

Es muy importante considerar esto, sobre todo cuando se trata de trastornos provocados por hábitos perniciosos de la boca, principalmente los de succión y en los que solamente los procedimientos ortopedicomaxilares como la mioterapia, foniatría, pantallas vestibulares, aparatos funcionales, han demostrado su verdadera eficacia al obtener la reeducación completa de la musculatura bucal. Trastornos motores del sistema músculo-esquelético del aparato masticatorio son reflejos anormales de fenómenos neurológicos y, por lo tanto, no escapan a la influencia directa de estas alteraciones e igualmente de los psicológicos y afectivos.

Conjuntamente con los trastornos de los hábitos perniciosos de la boca o de la pérdida prematura de dientes, deben considerarse los desequilibrios provocados en las funciones del aparato masticatorio como unidad integral y sus repercusiones en el resto del organismo, porque los trastornos de la masticación son muy importantes a cualquier edad y la comprensión de sus problemas determinan recomendaciones profilácticas de la odontología general, particularmente para el lactante, el niño y el adolescente, más ligadas al campo de la ortopedia maxilar que al de la ortodoncia.

Muchas son las causas que influyen en el desarrollo de las maloclusiones, y a pesar de su pleno conocimiento, no existen procedimientos efectivos para su prevención, en virtud de su complejidad de origen y mecanismo de acción. Y aunque sólo nos refiriéramos a la relación de dientes y maxilares,

no podríamos hablar aún de prevención e intercepción en ortodoncia. Quizás los profundos y continuos estudios de genética experimental nos deparen resultados sorprendentes en el ya presente siglo XXI.

Se causa confusión y desorientación cuando se acepta por igual el significado de los vocablos ortodoncia y ortopedia maxilar, considerando que sólo se trata de un problema de semántica o de una simple elección de aparatología. Igualmente, cuando por desconocimiento de la materia se exponen problemas de ortopedia maxilar como si fuesen derivaciones de la ortodoncia, con lo cual se llega a conclusiones erróneas que sólo conducen a un juego dialéctico de interpretaciones no comprobables.

La ortopedia maxilar es la rama de la odontología que se ocupa del estudio de las dignacias y su tratamiento. Corrige los trastornos que son capaces de provocar mediante una modificación funcional del complejo arquitectónico dento-maxilo-facial más adaptado a la forma y a la estética.

La Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar, A.C. es la organización que se dedica al estudio e investigación de la ortopedia maxilar y la ortodoncia y su interés es difundir correctamente la ortopedia dentofacial en México.

Referencias bibliográficas

1. Donald H. Crecimiento maxilofacial, 3ª edición, Interamericana Mc Graw Hill. 1990, México.
 2. Tenenbaun Mario. Fundamentos y técnicas para el odontólogo general y el iniciado en la especialidad. Editorial Intermédica, S.A.I.C.I. 1991.
-

Diabetes mellitus en México: el rol de la odontología en la detección y control de la enfermedad

C.D. Julio César Bermúdez Barajas

Asesor y colaborador de la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.

La diabetes mellitus (DM) es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina; esta deficiencia puede ser absoluta o relativa. Es absoluta cuando la secreción de insulina es menor a la normal y es relativa cuando no satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en las que disminuye la acción de la hormona. Los mecanismos patógenos que desencadenan diabetes van desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta (en cuyo caso la deficiencia es absoluta), hasta situaciones en las que hay resistencia a la insulina (deficiencia relativa). Aunque la hiperglucemia es el marcador químico de la diabetes, el síndrome se caracteriza por profundas alteraciones en el metabolismo intermedio de proteínas, lípidos e hidratos de carbono.

Clasificación de DM

En general, podemos decir que la DM se clasifica en cuatro tipos, a cada uno de los cuales se le asigna un subtipo de acuerdo a su causa etiológica. A continuación mencionaremos la clasificación general actual:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Diabetes tipo 3 o secundaria a defectos genéticos, enfermedades pancreáticas, endocrinas, inducida por medicamentos o sustancias químicas, infecciones y otros.
- Diabetes gestacional¹

Durante los últimos treinta años el número de personas diabéticas se ha triplicado, por ello, en naciones como Estados Unidos, México, Brasil y en otras muchas más, hoy se le considera una pandemia y un problema grave de salud que requiere inmediata atención para abatir las pérdidas de vidas y los altos costos de su atención.

En el continente americano se estima que existe una población diabética de entre 36 y 40 millones, de los cuales aproximadamente 50% vive en Estados Unidos y México (16 y 4.5 millones, respectivamente). En Estados Unidos cerca de 10 millones de personas tienen un alto riesgo de padecerla y en nuestro país suman entre 8 y 9 millones debido a los factores de riesgo que se conjuntan en ellos, principalmente la intolerancia a la glucosa.

La diabetes mellitus tipo 2 representa un poco más de 90% del total de casos de diabetes, siendo más común en adultos portadores de factores de riesgo como: tener 40 a 45 años de edad o más, obesidad (más de 80% de los diabéticos son obesos), sedentarismo, antecedentes de familiares en primer grado con diabetes (madre, padre, tíos, hermanos), hipercolesterolemia, hipertensión.

