

## IMPLANTES DOBLES POSTEXODONCIA SIN TÉCNICAS REGENERATIVAS NI CIERRE PRIMARIO EN MOLARES SUPERIORES: PRESENTACIÓN DE UNA TÉCNICA ORIGINAL

**Yuri Turanza**

*Co Autor del Módulo de Implantología Oral de la Cátedra de C y TBMF III de la Universidad de Bs. As.*

*Especialista en Cirugía y Traumatología BMF*

*Director de DOGMA: Centro de Investigación y Docencia en Implantología Oral*

*Ex Profesor Adjunto de la Cátedra de C y TBMF de la Universidad de Buenos Aires, Argentina*

### Introducción:

Llamamos Implantes Dobles Postexodoncia (IDP) a dos implantes que comparten un mismo alvéolo y que sirven de anclaje para reponer una misma pieza dentaria o como soporte complementario de una estructura protética múltiple (Figuras 1,2 y 3). Un estudio [1] demostró que la reneumatización del seno en dirección inferior ocurre entre 2 y 7 mm luego de las exodoncias. La colocación IDP atenuaría esta reabsorción favoreciendo además aspectos anatómicos y biomecánicos de los elementos protéticos [2]. La supervivencia de los implantes postexodoncia oscila entre 93% y 100% [2,3,4,5]. Aún los implantes colocados en alvéolos infectados serían predecibles [6,7,8,9]. El uso de IDP para reponer un molar inferior es frecuente, pero pocos autores han descrito el uso

de dos implantes para reponer un molar superior [10,11,12,13]. Nosotros, en ningún caso hemos utilizado técnicas regenerativas para los defectos alveolares, tampoco se realizaron incisiones ni cierre primario. Estudios en animales [14] han evidenciado regeneración espontánea en los defectos alveolares periimplantarios y una correcta oseointegración aún en los sitios donde no había contacto hueso-implante en defectos marginales de 3 a 6 mm [15]. Ensayos controlados en humanos [16, 17] demostraron que muchos defectos marginales en implantes postexodoncia se reducen independientemente del uso de membranas o injertos óseos. En cuanto al Cierre Primario en alvéolos postexodoncia, no existe un consenso para sistematizarlo [3,4]. Además se encontró menor reabsorción de tejidos en los casos en los que no se hicieron colgajos para el cierre de implantes postexodoncia [8].

**300 ml**  
NUEVA PRESENTACIÓN  
MAYOR RENDIMIENTO

**Bucoglobin®**  
CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 0,12%  
SOLUCIÓN

**ENJUAGUE BUCAL**

**Gador**  
Al Cuidado de la Vida



**Materiales y Métodos:** Se colocaron 382 implantes dobles en 191 alvéolos post exodoncia de molares superiores en pacientes de 31 a 83 años (Tabla1). Todos los implantes fueron colocados por el mismo cirujano entre 2001 y 2015. Los implantes fueron roscados, de superficie híbrida y con hexágono externo.

Tabla 1

IDP Con regeneración ósea espontánea en Max. Sup.	Fracasos antes de la carga funcional	Fracasos entre 1 y 15 años de función
382	23 (6 %)	2 (0,5%)

**Descripción de la técnica:** En todos los casos se realizó la exodoncia cuidadosamente. Se removieron todo tipo de cuerpos extraños y tejidos patológicos con gubias y curetas. Se evitó el uso de gasas u otros elementos que pudieran desprender partículas que contaminen el coágulo primario.

El diámetro promedio en sentido vestibulo-palatino de los alvéolos fue de 12 mm y el mesio-distal de 10 mm. La preparación del lecho implantario se realizó mediante un protocolo de "fresado restringido", siendo el diámetro de la última fresa utilizada de 1,2 a 1,5 mm menor al diámetro del implante elegido para mejorar la estabilidad primaria del mismo: el 85% de los implantes no superó los 15 Newton de anclaje. El 77 % de los implantes se anclaron en la cortical sinusal, penetrando en el seno maxilar de 1 a 3 mm.

