

Odontopediatría preventiva

J.R. Boj Quesada*, N. Novellas Canosa**

*Profesor Titular odontopediatría. Facultad de odontología. Universidad de Barcelona. **Jefe servicio odontopediatría. Hospital General de Cataluña

Resumen

En el presente artículo analizamos la importancia de la salud bucodentaria en el paciente pediátrico desde los puntos de vista psicológico, funcional y antiinfeccioso y también los posibles problemas que nos podemos encontrar en cuanto a anomalías del desarrollo, problemas oclusales, caries, enfermedad periodontal y traumatismos. Proponemos un programa de atención odontopediátrica y recomendamos el primer examen odontopediátrico al año de edad.

Palabras clave: Prevención, odontopediatría, salud oral

(Act Ped Esp 1993; 51: 395-398)

Summary

In the present article we analyze the importance of the oral health in the pediatric patient. Psychological, functional and anti-infectious aspects are discussed. Potential developmental problems, alteration of the occlusion, caries, periodontal diseases and dental traumatism are reviewed. We propose an oral health program for the pediatric patient and recommend the first dental visit at the age of one year.

Key words: Prevention, pediatric dentistry, oral health

(Act Ped Esp 1993; 51: 395-398)

Importancia de la salud bucodentaria en el paciente pediátrico

La palabra odontopediatría deriva de los vocablos griegos «paido» niño, «iatreia» curación y «odonto» diente; significando por tanto etimológicamente la ciencia que se ocupa de la curación de las enfermedades de los dientes de los niños.

En la realidad actual afortunadamente el concepto de la especialidad es mucho más amplio que el que deriva del significado estrictamente etimológico de la palabra. Se trata del «área de odontología, a la que concierne la provisión de cuidados preventivos y terapéuticos para la salud oral del niño, desde el nacimiento a la adolescencia».

Como ha ocurrido con el resto de especialidades médicas, la nuestra ha evolucionado al ritmo que lo ha hecho la sociedad en otras facetas. De unos principios donde la única preocupación era la curación de enfermedades, hemos evolucionado hasta el momento actual en que la prevención de patología es el objetivo principal de todos los aspectos que componen la odontopediatría. Globalmente hemos pasado de una «fase extraccionista» a una «fase preventiva»¹.

La salud bucodental hay que comprenderla dentro de un concepto de salud global en los pacientes pediátricos y no como un aspecto parcial e independiente. Es nuestra obligación seguir las directrices marcadas por la OMS en el objetivo «Salud para todos en el año 2000»^{2,3}.

Aspecto psicológico

La ausencia de problemas bucodentales evidentemente favorecen el bienestar psicológico. La ausencia de dientes, dientes con patología, malposiciones dentarias y problemas funcionales son argumentos suficientes para no disfrutar de una mejor calidad de vida. Además, para el niño, la estética, a medida que va creciendo, va adquiriendo una relevancia mayor. Conocida es la utilización de otros niños para comparar aspectos relacionados con su salud oral que realizan nuestros pacientes y que les crea intranquilidad⁴.

Punto de vista funcional

La masticación será una función primordial de la dentición y se verá muy perturbada tanto por dientes con caries como por la ausencia de dientes. Anteriormente,

la succión será la función más importante de la cavidad oral del niño. La fonación puede también verse alterada por malposiciones dentarias⁴.

Los dientes van a ser necesarios para permitir el normal desarrollo de los huesos maxilar y mandibular y de los músculos del complejo orofacial, los dientes primarios, a su vez, mantendrán el espacio físico necesario para la colocación de los futuros dientes permanentes.

Punto de vista antiinfeccioso

Las caries son la infección más frecuente en el niño. Asimismo, los traumatismos derivan en infecciones de la pulpa dental. Infecciones dentales pueden ser origen de severas complicaciones tales como osteítis, septicemias, problemas dermatológicos y endocarditis bacteriana. Para la prevención de complicaciones de las infecciones orales, además de los tratamientos técnico-quirúrgicos específicos, se necesita en ocasiones la ayuda de la antibioticoterapia.

La vigilancia de los dientes debe empezar desde que aparecen en boca. Como promedio, el primer diente aparece entre los 6 y 8 meses y se trata generalmente de un incisivo central inferior. En la mayoría de los niños, los dientes de la arcada inferior son visibles uno a dos meses antes que los de la superior. A los tres años todos los dientes primarios están erupcionados (tabla I). Los primeros dientes permanentes en erupcionar son habitualmente los primeros molares, a la edad de 6-7 años. Dichos molares aparecen por detrás de los segundos molares temporales.

Posibles problemas en el paciente pediátrico

Anomalías del desarrollo

Las anomalías craneofaciales congénitas requieren diagnóstico preciso y tratamientos específicos para evitar posteriores problemas por falta de intervención temprana. El problema más frecuente de este tipo son las fisuras labiopalatinas.

Dentro de las anomalías en el desarrollo dentario contemplaremos hipoplasias del esmalte, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y los dientes congénitos, que requerirán atención temprana para prevenir complicaciones.