Influencia genética, racial o étnica

En comparación con la raza blanca, la raza africana y afroamericana adulta tiene una tasa 60% mayor de diabéticos tipo 2 y los adultos latinos hispanos una tasa 90% mayor.

A más factores de riesgo que se conjunten en una persona, mayor será la posibilidad de que se desarrolle a más temprana edad la diabetes tipo 2. La

diabetes mellitus es la principal causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, de ceguera en el adulto y de insuficiencia renal; también es un factor de riesgo muy alto de las enfermedades cardiovasculares y de infarto al miocardio (en el diabético son dos a cuatro veces más frecuentes que en el no diabético). Todo esto reduce la esperanza de vida de cinco a diez años.¹

Actualmente existen 150 millones de personas con DM tipo 2 en el mundo. El mayor número de esta población se encuentra en la India (37.2 millones) y en China (22.6 millones). En Estados Unidos se estima que existen 15 millones y en México ya se superan los 5 millones de casos diagnosticados. Se espera que la prevalencia mundial de DM se duplique en los próximos 25 años.²

Obesidad

La obesidad es uno de los factores de riesgo más importante, ya que predispone al individuo a muchas enfermedades que a la larga pueden deteriorar sus expectativas y calidad de vida.

En personas mayores de 20 años de edad, la obesidad afecta a 33% de la población. En niños y adolescentes la obesidad se ha incrementado casi 50% en los últimos 20 años y su prevalencia ha sido estimada en al menos 25-30%. En México, los datos reportados en la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) 1988 reflejan que 11.3% de preescolares presentan sobrepeso y 4.4%, obesidad en ese mismo grupo de edad.

Según la ENURBAL (Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México) 94-95, la obesidad ya afecta de 20 a 27% de nuestros niños y adolescentes.² Su prevalencia en la década de los 80 entre los seis y los once años se incrementó en 87%. Las mayores complicaciones asociadas con la obesidad infantil incluyen principalmente trastornos psicosociales, hipertensión, hiperlipidemia, alteraciones respiratorias, deslizamiento de la cabeza femoral y diabetes mellitus. Un índice de masa corporal (IMC) >27 representa un incremento marcado en el riesgo de

desarrollar estas complicaciones. Una de las más importantes es la aparición de diabetes tipo 2.

Hasta hace poco tiempo, la diabetes tipo 2 era una enfermedad considerada poco frecuente en poblaciones pediátricas. Antes de los años noventa se reportaba en menos de 4%. Sin embargo, hoy en día la diabetes tipo 2 se presenta entre el 15 y el 45% de los nuevos casos de diabetes en niños y adolescentes. En Estados Unidos es muy claro que el riesgo aumenta en minorías, como nativos americanos, afroamericanos y mexicoamericanos.

La edad promedio de presentación de la obesidad es a los 13.5 años. Existe un ligero predominio del sexo femenino, con una relación que varía de 1.6:1 hasta 3:1.3-5 La importancia de estos datos radica en que tal población infantil dentro de unos años será parte de las estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo, y antes de que eso suceda, muchos de estos pacientes pisarán nuestro consultorio dental, ya que seguramente desarrollarán algún trastorno bucal que requiera nuestra atención.

La base para el manejo integral adecuado

La historia clínica (HC) completa es el instrumento a través del cual nosotros podremos averiguar las condiciones patológicas y de riesgo en las que se encuentran nuestros pacientes. Es muy importante estar al tanto de las manifestaciones y complicaciones no sólo bucales, sino sistémicas en las que nos podemos basar para hacer un diagnóstico presuntivo de DM y notificar al paciente sobre las medidas necesarias para el seguimiento y control de su enfermedad, ya que en la mayoría de los casos el paciente desconoce su condición o simplemente la pasa por alto por el temor al desapego de sus hábitos alimenticios.

Es de suma importancia indagar acerca de los antecedentes heredo-familiares, así como de los hábitos alimenticios y actividades físicas actuales del paciente, ya que generalmente, además de la carga genética predisponente, podemos

determinar si el paciente ha seguido los mismos hábitos que condujeron a sus familiares a desarrollar la enfermedad.

Debemos recordar que no siempre están presentes los síntomas clásicos de la enfermedad, como poliuria, polidipsia, polifagia y visión borrosa. Aunque estos signos son un buen indicativo cuando los detectamos, un gran número de pacientes busca atención médica u odontológica por signos y síntomas inespecíficos o aislados que surgen como consecuencia de la hiperglucemia sostenida.

Por ejemplo, la micción excesiva nocturna es un dato aún más confiable que la poliuria, ya que esta última depende directamente de la cantidad de líquidos consumidos en el día. La polifagia también es un dato un tanto impreciso. Algunas personas informan que han aumentado de peso y esto es factible debido a la hiperinsulinemia relativa. También es importante tener en cuenta que la ausencia relativa o absoluta de insulina tiene como consecuencia un catabolismo acelerado de grasas y proteínas.

La hiperglucemia franca se desencadena cuando las células beta se han agotado debido a situaciones de estrés, como: infecciones, infartos, intervenciones quirúrgicas mayores e, incluso, el consumo de ciertos medicamentos (como los glucocorticoides).