(Fig. 1H, 2J, 3K). Uno de los implantes se colocó en un alvéolo correspondiente a una de las raíces vestibulares y el otro en el correspondiente a la raíz palatina respetando entre ambos una distancia aproximada de 3 mm (Fig. 1A, 2E, 3E, 3H). La plataforma protética de los implantes quedó a una profundidad de 1 a 3 mm del borde gingival libre. En la mayoría de los casos se colocaron tapas de cicatrización de 1 a 3 mm de altura para evitar la segunda cirugía (Fig.1A, 2D, 3E). Se extrajo tejido de procesos periodontarios suficiente para el análisis histopatológico de 27 alvéolos en los que se colocaron 54 implantes. Se registraron las fenestraciones y dehiscencias de paredes alveolares, y se midieron las discrepancias hueso-implante o defectos marginales. No se utilizaron técnicas regenerativas en ningún caso. No se realizó ningún tipo de colgajo ni desplazamientos de tejidos para lograr cierre primario quedando el defecto óseo expuesto al medio oral (Fig.1A, 1B, 2D, 3E, 3F). Luego de 4 a 6 meses de espera se continuó con los pasos protéticos habituales (Fig. 1C, 2E, 3H). Todas las restauraciones fueron realizadas con estructuras ferulizando los IDP mediante muñones (Figura 1D, 1F) o coronas atornilladas, cementadas o combinadas (2F-, 2G, 2H, 2I y 3I). Las prótesis reemplazaron a un solo molar (Fig.1) o formaban parte de estructuras mayores (Fig. 2 y 3). Las estructuras protéticas fueron torqueadas a 30 Newton. El seguimiento clínico y radiográfico máximo fue de 15 años y el promedio fue de 5,6 años.

**Resultados:** De los 382 implantes fracasaron 23 (6%) antes de la carga protética en 18 pacientes. En cuanto a fracasos tardíos se registraron solo dos a los 4 y 6 años de función respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas ( $P > 0,05$ ) entre

los fracasos de implantes colocados en raíces palatinas o vestibulares 14 y 9 fracasos respectivamente. Los resultados histopatológicos de 27 alvéolos de los que se tomaron material para su análisis, 25 fueron informados como “tejido inflamatorio crónico” y 2 como “tejido inflamatorio crónico reagudizado”. La tasa de fracasos en estos alvéolos fue igual a la de los demás (6%).

**Discusión:** El uso de IDP sin técnicas regenerativas ni cierre primario para reponer un molar superior no ha sido reportada en la literatura científica. En nuestra experiencia, la evaluación clínica y radiográfica a 15 años de seguimiento de los IDP fue satisfactoria.

**Ventajas de la utilización de IDP:**

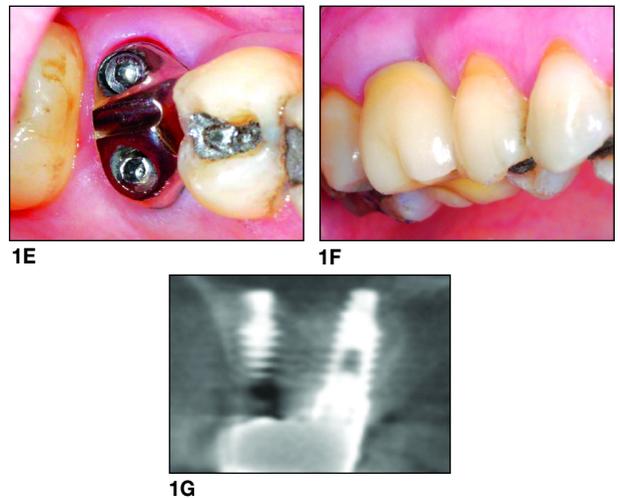
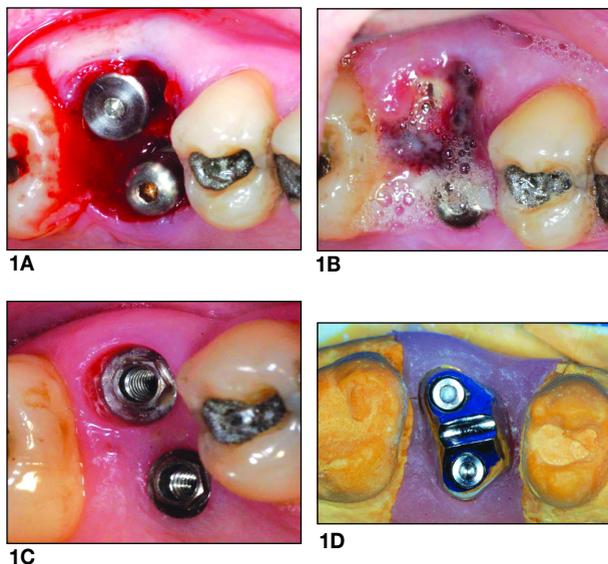
1) Disminuye el colapso alveolar postexodoncia, 2) Disminuye la reneumatización sinusal, 3) Optimiza el uso de implantes cortos en zonas de molares evitando muchas veces elevaciones de piso de seno maxilar 4) Optimiza la distribución biomecánica de fuerzas oclusales, 5) Disminuye los aflojamientos de coronas, 6) Permite una mejor terminación anatómica de la corona del molar.

