

## Trabajo Original

Clínica Estomatológica Provincial Docente. Sancti Spíritus

**Tratamiento medicamentoso con clorhexidina al 0,2 % como coadyuvante para el manejo de las pericoronaritis. Sancti Spíritus 2007.**

**Drug treatment with chlorhexidin 0.2% as an adjuvant for the management of pericoronarites. Sancti Spíritus 2007.**

**Dra. Mileydi de la C. Torres López<sup>1</sup>, Dr. Marcial Díaz Álvarez<sup>2</sup>, Dra. Alina Acosta Morales<sup>2</sup>**

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Periodontología clínica. Profesor Asistente <sup>1</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Estomatología General Integral <sup>2</sup>

## RESUMEN

Introducción: Las infecciones odontológicas por pericoronaritis; ocupan el 4to lugar de aparición; como urgencia estomatológica. Las pericoronaritis son; infecciones; agudas que se localizan en los tejidos que recubren la corona del diente parcialmente erupcionado. Suelen aparecer asociadas a la erupción de los terceros molares inferiores y generalmente en la década de los 20 y los 30 años. Objetivo: Describir el tratamiento con clorhexidina al 0,2% como coadyuvante en el manejo de las pericoronaritis. Material y Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnóstico de pericoronaritis atendidos; en la Clínica Estomatológica Docente Provincial Sancti Spíritus, en el período de julio 2006 a enero 2007. La muestra la constituyeron 50 pacientes tributarios de dicho tratamiento que fueron elegidos a través de un muestreo aleatorio. Se tuvieron en cuenta variables como edad, sexo, tipo de origen, estadio clínico de la entidad en estudio y efecto del tratamiento. Resultados: El sexo no marcó diferencia estadística significativa., los pacientes inicialmente acudieron con dolor, infección y toma sistémica, luego de aplicar el tratamiento el estadio clínico predominante se correspondió con buena y muy buena. Donde el tratamiento estuvo evaluado en el mayor porcentaje de satisfactorio demostrado en el hecho de que la mayoría de los integrantes de la muestra eliminaron los síntomas y signos fundamentales, sin la aparición de ninguna complicación grave. Conclusiones: Se diseñó la forma organizada y secuencial en el tratamiento de las pericoronaritis, utilizando la clorhexidina al 0,2 % como coadyuvante en el tratamiento medicamentoso.

**Palabras clave:** Pericoronaritis, infección y clorhexidina

## SUMMARY

Introduction: Odontological infections from pericoronaritis occupy the fourth place among the leading stomatological emergencies. Pericoronarites are acute infections located in the tissues that recover the crown of the partially erupted tooth. They usually appear associated to the eruption of the third lower molars and generally in the decade of 20 to 30 years.; Objective: To describe the treatment with chlorhexidin 0,2% as; an adjuvant in the management of pericoronarites.; Material and Method: A cross-sectional descriptive observational study was made in patients with a diagnosis of pericoronaritis assisted in the Provincial Teaching Stomatological Clinic of Sancti

Spíritus, in the period from July of 2006 to January of 2007. The sample was made up of 50 patients who needed this treatment and were chosen through a random sampling. Variables such as age, sex, origin, type, clinical stage of the entity in study and effect of the treatment were taken into account. Results: Sex didn't make a significant statistical difference. Patients initially came with pain, infection and systemic compromise. After applying the treatment, the predominant clinical stage corresponded to good and very good. Therefore, the treatment was evaluated by the highest percent as satisfactory, as demonstrated in the fact that most members of the sample eliminated the fundamental symptoms and signs, without developing any serious complication. Conclusions: The organized and sequential form was designed in the treatment of pericoronaritis, using chlorhexidin 0,2% as an adjuvant in the drug treatment.

**Keywords:** Pericoronaritis, infection and chlorhexidin

## INTRODUCCIÓN

La infección odontogénica se considera; aquella cuyo origen se localiza en las estructuras que forman el diente y el periodonto, llegando a afectar al hueso maxilar en su región periapical. En su evolución natural se produce una perforación de la cortical y del periostio de los maxilares buscando su drenaje espontáneo en la cavidad oral 1.