El antecedente de cuadros repetidos de dolor abdominal es de suma importancia, ya que en la DM tipo 1 esto es una secuela frecuente de la pancreatitis. Otro dato relevante a recabar es el historial de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas y si en estos episodios se midieron los niveles de glucosa. Aquí es esencial tratar de recopilar los valores adquiridos en ese momento.

En el caso de las mujeres debemos indagar sobre alteraciones en su ciclo menstrual y si éstas obedecen a ovarios poliquísticos, ya que esta condición afecta el metabolismo de los carbohidratos. En este mismo rubro, se debe investigar el número de embarazos, partos, abortos y recién nacidos

macrosómicos, ya que muchas mujeres cursan con diabetes gestacional y no lo saben o están en riesgo de desarrollar diabetes en un futuro cercano si no llevan un adecuado control.

Hábitos como el tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo tienen repercusiones negativas sobre las personas predispuestas con algún otro antecedente. La edad, la talla, el tipo de alimentación y su frecuencia también pueden aportar datos relevantes sobre el estado de riesgo en el que se encuentra nuestro paciente.

El sedentarismo, una dieta hipercalórica y la alta ingesta de grasas saturadas, aunada a una baja ingesta de fibra, generalmente predisponen al individuo a desarrollar obesidad central, la cual se determina si el paciente tiene más de 102 cm de cintura en el caso de las mujeres y 88 cm en el caso de los hombres.

La obesidad además desencadena por se otras alteraciones que directamente ponen en riesgo al paciente de desencadenar diabetes. El factor ambiental también es determinante, ya que las situaciones de continuo estrés, los estados psicoemocionales del paciente y la cultura de la automedicación pueden alterar significativamente su metabolismo.

De ahí que el interrogatorio dirigido y la entrevista pausada con el paciente permita recabar datos suficientes para poder elaborar un diagnóstico no sólo bucal, sino sistémico y poder así canalizar al paciente al área correspondiente, ya sea con su médico familiar, internista, endocrinólogo, pediatra o especialista en nutrición.

Criterios para realizar el escrutinio en individuos asintomáticos

1. Realizar una prueba de escrutinio en individuos ≥ 45 años.
2. La prueba debe efectuarse cada año en sujetos > 45 años o cada tres años entre los 30 y 45 años si:
 - Existe historia familiar de DM, en especial si es de primer grado.

- Hay obesidad o sobrepeso de 120% del peso ideal o IMC \geq 27.
- Existe antecedente de diabetes gestacional.
- Se ha tenido un hijo macrosómico con peso \geq 4 kg al nacer.
- Hay antecedentes de pérdida fetal entre el segundo y tercer trimestre del embarazo.
- HTA \geq 150/90
- HDL \leq 35 mg/dcl
- Triglicéridos \geq 250 mg/dcl
- Una prueba previa diagnóstica demuestra anormalidad de glucosa en ayunas o de intolerancia a la glucosa.⁵

Hasta aquí sólo hemos tocado algunos puntos importantes sobre el interrogatorio, con lo cual ya tenemos suficientes datos para relacionarlos en el momento de la exploración. Como podemos observar, la HC se convierte en nuestro mejor aliado para recabar datos que el paciente no nos quiere o no nos sabe decir, incluso nos ayuda a descubrir y asociar signos y síntomas que servirán para establecer un diagnóstico más certero.

Referencias bibliográficas

1. Curso Mundial de Diabetes. Conferencia: Programa de prevención de la diabetes mellitus en Estados Unidos de Norteamérica y México. Dr. Melchor Alpizar Salazar, 7 de agosto, 2002.
 2. Curso Mundial de Diabetes. Conferencia: The world epidemic of IGT and diabetes. Peter H. Bennett, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Phoenix, AZ, USA, 7 de agosto, 2002.
 3. Curso mundial de Diabetes. Conferencia: Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. Dr. Rafael Violante Ortiz, agosto, 2002.
 4. Encuesta Nacional de Salud 2000.
 5. Robles C, Díaz J, Rodríguez J, Lavalle F, Escalante M. Control total de la diabetes para el médico tratante. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Federación Mexicana de Diabetes A. C. México, 2002. Intersistemas p. 31-52.
-

Síndrome de boca dolorosa y su relación con el climaterio

C.D. Fátima Castillo

Odontopediatra egresada de la Facultad de Odontología de la UNAM

C.D. Beatriz Aldape Barrios

Profesora de patología bucal de la División de Estudios de Posgrado de la

Facultad de Odontología, UNAM

El síndrome de boca dolorosa es una entidad patológica caracterizada por una sensación de ardor bucal en una mucosa clínicamente sana y cuya etiología permanece incierta. El propósito de este estudio fue identificar los factores etiológicos en un grupo de mujeres mexicanas diagnosticadas con SBD; se explicó el papel físico y psicológico que juega el climaterio en la sintomatología de ardor bucal y se elaboró una historia clínica especial para pacientes con este trastorno.