**Desventajas de la utilización IDP:**

1) Es sensible a la experiencia del profesional, 2) Espacio limitado para dos implantes, 3) Compromiso con el seno maxilar, 4) Anclaje primario comprometido, 5) Protocolo de fresado alterado, 6) Mayor complejidad en las maniobras protéticas y de laboratorio, 7) Dificultad para la higiene de los espacios entre implantes; aunque nuestros resultados a largo plazo no han evidenciado mayor incidencias de periimplantitis que los implantes convencionales.

Si bien los IDP sin técnicas regenerativas ni cierre primario, en nuestra experiencia fueron predecibles, faltan ensayos clínicos aleatorios para confirmarlos.

**Figura 1: Implantes dobles para reponer un molar superior optimizando la anatomía y la biomecánica.**



1A: Se colocaron dos implantes de 4 mm de diámetro respetando un espacio inter-implantes de 3 mm aproximadamente. Se colocaron tapones de 3 mm de altura para evitar una segunda cirugía. No se utilizaron materiales regenerativos ni cierre primario.

1B: Control a las 24 hs. El coágulo “rellena” los defectos periimplantarios.

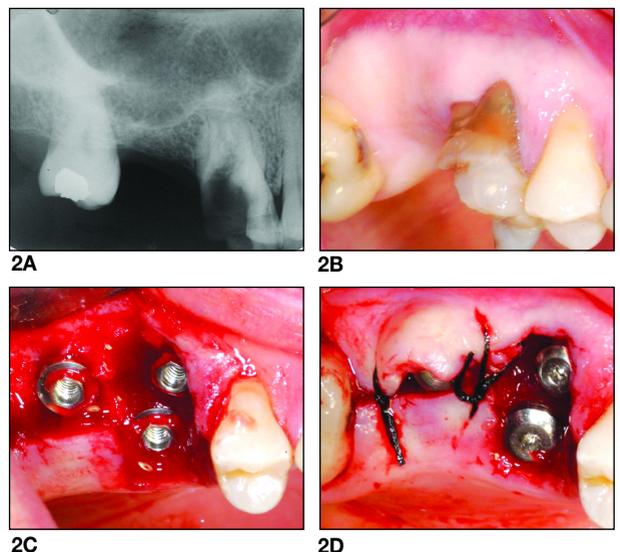
1C: A los 4 meses se retiraron las tapas cicatrizales y se procede con los pasos protéticos habituales.

1D y 1E: Muñón atornillado de “carga compartida” que feruliza a los dos implantes y corona ceramometálica. Obsérvese el contorno anatómico optimizado.

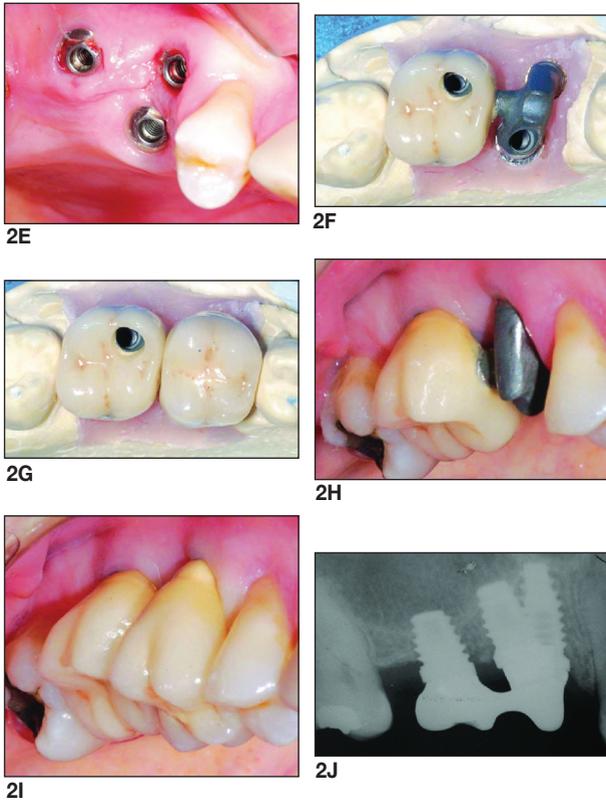
1F: Aspecto final.

1G: Control tomográfico a los 6 años de función. Se observa la estabilidad ósea “interimplantaria”.