Las pericoronaritis son; infecciones; agudas que se localizan en los tejidos que recubren la corona del diente parcialmente erupcionado. Suele aparecer asociado a la erupción de los terceros molares inferiores y generalmente en la década de los 20 y los 30 años. Clínicamente puede cursar de forma aguda y; crónica 2,3. Las pericoronaritis agudas se identifican por los diversos grados de inflamación del capuchón pericoronario y las estructuras adyacentes, así como complicaciones sistémicas, la suma de líquidos inflamatorios y el exudado celular, producen un aumento del volumen del capuchón; que impide el cierre completo de los maxilares. La encía es traumatizada por el contacto del maxilar antagonista, el cuadro clínico es de una lesión supurativa, hinchada, muy roja, sensible con dolor irradiado al oído, garganta y piso de la boca, hay gusto desagradable e imposibilidad de cerrar la boca. La hinchazón de la mejilla y las linfadenitis son hallazgos comunes; del paciente y complicaciones como fiebre, leucocitosis y malestar general. En Cuba la incidencia de la pericoronaritis es más frecuente entre los 20 y los 30 años de edad 4-8.

;En la filogenia humana existe una reducción progresiva en cuanto al número y volumen de los dientes, al mismo tiempo que se produce una disminución de la potencia vital y del tamaño de los maxilares. Por ello se puede considerar que solo el 20% de los terceros molares; encuentran espacio y se alinean normalmente en la arcada; lo que explica la necesidad de tratamiento de la erupción patológica del 70 % restante. Otros autores definen la pericoronaritis como la infección de la cavidad pericoronaria del molar del juicio y de sus paredes, que es el más frecuente de los accidentes infecciosos y representa el 82 % de los procesos mucosos 9.

En la bibliografía internacional revisada también se ha encontrado que la pericoronaritis se presenta con mayor frecuencia en la segunda y la tercera décadas de la vida 10-12.

El objetivo de esta investigación es describir el tratamiento con; clorhexidina al 0,2% como coadyuvante en el manejo de las pericoronaritis de forma irrigatoria en los capuchones, por sepsis pericoronaria. Este procedimiento permite la utilización de la clorhexidina al 0,2 %, como una variante para explotar su utilidad en la práctica estomatológica por primera vez en el municipio espirituano. La clorhexidina es una molécula bicatiónica simétrica consistente en dos anillos: cuatro clorofenil y dos grupos bisguanida conectados por una cadena central de decametileno (clorofenil bisguanida) 13-15.

Esta molécula está compuesta por cristales incoloros e inodoros solubles en agua y de aquí su uso mediante la fórmula de sal hidrosoluble. Con pH fisiológico la molécula de clorhexidina se disocia, de esta forma una molécula cargada positivamente (+) así liberada será capaz de unirse a la pared bacteriana, cargada negativamente (-), alterando de esta manera; el equilibrio osmótico. Actúa contra la pared celular de los microorganismos causando alteraciones en la movilidad electroforética de todo el microorganismo, alterando la integridad de la pared celular y facilitando la liberación de los componentes intracelulares. A bajas concentraciones es bacteriostático, las sustancias de bajo peso molecular (K y P) pasan a través de la membrana celular 16-20. Altas concentraciones es bactericida, produce precipitación del citoplasma. La clorhexidina también actúa sobre la inhibición de la formación de PDB mediante dos mecanismos: Reducción de la colonización de PDB: se une a los grupos ácidos aniónicos de las glucoproteínas salivales reduciendo así el grosor de la placa. Se une a las bacterias salivales interfiriendo de esta forma su adherencia al diente. La clorhexidina tendría una acción antiinflamatoria por su poder detergente y antioxidante. En efecto ella inhibe la capacidad de las bacterias de activar el;;; metabolismo oxidativo de los neutrófilos impidiendo por lo mismo, la liberación por estos últimos de enzimas que participan en el proceso ;inflamatorio 21-25.

Simultáneamente, ella inhibe los efectos deletéreos de la producción excesiva de; radicales libres O<sub>2</sub> en la inflamación gingival. De todo lo expuesto se deduce la importancia de; tratar adecuadamente; estas erupciones patológicas tan frecuentes y evitar las posibles complicaciones sistémicas, el tratamiento óptimo requiere antimicrobianos; sistémicos y locales que contrarresten el proceso infeccioso 25-27.