La prevalencia de SBD en la población general varía de 2.6% a 3.7%, ambos resultados en países desarrollados.^{1,2} Al hablar de la población que visita un centro de salud bucal, el porcentaje es mayor; en Argentina se encontró una prevalencia de 13%.³ El SBD afecta más a mujeres que a hombres, con una razón de 3-4:1.⁴ Lamey P. J. y Lewis M. A. reportan una razón de 7:1, sin embargo, no excluyen lesiones bucales.⁵ La prevalencia en mujeres varía de 4.2% a 5.5%, mientras que en hombres es de 0.8% a 1.6%.⁶ La edad promedio de aparición es a los 60 años.⁴

Comúnmente la sensación quemante y dolorosa del SBD se cuantifica por medio de escalas como la Visual Analogue Scale (VAS), en la que se pide al

paciente calificar la intensidad del dolor bucal en un rango del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es un dolor extremo.

En pacientes suecos se ha usado la escala visual análoga con un resultado de 3.8, en franceses con 6.2 y en italianos con 5.1.^{2,6} El dolor puede durar meses o años, con un promedio de 4.6 a 6.4 años.⁷

El ardor puede presentarse en muchos sitios dentro de la cavidad bucal, ya sea con carácter localizado o generalizado. El sitio que más se ve afectado es la lengua, principalmente la punta y los dos tercios anteriores, con variaciones de 50% a 78%. Los lugares que le siguen en orden descendente son el paladar duro, labios, procesos alveolares y mucosa bucal. Con menor frecuencia se encuentra el piso de boca, paladar blando y garganta. La distribución de la sintomatología puede dar una pista de los posibles factores etiológicos locales.^{1,4,5,8}

Existen tres tipos de SBD, el SBD tipo I y II son los más frecuentes, en ellos el dolor está presente todos los días, mientras que en el tipo III el dolor tiene un carácter intermitente.

En el SBD tipo I el paciente no sufre ninguna sintomatología al despertarse en las mañanas, pero la sensación ardorosa comienza progresivamente y se acentúa conforme pasa el día, hasta exacerbarse por la tarde.

Cuando la sintomatología se manifiesta al despertarse y permanece constante durante todo el día sin variaciones, se habla de un SBD tipo II. En el tipo III hay días enteros sin ardor y éste se localiza en lugares poco comunes, como el piso de boca y garganta.^{4,5}

En mujeres posmenopáusicas la prevalencia de ardor bucal ha llegado a ser hasta de 93% según Massler M., sin embargo, en estudios mejor controlados y más recientes se reportan prevalencias más acertadas, como la de Basker R. M. (26%), Ferguson M. M. (17.9%) y Wardrop R. W. (33%). Estos porcentajes son contrastantes y mucho más altos que la prevalencia de ardor bucal en

la población general, que es de 5.1%, o en mujeres premenopáusicas, con 6%.^{1,12,13,15}

El climaterio es la etapa del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida, entre los 35 y 65 años de edad, determinada por la declinación de la función ovárica. La menopausia es el periodo menstrual final y ocurre durante el climaterio, al agotarse los folículos primarios; sólo se considera como tal después de que haya pasado un año o más sin nuevos sangrados. En Estados Unidos y Europa se presenta hacia los 50 años de edad y en México hacia los 47 en promedio, aunque puede suceder entre los 42 y 52 años. La menopausia artificial es el cese de los periodos menstruales mediante cirugía o radiación, la cual produce la misma sintomatología que la menopausia natural, sólo que en forma brusca e intensa cuando se realiza en pacientes jóvenes con función ovárica adecuada.^{16,1}

La premenopausia puede comenzar después de los 35 años de edad, cuando el ovario disminuye de tamaño y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrofiados en degeneración. Esta pérdida de ovocitos y folículos provoca una disminución gradual de los estrógenos, la cual, alrededor de cinco años antes de la menopausia, trae como consecuencia la elevación de la hormona foliculoestimulante (FSH), que es la primera señal de laboratorio de la premenopausia. Posteriormente, se producen ciclos anovulatorios, con el consiguiente cese de formación de cuerpos lúteos y, al no haber producción de progesterona, hay sangrados genitales anormales en su cantidad, frecuencia y duración, siendo éstos los primeros datos clínicos de la premenopausia, junto con bochornos y sudoración profusa. Los estrógenos en cantidades muy bajas son incapaces de estimular el crecimiento endometrial, el cual se atrofia con el tiempo y suspende el sangrado. Esta etapa del climaterio comienza después de ocurrir la menopausia y su duración es variable, pudiendo ser tan corta como cinco años o tan larga como 15 años.¹⁶⁻¹⁸

Tan pronto como empieza la posmenopausia y como consecuencia del impacto psicológico que ocasiona la supresión definitiva del sangrado genital,

la mujer posmenopáusicas puede verse afectada de forma leve a severa, ya sea por insomnio, somnolencia, estados de depresión y ansiedad, fatiga, mareos, irritabilidad, sentimiento de insuficiencia y falta de realización, temor al envejecimiento y a la muerte, miedo a perder la satisfacción sexual o a que el esposo pierda el interés por ella, cefalea, disnea y fluctuaciones en el estado de ánimo.^{16,17} En México y países occidentales, los trastornos emocionales son consecuencia de la sintomatología general y del entorno personal, familiar, laboral y social en el que se desenvuelve la mujer. Se ha reportado que en mujeres europeas y orientales las repercusiones psicológicas son menores.¹⁹