**Figura 2: Implantes doble en 16 como parte de una estructura tripoidal con implantes cortos para evitar una elevación de piso de seno.**



**GADOR**



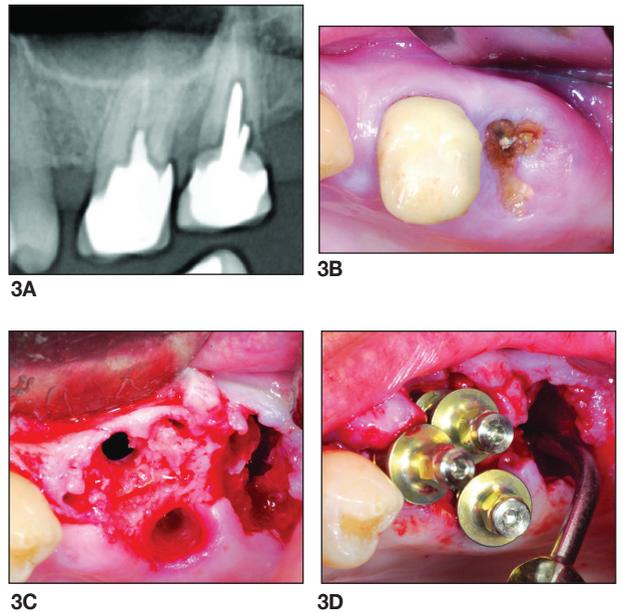
2E: A los 5 meses se retiraron los tapones de cierre para proceder con la etapa protética.

2F y 2G: Estructura ceramometálica combinada: atornillada y cementada telescópica por cuestiones de emergencia del tornillo del implante mesio-vestibular.

2H y 2I: Instalación en boca de la prótesis definitiva.

2J: Rx final donde se observa el tripoidismo de la estructura implantoprotética.

**Figura 3: Implantes dobles como parte de una estructura de piezas múltiples**



2A: Rx preoperatoria: Se observa la escasa altura ósea disponible.  
 2B: Imagen preoperatoria.  
 2C: Implantes en posición: 5x6 en 17, 5x8 en alvéolo mesio-vestibular de 16 y 4x10 mm en alvéolo palatino.  
 2D: Se colocaron tapas cicatrizales de 3 mm para evitar una segunda cirugía. No hay cierre primario ni técnicas regenerativas en 16.



# Bucoglobin®

CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 0,12%  
**SOLUCIÓN**

300 ml

NUEVA PRESENTACIÓN  
MAYOR RENDIMIENTO



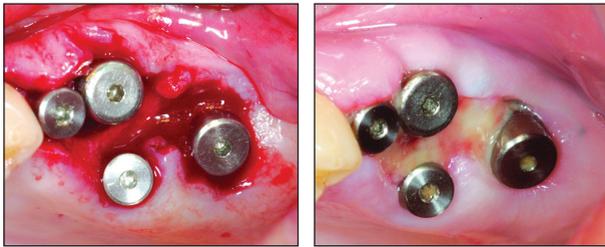
ENJUAGUE  
BUCAL

ENJUAGUE BUCAL  
CONTENIDO: 300 ml  
Industria uruguaya

Gador

Gador  
Al Cuidado de la Vida

**GADOR**



3E

3F



3G

3H



3I

3J



3K

3A: Rx Preoperatoria

3B: Imagen clínica inicial

3C: Situación postexodoncia de 26 y 27: obsérvense las comunicaciones bucoantrales. El seno está sin patología asociada. Se requiere un protocolo de fresado restringido y maniobras muy cuidadosas para no comprometer el anclaje primario.

3D: Se muestra la comunicación sinusal y una gran cavidad en el alvéolo de 27 donde se colocará un implante de 6 mm de diámetro por 8 de longitud. Los otros implantes son de 4 x 10 en 25; de 5 x 6; de 4x8 en alvéolo mesio-vestibular y palatino de 26 respectivamente.

3E: Implantes en posición. Se colocaron tapas cicatrizales de 3 mm de altura para evitar una segunda cirugía. Esto está contraindicado si el paciente utiliza prótesis removible provisoria por el riesgo de carga prematura que ello implica. No se utilizó ningún material de regeneración de tejidos, ni cierre primario.

3F: Control a los 7 días. Puede verse una epitelización incipiente. Este proceso es totalmente asintomático.

3G: Imagen a los 5 meses. Obsérvense la correcta cicatrización de los tejidos y un colapso alveolar mínimo.

3H: Se retiraron los tapones de cierre para continuar con la etapa protética.

3I y 3J: Estructura ceramometálica atornillada para reponer 25,26 y 27 previa a la obturación de los tornillos con resinas de fotocurado.