En el Área Norte de la ciudad de Sancti Spíritus, luego de la realización del análisis de la situación de salud en diferentes consultorios Médicos de la Familia se determinó que la incidencia de esta entidad; patológica (pericoronaritis) en la población del área norte resultó de un 15,5 %. En el período que comienza a realizarse este estudio, el departamento de Cirugía Maxilofacial no contaba con la máxima capacidad de atención a la población para tratar hasta su total curación (tratamiento quirúrgico posterior a la sepsis pericoronaria) ,de tal manera esta problemática debía ser resuelta por los profesionales de la provincia,; teniendo en cuenta los efectos (bactericida, bacteriostático, antiinflamatorio y como antiplaca de la clorhexidina) se decidió utilizar la clorhexidina al 0,2 % como coadyuvante en el tratamiento de esta entidad de manera que se pudiera controlar la sepsis y su extensión sistémica.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal ;en; pacientes; que acudieron a la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spíritus en el período comprendido entre julio del 2006; a enero del 2007. Población constituida por 92 pacientes. ;La muestra quedó formada por 50 pacientes Criterios de inclusión. Estar de acuerdo de participar en la investigación. Criterios de exclusión: Estar embarazada; pacientes con gingivitis descamativa crónica y pacientes con afecciones neoplásicas en la cavidad bucal.

El manejo de la infección pericoronaria; se ejecutó teniendo en cuenta:

Tratamiento etiológico odontogénico. Tratamiento sistémico de soporte: control del dolor, inflamación, pasando por medidas físicas, hidratación y control de la temperatura y el tratamiento con antimicrobianos, ;teniendo en cuenta criterios de racionalidad y eficiencia.

Tratamiento etiológico odontogénico: Para arribar al diagnóstico de esta patología se realizó previamente el interrogatorio del paciente, en el que se indagó sobre aspectos importantes como antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos higiénicos y presencia de alteraciones anatómicas y tiempo en que comenzaron las molestias. Se hizo el examen clínico de la cavidad bucal para emitir el diagnóstico y verificar la presencia; de infección, toma sistémica y tipo de

origen. Se realizó un examen clínico minucioso y fueron explorados los signos y síntomas, se estableció el diagnóstico de pericoronaritis y se valoró el pronóstico de evolución del diente, teniendo en cuenta las posibilidades de erupción en la arcada, las posibilidades de recidiva de la infección y los riesgos de complicaciones, teniendo en cuenta la posición sobre la arcada, el estado de los molares y premolares homolaterales, los desplazamientos dentarios preexistentes, los grados de armonía dentomaxilar, la forma y estado de la mucosa que cubre el tercer molar o diente con dificultad para brotar.

Tratamiento sistémico de soporte: control del dolor, inflamación, pasando por medidas físicas, hidratación y control de la temperatura. Para aliviar el dolor; se utilizó analgésicos. Para la inflamación Antiinflamatorios. Para la fiebre antipiréticos y se indica abundante líquido para la hidratación Dieta abundante en frutas, vegetales, no condimentada ni caliente.

Tratamientos con antimicrobianos teniendo en cuenta criterios de racionalidad y eficiencia. Uso de antimicrobianos: Amoxicilina de 500mg. Incorporar 1000mg de 8-12 horas en adultos, en niños 50mg por Kg. peso en 3 dosis. En alérgicos a la penicilina; de elección la azitromicina, adultos 500mg diario en 3 días consecutivos. En niños 10 mg por Kg. peso durante 3 días consecutivos.; Aplicación de anestésico tópico (lidocaína al 2% en forma de gel) que permite la exploración y el desplazamiento del tejido blando subyacente.; Lavado profuso por debajo del capuchón pericoronario con abundante clorhexidina al 0,2 %. Control de la higiene bucal. Indicación de una radiografía para saber posición del diente por erupcionar de elección radiografía periapical.

El procedimiento consistió en la; utilización de clorhexidina al 0,2% en forma irrigatoria con jeringuilla de cristal estéril específicamente por; debajo del capuchón pericoronario del diente por erupcionar, este tratamiento se realizó una vez al día, desde el momento del; diagnóstico; durante 7 días manteniendo la terapia medicamentosa. ;Se recogieron; todos los aspectos clínicos observados. Las jeringuillas hipodérmicas utilizadas se esterelizaron en autoclave (calor húmedo).

Incisión y drenaje: Eliminación del saco u opérculo (operculectomía) con bisturí o electrocirugía. En este caso el tratamiento se aplicará si el tercer molar está ubicado en posición vertical, clase I, posición A. Exéresis de la pieza dentaria cuando su posición es paranormal.

Se realizó el examen clínico de los pacientes, se diagnosticó las pericoronaritis y se identificaron las manifestaciones clínicas.