Los signos y síntomas se atribuyen al medio estrogénico disminuido (10-50 pg/ml de estradiol en plasma, siendo que en edad reproductiva puede ser >200 pg/ml), mismos que provocan alteraciones a nivel del aparato genitourinario, mamas, piel y mucosas, sistema cardiovascular y sistema óseo.^{16,17} Las alteraciones en cavidad bucal son el aumento en la incidencia de enfermedades periodontales, xerostomía, enfermedades como liquen plano, síndrome de Sjögren y SBD. Grushka M. menciona que en mujeres posmenopáusicas con SBD puede encontrarse ardor bucal en 43% de ellas, alteración del gusto en 27% o ambos síntomas en 30% de las pacientes. Además, la piel y mucosas se ven afectadas por sequedad, prurito, son fácilmente traumatizadas, pierden elasticidad y flexibilidad.^{4,18}

La terapia hormonal de reemplazo (THR) proporciona beneficios en cuanto al alivio de los signos y síntomas climatéricos como bochornos, insomnio, dispareunia por atrofia vaginal senil y osteoporosis, brindando a la paciente una mejor calidad de vida. También protege contra la arterioesclerosis cardiovascular y reduce los infartos al miocardio y la coronariopatía mortal.¹⁶ En México, el uso de estrógenos es más limitado debido a la baja frecuencia de diagnóstico de problemas asociados al climaterio, insuficiente promoción educativa para la población general y a que la mujer mexicana está expuesta a información obtenida por medios de divulgación popular.

Lo anterior se traduce en una menor aceptación y continuidad de uso, necesaria para obtener beneficios potenciales en salud y calidad de vida para la mujer.¹⁹

El papel de la THR en la sintomatología bucal no se ha clarificado hasta nuestros días. Parece mejorar la cantidad y calidad de la función de las glándulas salivales en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. Forabosco A. sostiene que las mujeres con sintomatología ardorosa y receptores de estrógenos en mucosa bucal responden al reemplazo hormonal, cosa que no sucede en las pacientes que carecen de estos receptores, sin embargo, no es posible asegurar que la THR sea un tratamiento efectivo para la sintomatología bucal.²⁰ Los tratamientos alternativos para SBD son capsaicina (terapia desensibilizante), infusión de nopal (sustituto de saliva), saliva artificial, guarda oclusal y suplemento vitamínico.

Metodología

En el estudio se incluyeron pacientes de género femenino con la sintomatología característica del síndrome de boca dolorosa y que a la inspección clínica presentaron mucosa clínicamente normal con ausencia de signos clínicos de lesión. Fueron excluidos los pacientes del género masculino, hayan sido o no diagnosticados con síndrome de boca dolorosa, y los pacientes del género femenino que hayan referido ardor en alguna parte de la cavidad bucal, pero en quienes se hayan encontrado signos clínicos de lesión durante la exploración.

Los factores que se investigaron en cada paciente fueron edad, estado civil, nivel del dolor (escala análoga visual), circunstancias bajo las cuales comenzaba la sintomatología, etapa del climaterio en que se encontraba la paciente, tipo de menopausia, hiposalivación, bordes cortantes y restauraciones desajustadas, hábitos parafuncionales, polimedicación, fármacos predisponentes de hiposalivación y ardor bucal, eritropenia, hiperglucemia, déficit estrogénico, depresión y ansiedad, problemas intrafamiliares, insomnio y cancerofobia.

En este estudio los datos se obtuvieron mediante la historia clínica, elaborada especialmente para pacientes que padecen SBD. En ella se incluyen un detallado interrogatorio, exploración bucal y estudios complementarios principalmente.

A través del interrogatorio directo que se le hace a la paciente se indaga sobre datos demográficos, características de la sintomatología bucal, nivel del dolor (escala visual análoga de 0 a 10), antecedentes dentales, heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos, así como antecedentes quirúrgicos, farmacológicos, ginecológicos y psicológicos. El interrogatorio consta de preguntas específicas encaminadas al cumplimiento de los objetivos, ya que de no contar con un formato ya establecido, sería muy difícil la identificación de los factores asociados a SBD.

Al terminar el interrogatorio se procede a hacer la exploración bucal, registrando el estado de los tejidos blandos, órganos dentarios, materiales de restauración y ATM. Se cuantifica la salivación por medio de la sialometría. Se solicitan los estudios de gabinete pertinentes, de los cuales son básicos una ortopantomografía, biometría hemática, química sanguínea y nivel estrogénico en sangre. Una vez obtenidos todos los datos necesarios es posible emitir el diagnóstico, indicando el tipo de SBD que presenta la persona, así como los factores locales, sistémicos y psicogénicos identificados. Según el caso, se hace la remisión o interconsultas necesarias, ya sea a nivel odontológico, médico o psicológico, con el fin de que la paciente reciba un tratamiento integral que disminuya su exposición a los factores etiológicos.