3K: Imagen radiográfica. Los implantes penetran de 1 a 3 mm en el seno maxilar. Puede verse a los IDP remediando las posiciones de las raíces mesio-vestibular y palatina del 26 en la Rx preoperatoria.

**300 ml**  
NUEVA PRESENTACIÓN  
MAYOR RENDIMIENTO

**Bucoglobin®**  
CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 0,12%  
SOLUCIÓN

**ENJUAGUE BUCAL**

**Gador**  
Al Cuidado de la Vida

**BIBLIOGRAFÍA**

1. **Sharan, A. and D. Madjar (2008).** "Maxillary sinus pneumatization following extractions: a radiographic study." *Int J Oral Maxillofac Implants* 23(1): 48-56.
2. **Chen, S. T., T. G. Wilson, Jr., et al. (2004).** "Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes." *Int J Oral Maxillofac Implants* 19 Suppl: 12-25.
3. **Schwartz-Arad, D. and G. Chaushu (1997).** "The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: a literature review." *J Periodontol* 68(10): 915-23.
4. **Penarrocha, M., R. Uribe, et al. (2004).** "Immediate implants after extraction. A review of the current situation." *Med Oral* 9(3): 234-42.
5. **Quirynen, M., N. Van Assche, et al. (2007).** "How does the timing of implant placement to extraction affect outcome?" *Int J Oral Maxillofac Implants* 22 Suppl: 203-23.
6. **Lindeboom, J. A., Y. Tjiook, et al. (2006).** "Immediate placement of implants in periapical infected sites: a prospective randomized study in 50 patients." *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 101(6): 705-10.
7. **Schropp, L. and F. Isidor (2008).** "Timing of implant placement relative to tooth extraction." *J Oral Rehabil* 35 Suppl 1: 33-43.
8. **Villa, R. and B. Rangert (2007).** "Immediate and early function of implants placed in extraction sockets of maxillary infected teeth: a pilot study." *J Prosthet Dent* 97(6 Suppl): S96-S108.
9. **Villa, R. and B. Rangert (2005).** "Early loading of interforaminal implants immediately installed after extraction of teeth presenting endodontic and periodontal lesions." *Clin Implant Dent Relat Res* 7 Suppl 1: S28-35.
10. **Bahat, O. and M. Handelsman (1996).** "Use of wide implants and double implants in the posterior jaw: a clinical report." *Int J Oral Maxillofac Implants* 11(3): 379-86.
11. **Balshi, T. J. and G. J. Wolfinger (1997).** "Two-implant-supported single molar replacement: interdental space requirements and comparison to alternative options." *Int J Periodontics Restorative Dent* 17(5): 426-35.
12. **Moscovitch, M. (2001).** "Molar restorations supported by 2 implants: an alternative to wide implants." *J Can Dent Assoc* 67(9): 535-9.
13. **Flanagan, D. (2008).** "Immediate placement of multiple mini dental implants into fresh extraction sites: a case report." *J Oral Implantol* 34(2): 107-10.

14. **Karabuda, C., P. Sandalli, et al. (1999).** "Histologic and histomorphometric comparison of immediately placed hydroxyapatite-coated and titanium plasma-sprayed implants: a pilot study in dogs." *Int J Oral Maxillofac Implants* 14(4): 510-5.
15. **Rimondini, L., G. B. Bruschi, et al. (2005).** "Tissue healing in implants immediately placed into postextraction sockets: a pilot study in a mini-pig model." *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 100(3): e43-50.
16. **Paolantonio, M., M. Dolci, et al. (2001).** "Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man." *J Periodontol* 72(11): 1560-71.
17. **Chen, S. T., I. B. Darby, et al. (2005).** "A prospective clinical study of bone augmentation techniques at immediate implants." *Clin Oral Implants Res* 16(2): 176-84.

*Agradecimientos: Dr. Aron Cywiner, Dr. Juan Farina, Dr. Sergio Trerótola y plantel de DOGMA S.A.*

**Turanza, Yuri**

Actualizaciones Odontológicas Gador: implantes dobles postexodoncia sin técnicas regenerativas ni cierre primario en molares superiores: presentación de una técnica original / Yuri Turanza. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Laboratorio Gador, 2016. 8 p. ; 28 x 20 cm.



"Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales, por lo que se delinda a GADOR S.A. de toda la responsabilidad al respecto"

1. Odontología. I. Título.  
CDD 617.6

Impreso en Magnic Gráfica SA Echauri 1785, C.A.B.A. (1437)  
Marzo 2016

Fecha de catalogación: 04/03/2016



**DESENSYL MAX.** Crema dental. Venta libre. **COMPOSICIÓN:** fluoruro de sodio, acetato de estroncio, excipientes c.s. **ACCIÓN TERAPÉUTICA:** desensibilizante, anticaries y protector de encías. **INDICACIONES:** crema dental desarrollada para pacientes con hipersensibilidad dental. Evitar las caries. **MODO DE USO:** cepillado diario, dos veces al día. **CONTRAINDICACIONES:** No utilizar en niños menores de 12 años a menos que sea recomendado por un odontólogo. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** si los síntomas persisten luego de las primeras cuatro semanas de uso o si observa alguna reacción desfavorable, interrumpa la utilización del producto y consulte con su odontólogo. Evitar la ingesta del producto. **PRESENTACIONES:** pomo multilaminado con 600 gramos. GADOR S.A Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión de ANMAT: Oct-2014

**EMOFORM® TOTAL.** Crema dental. Venta libre. **COMPOSICIÓN:** Cada 100 g de crema dental contiene: etidronato disódico; BS (bicarbonato de sodio); fluoruro de sodio; monofluorofosfato de sodio; excipientes c.s. **ACCIÓN TERAPÉUTICA:** crema dental antiplaca, anticaries, antisarro, doble fluor. **INDICACIONES:** reduce la acumulación de placa, previene la aparición de caries y disgrega el sarro ya formado. Permite una higiene profunda y suave sin dañar el esmalte dental. Impide el crecimiento y aposición del sarro, por acción del etidronato disódico. Por acción del BS (bicarbonato de sodio), neutraliza la acidez de los restos alimenticios y aumenta el pH de la saliva impidiendo el desarrollo de la placa bacteriana. Posee fluoruro de sodio y monofluorofosfato de sodio que reducen la solubilidad de los cristales de apatita, haciendo más resistente al esmalte dental. **PRESENTACION:** pomo multilaminado con 100 gramos. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión ANMAT: Ene-2013.

**SQUAM BLANQUEADOR®.** Crema dental. Venta libre. **COMPOSICIÓN:** monofluorofosfato de sodio, peróxido de calcio, bicarbonato de sodio, xilitol, excipientes c.s. **ACCIÓN TERAPÉUTICA:** función blanqueadora, antiplaca y anticaries. **INDICACIONES:** es una crema dental ideal para el uso diario que ayuda a recuperar el blanco natural de los dientes de manera progresiva, eliminando manchas dentales producidas por el tabaco, alimentación y algunas bebidas. Fortalece el esmalte, combate la placa bacteriana y previene la enfermedad periodontal. **MODO DE USO:** cepillado diario, dos veces al día. **CONTRAINDICACIONES:** no utilizar en niños de 6 años o menores, ni en personas con alteraciones funcionales que no controlen en forma adecuada la deglución. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** si la persona recibe aporte de fluor desde otras fuentes, consulte a su médico u odontólogo. Si observa alguna reacción desfavorable, interrumpa la utilización del producto y consulte con su odontólogo. **PRESENTACION:** pomo multilaminado con 60 gramos. GADOR S.A Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión de ANMAT: Oct-2014