Para análisis de la información se utilizó el sistema estadístico SPSS por Windows XP, el cual fue ejecutado en una Microcomputadora Pentium 4 presentándose en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

## **RESULTADOS**

Se puede apreciar la distribución de los pacientes enfermos por pericoronaritis; según edad y sexo; en la cual predominó el grupo etáreo (15-59) con 76%,; seguido por el grupo de 10 -14 con un 20 %, teniendo nula; expresión los grupos de 0-4 y; 60 años o más. Esto es justificado por el período de brote del tercer molar o muela del juicio, diente de mayor relación con las erupciones patológicas del tercer molar.

El; por ciento con respecto al sexo, no reveló; una diferencia marcada, siendo ligeramente más representativo en el sexo masculino.

En el origen de las pericoronaritis predominó el séptico, con un 86% de los pacientes estudiados asociados con dientes en una posición anormal para su brote en la cavidad bucal. La pericoronaritis es producida por crecimiento bacteriano activo debajo de la mucosa peridentaria

existe un espacio donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad; con tal ambiente el crecimiento bacteriano florece 1-3.

El dolor reflejó un mayor porcentaje en el grado 0 con un 50% del total de la muestra y en menor porcentaje el dolor grado III, representado con un 6%. ;También ;se puede observar el comportamiento de la infección y la toma sistémica después de aplicado el tratamiento correspondiente, donde el mayor porcentaje estuvo representado por la no existencia de infección con ;el 90%, existiendo ligeras diferencias según sexo, el femenino con el 91% y el masculino con un 89%. La toma sistémica tuvo un comportamiento similar donde la fiebre, adenopatías y el trismo desaparecieron en el 96% del total de la muestra y por sexo, el masculino aglutinó el 100%. El mayor porcentaje con respecto a la evolución estuvo marcado por un 50%; de muy buena, el menor porcentaje se identificó con un 6% de evolución mala. La distribución de pacientes por sexo, y la calidad del tratamiento local impuesto, el mayor porcentaje estuvo representado por la evaluación de satisfactoria con un 82% del total de la muestra y el no satisfactorio con; el 18%, se evidencia un ligero predominio del sexo masculino, diferencia que no tuvo significación estadística según prueba Ji Cuadrado ( $p>0,05$ ).

## **DISCUSIÓN**

Teniendo en cuenta el desarrollo filogenético de la especie humana, Ríes Centeno considera un ligero predominio de las pericoronaritis en la mujer con respecto al hombre, no correspondiéndose con los resultados de este; estudio. Criterios similares a estos son discutidos y coinciden, en que actualmente; el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario: Expertos en dentición piensan que el predominio de retención del tercer molar o muela del juicio sea una consecuencia de la reducción paulatina de los maxilares y por los alimentos cada vez mas refinados de la dieta, complicando la erupción dentaria patológica por falta de espacio en los maxilares 27-28.

El dolor en esta afección aguda (pericoronaritis), es resultado de la presencia de microorganismos que son capaces en ese medio anaerobio de generar infección,; en estas situaciones la capacidad del paciente para controlar la placa esta disminuida, por tanto la clorhexidina al; 0,2% es un buen complemento, siendo este una alternativa en la profilaxis bucal, así concluye el estudio de Bwestfelt, 1983. Otros autores confirman que la clorhexidina absorbida; se libera gradualmente de 8 -12 horas en su forma activa. Después de horas aún puede recuperarse concentraciones bajas de clorhexidina, lo que evita la colonización bacteriana en ese tiempo. Según Fardal y Tumbull en 1996, reafirman que este compuesto es una base fuerte dicatiónica a pH; superior a 3,5 con dos cargas positivas en cada extremo 29.

Es esta naturaleza dicatiónica quien le confiere relevancia para su eficacia, y seguridad. Investigaciones relacionadas con la utilización de la clorhexidina en afecciones estomatológicas, demuestran sus amplias propiedades antiinflamatorias y sus influencias en el proceso de cicatrización en la enfermedad Gingival,; no sólo asociada a placa, también es efectiva en el tratamiento de gingivitis necrosante aguda y crónica. La clorhexidina sí parece un elemento útil combinado con el tratamiento periodontal, ya que tras el raspado y alisado radicular, la resolución del tejido inflamado depende del control efectivo y diario de la placa. Así la utilización de colutorios de clorhexidina para el manejo de las pericoronaritis está justificada como han demostrado los estudios de Løe y Schittt, (1970); y Bosman y Powell, (1977) 30-35.