Factores etiológicos de SBD¹, 5, 7, 8, 9-14

Factores locales	Factores sistémicos	Factores psicogénicos
Irritación mecánica	Desorden nutricional	Depresión
Condición dental y protésica	Anemias	Ansiedad
Hábitos parafuncionales	Deficiencias vitamínicas	Estrés
Hiposalivación	Medicación y polimedicación	Alteraciones del sueño
Alergia a materiales dentales	Diabetes mellitus	Problemas intrafamiliares, laborales y económicos.
Lengua geográfica	Síndrome de Sjögren	Historia de evento traumático
Reflujo esofágico	VIH/SIDA	

Resultados

De los 833 pacientes, 13 fueron diagnosticados con SBD, de los cuales 11 fueron pacientes del género femenino y 2 del masculino. La prevalencia de SBD en este estudio fue de 1.56%. Los tipos de SBD que se encontraron

en este estudio fueron dos: el tipo I –que se presentó en 5 de 11 pacientes (45.5%)– y el SBD tipo II –que se presentó en 6 de 11 pacientes (54.5%)–. No hubo ningún caso de SBD tipo III, es decir, hay más pacientes que sufren los síntomas desde que se despiertan hasta que se van a dormir.

La edad promedio de las 11 pacientes fue de 65 años. Se observó que la séptima década de la vida fue la más afectada y la menos afectada, la novena. Predominaron las mujeres viudas (45.5%) sobre las casadas (36.4%) y las divorciadas (18.2%). Las pacientes de este estudio estaban en la etapa de la posmenopausia (54.5%) y la vejez (45.5%). Al comparar los tiempos de evolución del dolor en cavidad bucal y el tiempo transcurrido desde que ocurrió la menopausia, se observó que 90.9% de las pacientes tenía más tiempo de haber experimentado la menopausia que el dolor y sólo una reportó que la menopausia y la sintomatología bucal comenzaron a la par.

Predominaron las pacientes cuya evolución del dolor no superó los 12 meses (54.5%), sin embargo, hubo quien soportó la sintomatología por 10, 15 y hasta 20 años. Un dato interesante es que cuatro de las pacientes (36.4%) llegaron a su menopausia de manera artificial o quirúrgica, pues se les practicó la histerectomía entre los 40 y los 44 años de edad. A este grupo pertenece la paciente cuyos tiempos de evolución de la menopausia y del dolor coincidieron (Tabla 1).

Tabla 1. Dolor bucal y menopausia

Dolor (años)		Menopausia (años)		Tipo de menopausia (núm. de casos)	
Edad promedio en que se presentó	Rango de duración	Edad promedio en que se presentó	Rango desde que ocurrió	Natural	Artificial
61	0.5-20	45.5	5-40	7	4

A pesar de que la sensación ardorosa puede involucrar cualquier sitio de la cavidad bucal, la lengua es por mucho el sitio de localización más frecuente, ya sea sola (45.5%) o con múltiples áreas involucradas (54.5%). Un porcentaje de 81.8% refirió que ésta es la localización más afectada.

En cuanto a las circunstancias bajo las cuales comenzó el dolor, predominaron las mujeres que relacionaron el inicio de su padecimiento con un suceso de orden emocional, como la muerte del cónyuge y problemas intrafamiliares crónicos (54.5%). En una de ellas, el SBD surgió a raíz de un tratamiento dental, específicamente un curetaje periodontal, según refiere la paciente. La Tabla 2 describe los diferentes factores asociados a SBD que se encontraron en las pacientes.

Tabla 2. Factores locales, sistémicos y psicogénicos

		Número de casos/ %total de pacientes	%
FACTORES LOCALES	Xerostomía	9/11	81.8
	Bordes cortantes, restauraciones, prótesis	8/11	72.7
	Hábitos parafuncionales	7/11	63.6
FACTORES SISTÉMICOS	Polimedicación	9/11	81.8
	Fármacos predisponentes de xerostomía	9/11	81.8
	Fármacos predisponentes de ardor bucal	2/11	18.2
	Eritropenia	2/7	28.6
	Hiperglucemia	0/7	0.0
	Déficit estrogénico	6/7	85.7
FACTORES PSICOGÉNICOS	Depresión y ansiedad	10/11	90.9
	Problemas intrafamiliares	7/11	63.6
	Insomnio	7/11	63.6
	Cancerofobia	6/11	54.5

El factor local más frecuente fue la disminución de la secreción salival en 81.8% de los casos. Los factores sistémicos fueron difíciles de determinar debido a que 36.4% de las pacientes no obtuvo sus estudios de laboratorio, sin embargo, es posible indicar que seis de siete pacientes (85.7%) presentaron déficit estrogénico, con niveles de estrógenos en sangre de 10 a 50 pg/ml. Se encontró que 81.8% estaba polimedicado (dos a siete fármacos) y en promedio cada paciente tomaba 2.63 fármacos. Además, nueve pacientes (81.8%) ingerían algún fármaco predisponente de hiposalivación; fueron éstas quienes precisamente la padecían. Dentro de los trastornos psicogénicos, la depresión y la ansiedad fueron los más comunes (90.9%).

De los fármacos que utilizaban las pacientes, 80% provocaba reacciones adversas en cavidad bucal, ya sea hiposalivación, ardor o alteración del gusto (disgeusia). El medicamento que más tomaban las pacientes fue clonazepam (del grupo de los antiepilépticos), prescrito para el tratamiento de la ansiedad y depresión según refieren.