**BUCOGEL®** Gel antiséptico para uso tópico bucal. Venta Libre. **COMPOSICIÓN:** cada 100 g de gel contiene: clorhexidina digluconato 20% 0,6 g. Excipientes cs. **ACCIÓN TERAPÉUTICA:** antiséptico bucal. Antiplaca bacteriana. Antibacteriano (Gram positivo y Gram negativo) y antiúlcero con acción sobre los esporos. Activo sobre los gérmenes comúnmente causales de afecciones bacterianas periodontales y bucales. BUCOGEL® limita su acción a la zona aplicada evitando las manchas por exposición y retención del producto en los esmaltes sanos y las irritaciones de los tejidos blandos. **INDICACIONES:** control de la placa bacteriana y de los gérmenes causantes de infecciones en la boca. Inflamación o sangrado de las encías. Antisepsia en cirugía o procedimientos odontológicos. Prevención de la caries dental. **POSOLOGÍA Y MODO DE APLICACIÓN:** 1. Retire la tapa del pomo, extraiga la cánula aplicadora de la bolsa plástica y enrosque la cánula en el pomo. 2. Retire la tapa de la cánula. 3. Ubique la zona a tratar y aproxime la punta de la cánula sobre la misma. 4. Ejercer una leve presión sobre el pomo y deje fluir el gel en una cantidad apropiada para cubrir la zona afectada, de acuerdo con las indicaciones de su odontólogo. 5. Cubra la cánula con su correspondiente tapa. 6. Repetir el procedimiento 2 a 3 veces por día de acuerdo con lo indicado por el odontólogo. En niños pequeños y discapacitados el producto debe ser aplicado por un adulto. **CONTRAINDICACIONES:** antecedentes de alergia a la clorhexidina o a cualquiera de los componentes del producto. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** no utilizar el gel si el pomo y/o la cánula no se presentan en perfecto estado de conservación. El producto es para uso personal y no debe ser compartido. No aplicar el gel con otro tipo de aplicador. Una vez aplicado el gel es recomendable no realizar en forma inmediata un cepillado o enjuague bucal de la zona donde se aplica, dado que deben transcurrir - al menos - 2 horas antes de su remoción para que el principio activo pueda actuar adecuadamente. Si bien la concentración de clorhexidina en BUCOGEL® es del 0,12%, por ser aplicado sólo a las partes afectadas, las cantidades totales utilizables por dosis son muy inferiores a los contenidos de otras soluciones de clorhexidina, por lo que su ingestión eventual por barrido salival del gel no implica riesgos. En caso que la evolución de la lesión no sea favorable se recomienda volver a consultar a su odontólogo. **REACCIONES ADVERSAS:** la mayoría de los efectos adversos por el uso bucal de la clorhexidina se refieren al uso prolongado sobre los tejidos sanos, generalmente de más de 7 días, manifestado por manchas en dientes, restauraciones, obturaciones, mucosas y lengua. En general, las manchas son transitorias o pueden requerir del cepillado de la superficie afectada. Irritación de los tejidos sanos. Pigmentaciones. Alteraciones transitorias del sabor. El uso local de BUCOGEL® minimiza la probabilidad de estos efectos colaterales. **PRESENTACIONES:** envase conteniendo un pomo

multilaminado con 20 g de gel y cánula aplicadora. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión ANMAT: Feb-2013.