Estos resultados también son justificados, cuando se expresan propiedades específicas de la clorhexidina basados en la composición química, dicatiónica, que permiten sus acciones antiplaca, bactericida, bacteriostático y antiinflamatoria 36-40.

## **CONCLUSIONES**

Resultados obtenidos coinciden con criterios de expertos, donde la erupción patológica del tercer molar se correspondió con el origen séptico, justificado; por ser el espacio pericoronario el punto de partida de la infección por falta de espacio y la presencia de los microorganismos de la placa, siendo esto; la consecuencia de la reducción paulatina de los maxilares y por los alimentos cada vez mas refinados de la dieta.

Se diseñó la forma organizada y secuencial en el tratamiento de las pericoronaritis, utilizando la clorhexidina al 0,2% como coadyuvante en el tratamiento medicamentoso.; Responde a la necesidad de restablecer la salud bucal; y establecer una vía para aumentar la calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de urgencia estomatológica con pericoronaritis. Esta alternativa incursiona en los tratamientos que se utilizan con frecuencia en los diferentes servicios de salud del país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto, J., Maestre, J.R. Tratamiento de las infecciones de etiología mixta. En: Bascones, A., Perea, E,J. Infecciones orofaciales.(Eds). Madrid: Dentisnet; 2003 volumen 2. pp. 245-56.
2. Holmstrup,P.,Poulsen,A.H.,Andersen,L.,Fiehn,N.Oral infections and systemic diseases. Dent Clin N Am 2003; (47):575-98.
3. Bascones Martinez,A.,Figuero Ruiz,E.Periodontal diseases as bacterial; infection. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004 ;( Suppl.):92-107.
4. Bagán Sebastián J.V. Aguirre Urizar JM, Ceballos; Salobreña A. Infecciones víricas en la cavidad bucal. Avances en Odontoest. 2001; 7(2): 234-41.
5. Herrera González D, Roldán Díaz S, Sanz Alonso M. El absceso periodontal. Periodoncia 2003; 13(1):7-20
6. Slots J. Selección de agentes antimicrobianos en terapia periodontal. J periodontol Res 2002; 37:389-98.
7. Acosta de la Luz L, Triana Fales J. La manzanilla. Prodigio de la medicina verde. C. Haban. Científico – Técnica; 1990 p. 72-90.
8. Almarales C, Díaz D, Reyes D. Eficiencia del láser. Av. Med. Cuba 2000; (23): 14-16
9. Gutiérrez Pérez, JL, Infante Cossio P, Hita Iglesias P, Torres Lagares D. Cuándo, cómo y por qué del tratamiento y; antibiótico en las enfermedades periodontales y perimplantarias. Avances en Odontoestomatología. 2003; Especial: 9-22.
10. Liñares J, Martín-Herrero JE. Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y perimplantarias. Av. Odontoestomatol. 2003; Especial: 23-33.
11. Salvi GE, Mombelli A, Rutar A, Suvan J. Local antimicrobial Kerapy after inicial periodontal treatment J.Clin Periodontal. 2002; 29: 540-50.
12. Villaverde Ramírez, G, Blanco Carrión J, Ramos Bárbara I, Batalla Vázquez P.- Aplicación subgingival de antimicrobianos en Periodoncia e Implantología oral. Avances en Periodoncia. 1999; 11:103-16.
13. Duque de Estrada RJ, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales. Rev Cubana Estomatol. 2001; 39(2):111-19.
14. Bascones A, Aguirre JM, Bermejo A, Blanco A, Gay-Escoda C, González-Moles MA (et al.) Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9:363-76.;
15. Bascones Martínez A, Mudarra Morante S, Perea Pérez E. Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Av Periodon Implantol. 2002; 14(3): 101-14.
16. Bresco-Salinas M., Costa-Riu N., Berini-Aytes L., Gay-Escoda C. Susceptibilidad a los antibióticos de las bacterias que causan infecciones odontogénicas.; Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 Jan 1;11(1):5-70
17. G. Calsina Gomis ; E. Vichino Samper; A. Fernández Solanas. Tratamiento de las infecciones y dolor odontológico. 2000; 7 (1): 56.
18. Lagarreta L. Pericoronaritis. Asoc Dental 1972; 24(3):172-9.