Las pacientes que empleaban antihipertensivos tomaban captopril, inhibidor de la ECA cuyo principal efecto adverso en cavidad bucal es el ardor. Una de las pacientes bajo terapia hormonal tomaba tibolona, esteroide sintético para el tratamiento de los síntomas posmenopáusicos. Ella refirió que el dolor bucal desapareció al suspender el uso de dicho fármaco.

En este estudio se evaluó el nivel del dolor con la escala visual análoga. Se observó que el nivel del dolor al momento de realizar la historia clínica fue mayor de 8 en las pacientes (72.7%), tres de las cuales mencionaron que padecían un nivel de ardor máximo de 10. El nivel fue de 4 a 7 en tres pacientes (27.3%). Ninguna paciente refirió un nivel del dolor menor de 3. Como hallazgo complementario, mas no como resultado del estudio, se presenta el nivel del dolor que mostraron las pacientes en la última consulta después del tratamiento alternativo –a base de infusión de nopal y capsaicina–. En nueve pacientes el nivel del dolor bajó considerablemente: fue menor de 3 para seis de ellas (54.5%). En dos pacientes permaneció en el mismo nivel de 8 (18.2%), sin embargo, ninguna tuvo nivel máximo de 10 y en ninguna aumentó el dolor.

Discusión

Se encontró una prevalencia de 1.56% del total de pacientes revisados. En comparación con los resultados obtenidos por Hakeberg M. y Bergdahl M. – de 3.9% y 3.7%, respectivamente–, se observó que la cifra en nuestro estudio fue menor, a pesar de que no fue obtenida de la población en general, sino de personas que acudían a un centro de especialidades odontológicas. La relación mujeres a hombres es de 6.5:1, lo cual es contrastante con el 3:1 de Basker y Maresky, y muy próximo al 7:1 de Lamey. La edad promedio

en la que se presentó el SBD en las pacientes fue de 65 años, la cual es ligeramente superior a la obtenida por autores como Maresky, Grushka y Bergdahl con un resultado de 62, 60 y 57 años, respectivamente.

Hakeberg encontró que el nivel del dolor en sus pacientes con SBD según la escala visual análoga fue de 3.8; en el presente estudio se obtuvo un nivel del dolor muy superior, de 8.5 con la misma escala, lo cual lleva a pensar acerca de la gravedad de los casos de SBD que existen en México; también queda claro que la prioridad de la mujer mexicana no es buscar atención médica y mucho menos dental.

Los resultados de este estudio concuerdan con los obtenidos por Browning, Lamey, Ship y Bergdahl, quienes mencionan que los pacientes con SBD sufren de problemas psicogénicos. Sin embargo, la cifra de pacientes con alteraciones psicogénicas que se obtuvo fue de 90.9%, muy superior al 44% que encontró Browning. Esto se debe a que el estudio de este autor estuvo encaminado exclusivamente a la detección de desórdenes psiquiátricos, por lo que llevó a cabo evaluaciones psiquiátricas de orden familiar, personal, social, médico y mental con la ayuda de un especialista en psiquiatría. Al igual que Grushka, Gorsky, Maresky y Basker, nuestros resultados muestran que la hiposalivación es un factor que afecta frecuentemente a los pacientes que padecen SBD.

La medicación como factor etiológico sistémico es un tema variado y difícil. Autores como Hakeberg señalan que el consumo de medicamentos antihipertensivos, sedantes y hormonas sexuales es predisponente de sintomatología bucal. Gorsky muestra en sus resultados que el fármaco más consumido fue clordiazepoxide, del grupo de las benzodiazepinas. En cambio, Tarkkila y Bergdahl indican que los más utilizados fueron la terapia hormonal de reemplazo y las tiroxinas, respectivamente.

En el presente estudio se encontró que el medicamento que más tomaron las pacientes fue clonazepam, antiépiléptico que provoca hiposalivación, entre otros efectos adversos. Con respecto a las alteraciones menopáusicas como factores de

riesgo del SBD, en este estudio se halló, al igual que Massler, Ferguson, Wardrop y Frutos, que durante el climaterio, específicamente en la pos menopausia, se incrementa la sintomatología bucal que experimentan las mujeres.

A pesar de no haber sido parte del estudio, la terapéutica con sialogogos e infusión de nopal en nuestras pacientes mexicanas fue exitosa para combatir la hiposalivación en las ocho mujeres que siguieron las recomendaciones. En contraste, Gorsky administró 5 mg cuatro veces al día de pilocarpina hidroclicorada para estimular la salivación, obteniendo resultados no satisfactorios. El tratamiento alternativo a base de nopal brindó buenos resultados y beneficios múltiples, además de su bajo costo y fácil adquisición en nuestro país, a diferencia de los sustitutos de saliva utilizados en otras naciones.

El estudio referido ofrece resultados descriptivos, mas no significativos sobre los factores asociados a SBD. A pesar de sus limitaciones, la investigación proporciona un panorama general sobre el SBD en una población de mujeres mexicanas, sus factores asociados, prevalencia, características clínicas y terapéutica disponible.