**CLINADOL®** Colutorio. Venta bajo receta. **COMPOSICIÓN:** cada 100ml de colutorio contiene: flurbiprofeno 250 mg; excipientes c.s. **ACCIÓN TERAPÉUTICA:** antiinflamatorio no esteroideo y analgésico tópico, derivado del ácido aril-propiónico. Inhibidor de la resorción ósea alveolar. **INDICACIONES:** tratamiento local de los procesos inflamatorios de origen odontológico y otorrinolaringológicos. Tratamiento local de afecciones inflamatorias del periodonto (gingivitis, periodontitis), estomatitis, glositis, manifestaciones orales herpéticas, coadyuvante del tratamiento post-extracción (exodoncia) o conservador dental. Tratamiento local de los procesos inflamatorios oro-faríngeos como amigdalitis y faringitis. **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** buches o gárgaras con una medida (10ml) del colutorio puro o diluido en medio vaso de agua, 2 a 3 veces por día. **CONTRAINDICACIONES:** hipersensibilidad al flurbiprofeno, aspirina, otros agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE), o a alguno de los componentes del colutorio. Antecedentes de broncoespasmo, rinitis o urticaria asociados al uso de AAS (ácido acetil salicílico) u otros AINES (antiinflamatorios no esteroideos). Úlcera péptica (presencia o antecedente). Insuficiencia cardíaca severa. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** la dosis de flurbiprofeno recomendada, contenida en el colutorio, es inferior a la utilizada habitualmente para su uso sistémico. No deberá emplearse este producto, si alguna vez tuvo úlcera péptica o es alérgico al flurbiprofeno, a la aspirina o a algún otro AINE. Si usted es alérgico o está tomando algún otro analgésico, está embarazada, o sufre de asma, hable con su médico antes de emplear flurbiprofeno. Ante la aparición o persistencia de síntomas, consulte con su médico. Podrá presentarse broncoespasmo en pacientes que padecen o tienen antecedentes de asma bronquial, deberá emplearse con precaución en estos pacientes. Los AINE demostraron provocar distintas formas de nefrotoxicidad, incluida nefritis intersticial, síndrome nefrótico e insuficiencia renal. En pacientes con disfunción renal, cardíaca o hepática, se deberá administrar con precaución debido a que el empleo de agentes AINE puede provocar deterioro de la función renal. Se recomienda precaución al administrar a pacientes con hipertensión. El flurbiprofeno puede prolongar el tiempo de sangría y se debe administrar con precaución a pacientes que puedan presentar trastornos hemorrágicos. No deberá administrarse en forma concomitante con otros agentes AINE. Los efectos indeseables pueden minimizarse empleando la dosis eficaz mínima, necesaria para controlar los síntomas, durante el menor tiempo posible. Los datos derivados de estudios clínicos y epidemiológicos sugieren que el empleo de algunos AINE (particularmente en altas dosis y durante períodos prolongados), puede estar asociado con un pequeño incremento en el riesgo de eventos trombóticos arteriales (por ejemplo, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular). No se han obtenido datos suficientes como para excluir tal riesgo con flurbiprofeno. Interacciones medicamentosas: los estudios llevados a cabo demostraron que ocasionalmente el flurbiprofeno puede reducir la respuesta diurética a la furosemida. En forma similar, existen informes ocasionales de interferencia con la acción de los anticoagulantes. Los agentes AINE pueden reducir el efecto de los agentes antihipertensivos. El flurbiprofeno puede disminuir la velocidad de eliminación del litio. Los AINE no deberán emplearse hasta 8 - 12 días después de la administración de mifepristona debido a que pueden reducir el efecto de esta última. Los datos obtenidos en animales indican que los AINE pueden aumentar el riesgo de convulsiones asociadas con las quinolonas. Los pacientes bajo tratamiento con AINE y quinolonas pueden presentar un mayor riesgo de convulsiones. Embarazo y lactancia: se deberá evitar su empleo durante el último trimestre del embarazo ya que puede provocar el cierre prematuro del conducto arterioso fetal en el útero e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. El flurbiprofeno pasa a la leche materna en concentraciones muy bajas, por lo que es poco probable que el lactante se vea afectado. Empleo en pediatría: no indicado para niños de menos de 12 años de edad. Efectos sobre la capacidad de conducir vehículos y emplear maquinarias: mareos y trastornos visuales son posibles efectos indeseables derivados de los AINE. Si se vieran afectados, los pacientes no deberán conducir vehículos ni operar maquinarias. Contiene 8% de PIV de alcohol etílico 96°. Basado en la presencia de alcohol etílico como excipiente, se deberán tener precauciones en cuanto a personas con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, embarazadas y niños. No administrar en pacientes bajo tratamiento con disulfiram (Disposición 3429/2000). **REACCIONES ADVERSAS:** el evento adverso más frecuentemente informado en los estudios clínicos fue disgeusia. Puede presentarse también irritación local y transitoria de la mucosa oral. Se ha informado de dispepsia, náuseas, vómitos, hemorragia gastrointestinal, diarrea, úlceras bucales, retención de líquido y edema, exacerbación de úlcera péptica y perforación, urticaria, angioedema y erupciones, mareos y trastornos visuales. Se han informado muy raros casos de ictericia y trombocitopenia, las que generalmente revirtieron al suspender la medicación; anemia aplásica y agranulocitosis asociados con el empleo de flurbiprofeno, aunque no se ha establecido la causalidad. El tratamiento con agentes AINE se ha visto asociado con casos de edema, hipertensión e insuficiencia cardíaca. Los datos derivados de estudios clínicos y epidemiológicos sugieren que el empleo de algunos AINE (particularmente en dosis altas y por períodos prolongados) puede estar asociado con un pequeño incremento en el riesgo de eventos trombóticos arteriales (por ejemplo, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular). **PRESENTACIONES:** frasco conteniendo 150 ml de solución. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión ANMAT: Abr-2010.



# Bucoglobin®

CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 0,12%

**SOLUCIÓN**

**300 ml**

NUEVA PRESENTACIÓN  
MAYOR RENDIMIENTO



ENJUAGUE BUCAL  
CONTENIDO: 300 ml  
Industria uruguaya

ENJUAGUE BUCAL  
CONTENIDO: 300 ml

Composición:

Cada 100 ml de solución contiene:

Clorhexidina digluconato, 0,12%

Excipientes: Clorhexina, metilol, alcohol, agua

potabilizada, agua mineralizada.

Libre de color, de sabor.

La HUI 2022 - Inveniente

Tel. 2601 84 44 - Fax: 2601 18 51

D.L. 20.916 - Montevideo, Uruguay

Importado por Gador S.A.

Reg. 16.517/16

Conservar a temperatura no superior

a 25°C, en el lugar en el que

NO USA EN MENORES DE 6 AÑOS.

MODOS DE EMPLEO

Realizar buches e inhalaciones bucales por la

mañana y por la noche con la solución

durante 30 segundos.

Para eliminar el efecto de la

alcalinidad del agua, beber 5

vasos por día.



**ENJUAGUE BUCAL**

Gador   
Al Cuidado de la Vida