19. Cabreja Hernández C, Díaz Valladares I, Fernández Medina O. Prevalencia de los terceros molares retenidos en alumnos de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. *Rev Cubana Estomatol* 1990; 27(3):313-21.
20. Ruiz Nardi LF, Mendoza JA, Gómez RC.; Interrelación entre endodoncia y periodoncia.; Principios biológicos y mecánicos.; Sao Paulo: Artes Médicas, 1999:247-91.
21. Calsina G, Echeverría J. ¿Cómo responde el paciente fumador al tratamiento periodontal? *Periodoncia* 2002; 10(5): 331-42.
22. Hupp J, Williams T, Vallerand W. *Vademecum Clínico Odontológico*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001: 578.
23. Davis WM Jr, Buchs AU. ¿Depression, anxiety and alcohol?. *J Oral Surg*. 2004; 39:36-7.
24. Cooper-Newland DL. Management of impacted third molar teeth. *J Gt Houst Dent Soc* 1996;67(8):10-2.
25. Bascones A. *Periodoncia Clínica e Implantología Oral*. Ediciones. Madrid: Avances Médico-Dentales; 2001: 455-71.
26. Borrajo JL, Varela L, Castro G, Rodríguez-Nuñez I, Figueroa M, Torreira M. Efficacy of chlorhexidine mouthrinses with and without alcohol: a clinical study. *J Periodontol*. 2002; 73: 317-21.
27. Claydon N, Manning CM, Darby, Dowman A, Ridge D, Smith S, Addy M. The effect of polivinylpyrrolidone on the clinical activity of 0.09 % and 0.2% chlorhexidine mouthrinses. *J Clin Periodontol* 2001; 28 (10):37-44.
28. Christine H Charles, R.D.H., B.S.; Matthew J, Cronin DMD, Nicholar J, Conforti DDS, Wayne Z, Dembling RDH, Dolores M, Petrone DA, Anthony Mcguire MS. Anticalculus efficacy of an antiseptic mouthrinse containing zinc chloride. *JADA*. 2001; 132.
29. Fordal O y Turnbull R. A review of the literature on use of chlorhexidine in dentistry. *JADA* 1986; 112: 863-9.
30. Giuliana G, Pizzo G, Milici M, Musobho G, Giangreco R. In vitro antifungicol properlis or mouthrinses containniry antimicrobial agents. *J Periodontal Res* 1997; 68 : 729-33.
31. Quiryne M , Auontroodt P, Peeters W, Pauwels M, Couche W, Van Steenberghe. Effect of different chlorhexidine formulations in mouthrinses on de novo plaque formation. *J Clín Periodontol* 2001; 11: 27-39.
32. Jenkins S, Addy M, Y Newcombe RG. Dose responsse of chlorhexidine against plaque and comparison with triclosan. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 250-5.
33. Loe H y Schiott CR. The effect of moutrinses and topical application of chlorhexidine on development of dental plaque and gingivitis in man. *J Periodont Res* 1970; 5: 79-83.
34. Pluss EM, Engelberger PR y Rateitschak KH. Effects of chlorhexidine on dental plaque formation under periodontal pack. *J Clin Periodontol*.1975; 2: 136-42.
35. Quiryne M , Auontroodt P, Peeters W, Pauwels M, Couche W, Van Steenberghe. Effect of different chlorhexidine formulations in mouthrinses on de novo plaque formation. *J Clín Periodontol* 2001; 11:27-36.
36. Ragno JR y Szkntwik AJ. Evaluation of; 0'12% chlorhexidine rinse on the prevention of alveolar osteitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 524-6.
37. Tjernberg A. Influence of oral hygiene measures on the development of alveolitis sicca dolorssa after surgical removal of mandibular third molars. *Int J Oral Surg* 1979; 8: 430-4.
38. Veksler. AE, Kayouz GS y Newman MG. Reduction of salivary bacteria by pre-procedural rinses with chlorhexidine 0'12%. *J Periodontol* 1991; 62: 649-51.
39. Bascones Martines A, Aguire Urizar J.M. (otros).Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. *Avances Odontoestomatol* 2005;Vol 21 –Nº 6: 311-31.
40. González Díaz ME, Veitia Cabarrocas F, Lemus Carrederas IS, Nazco Ríos C, Rosa de los Samper H, Morales Aguiar DR, [et al.] *Compendio de Periodoncia*. Villa Clara: Edición C. Médicas. 2006. ;58-279.