Conclusiones

- Este estudio sugiere que el grupo de factores etiológicos psicogénicos es el más común en las pacientes que padecen SBD, siendo la depresión y la ansiedad los desórdenes psicogénicos más frecuentes.
- Dentro de los factores etiológicos locales, la hiposalivación es el más frecuente, seguida de la presencia de bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas.
- La polimedicación y el uso de fármacos predisponentes de hiposalivación son los factores asociados más comunes dentro del grupo de factores etiológicos sistémicos.
- Se sugiere que la deficiencia estrogénica no es un factor determinante de SBD, sin embargo, es el principal agente fisiopatológico responsable de los trastornos característicos del climaterio y con ello de la alteración psicogénica productora, en gran parte, de la sintomatología de SBD.

- La sintomatología del SBD es el resultado de la interrelación de múltiples factores locales, sistémicos y psicogénicos, por lo que se requiere de la atención de varias especialidades médicas y, por lo tanto, de recursos económicos considerables para mantener un tratamiento integral, propósito que es difícil cumplir en México.
- El conocimiento de los factores de riesgo de SBD, así como el uso de una historia clínica específica para estos pacientes, son la base de una identificación precisa de factores etiológicos y, en consecuencia, de un diagnóstico acertado necesario para brindar un mejor tratamiento.
- Los problemas sociales, culturales y económicos que aquejan a las mujeres mexicanas difieren de aquellos que puedan padecer las mujeres de otros países, como las del primer mundo, por ejemplo, donde el nivel de vida es más alto, la ideología no es tan conservadora y las condiciones laborales y familiares no exigen tanto desgaste físico y emocional por parte de la mujer.

Referencias bibliográficas

1. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC. Patients with burning mouth: a clinical investigation of causative factors, including climacteric and diabetes. *Br Dent J* 1978; 145:9-16.
2. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999;28:350-354.
3. Ceccotti EL, Yasnig FH, Zanuso LH, Bernal MP. Abordaje interdisciplinario en pacientes con síndrome de ardor bucal. *Bol AN de Medicina* 1996; 74:441-447.
4. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63:30-36.
5. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 167:197-200.
6. Hakeberg M, Berggren U, Hägglin C, Ahlqvist M. Reported burning mouth symptoms among middleaged and elderly women. *Eur J Oral Sci* 1997; 105:539-543.
7. Maresky LS, Bijl P, Gird I. Burning mouth syndrome: evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:303-307.
8. Gorsky M, Silverman S, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:192-195.
9. Cibirka R, Nelson S, Lefebvre C. Burning mouth syndrome: a review of etiologies. *J Prosthet Dent* 1997;78:93-97.
10. Ship J, Grushka M, Lipton J, Mott A, Sessle B, Dionne R. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(7):842-853.
11. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J* 1988; 296:1243-1246.
12. Ferguson MM, Carter J, Boyle P, Hart D, Lindsay R. Oral complaints related to climacteric symptoms in oophorectomised women. *J Roy Soc Med* 1980; 74:492-498.
13. Massler M. Oral manifestations during the female climacteric: the postmenopausal syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951; 4:1234-1243.
14. Browning S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64:171-174.
15. Wardrop RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67:535-540.
16. Jones H, Colston A, Burnett L. Tratado de ginecología de Novak 11ª ed. Interamericana; 1991, p. 349-386.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ginecología y obstetricia 3ª ed. Méndez editores; 1998, p.739-745, 1009-1029.
18. Frutos R, Rodríguez S, Miralles L, Machuca G. Manifestaciones orales y manejo odontológico durante la menopausia. *Medicina Oral* 2002;7:26-35.
19. Velasco V, Pozos JL, Cardona JA. Terapia hormonal de reemplazo en el climaterio y la posmenopausia. *Rev Med IMSS* 2000; 38(2):131-138.
20. Forabosco A, Criscuolo M, Coukos G, Ucelli E, Weinstein R, Botticelli A. Efficacy of hormonal replacement therapy in postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:570-574.

LÍNEA DOLOR ODONTOLÓGICA

Ketorolaco
SUPRADOL®

Dolor agudo¹

SUPRADOL® Duet
Ketorolaco 10mg + Tramadol 25mg

Analgesia multimodal²

DO&COXEL®
Etoricoxib

Dolor crónico³

Garbican®
Pregabalina

Dolor neuropático⁴

JUNTOS ALIVIANDO EL DOLOR

Dafloxen®
naproxeno sódico

Dolor e inflamación⁵

Dafloxen F®
naproxeno sódico + paracetamol

Fiebre, dolor e inflamación⁶

LIOMONT

SUPRADOL® 10 mg Tablettes 026M92 SSA IV. SUPRADOL DUJET® solución inyectable 090M2014 SSA IV. DO&COXEL® 120M2018 SSA IV. GARBICAN® 068M2015 SSA IV. DAFLOXEN® Tablettes 090M94 SSA V. DAFLOXEN F® Tablettes 372M95 SSA VI.

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx.

Referencias: 1. Información Para Prescribir (IPP) Supradol® Tablettes 2. Información Para Prescribir (IPP) Supradol Duet® Solución inyectable 3. Información Para Prescribir (IPP) Do&coxel® Tablettes 4. Información Para Prescribir (IPP) Garbican® 5. Información Para Prescribir (IPP) Dafloxen® Tablettes 6. Información Para Prescribir (IPP) Dafloxen F®

Campaña de No Sustitución de la Receta: www.loquedicetumedico.org



LIOMONT
ETICA FARMACEUTICA DESDE 1938

Año 2020