Problemas de la oclusión

La prevención de las maloclusiones se realiza mediante la prevención de hábitos perjudiciales, tratamiento conservador de los dientes temporales, mantenedores de espacio si dichos dientes se han perdido, tratamiento de mordidas cruzadas y con control del patrón y secuencia de erupción^{6,7,8}. A todo este tipo de tratamientos los podríamos denominar tratamientos preventivos sobre la oclusión que el odontopediatra realiza para evitar la necesidad de tratamientos ortodóncicos ulteriores.

Tabla I. Erupción de los dientes^{1,5}

Primarios	Superior (meses)	Inferior
Incisivo central	8-12	6-10
Incisivo lateral	9-13	10-16
Canino	16-22	17-23
Primer molar	13-19	14-18
Segundo molar	25-33	23-31
Permanentes	Superior (años)	Inferior
Incisivo central	7-8	6-7
Incisivo lateral	8-9	7-8
Canino	11-12	9-10
Primer premolar	10-12	10-11
Segundo premolar	10-12	11-12
Primer molar	6-7	6-7
Segundo molar	12-13	11-13
Tercer molar	17-21	17-21

En caso de problemas ortodóncicos de causa hereditaria, que de por sí van a requerir tratamiento ortodónico, la aplicación de las normas preventivas mencionadas en el párrafo anterior harán que los tratamientos puedan resultar más cortos, sencillos y con mejores resultados.

Caries

La caries dental es una infección bacteriana, principalmente por *Streptococcus mutans*, que continúa hasta que es tratada.

La formación de la caries es multifactorial: placa bacteriana, malos hábitos higiénicos, dieta con exceso de carbohidratos y predisposición genética individual. Excepto el último factor etiológico, los demás tienen modos de prevención y podemos actuar sobre ellos⁵.

La placa bacteriana es una película pegajosa que contiene bacterias y que se forma sobre la superficie de los dientes, incluso en los niños de tempranas edades. Estas bacterias reaccionan con los azúcares de los alimentos y producen unos ácidos que disuelven el esmalte de los dientes produciendo cavidades. Existe sobrada evidencia hoy en día de la transmisión de *Streptococcus mutans* de los padres a los hijos; ello indica que la prevención debería iniciarse por el cuidado de la salud oral de los padres^{1,9}.

La prevalencia de las caries en nuestro país, atendiendo a los últimos estudios realizados con el empleo de índices epidemiológicos fiables, denota un descenso muy considerable¹⁰. Además, esta tendencia parece que se va a mantener.

El flúor y los selladores de fisuras serán dos elementos preventivos que tenemos a nuestra disposición. El

flúor actúa de dos formas: vía sistémica y tópica. Siempre deberemos tener en cuenta el flúor existente en el agua corriente antes de proceder a recomendar el tipo de suplementación de flúor adecuado (tabla II). Aunque existen pautas establecidas, la tendencia es hacia la decisión individual en cada niño sobre la necesidad y tipo de suplementación⁹. El sellador es una delgada capa de plástico que se aplica sobre las superficies masticatorias de los dientes para crear una barrera de protección contra las bacterias.

Problemas periodontales

La afectación de los tejidos de soporte, como encías, hueso de soporte y ligamento periodontal, también debe prevenirse.

Las infecciones que sólo afectan a la encía son las gingivitis y éstas son siempre reversibles. Sin embargo, cuando ya se afectan el hueso de soporte y el ligamento periodontal hablaremos de periodontitis y son lesiones que producen destrucción de tejidos. En nuestra especialidad contemplaremos la periodontitis prepuberal, la periodontitis juvenil y la gingivoperiodontitis necrotizante ulcerativa.

La eliminación de la placa bacteriana ya sea por vía del propio paciente o profesionalmente serán indispensables para la prevención de problemas periodontales.

El organismo dispone a su vez de modos de defensa naturales contra la placa bacteriana. La lengua, mejillas y la saliva juegan un papel fundamental en este aspecto^{11,12}.

Traumatismos

Los traumatismos en el área bucofacial son frecuentes en los pacientes pediátricos. Los dientes se ven afectados en muchas ocasiones y el tratamiento será distinto según el grado de la lesión. Los dientes temporales avulsionados nunca deben ser reimplantados y, sin embargo, sí que debe hacerse con los permanentes, lo cual deberá llevarse a cabo con el menor tiempo transcurrido desde el accidente, siendo los mejores medios de transporte para el diente la leche, la saliva o la solución salina hasta llegar al centro donde el niño vaya a recibir tratamiento^{11,12}. Las causas más frecuentes de traumatismos serán el aprendizaje a caminar y correr, y la práctica de ciertos deportes.

Programa de atención odontopediátrica

Primer examen:

- Doce meses de edad¹³
- Introducción a la higiene oral
- Educación sobre prevención enfermedad dental
- Educación dietética
- Control de la erupción
- Control del crecimiento y desarrollo craneofacial

Tabla II. Dosis recomendadas por la asociación dental americana para suplementación con flúor¹

Edad en años	Concentración de flúor en el agua corriente (ppm)		
	menos de 0,3	0,3 a 0,7	más de 0,7
0-2	0,25*	0	0
2-3	0,50	0,25	0
3-13	1,00	0,50	0

*mg de F al día
ppm= partes por millón

Visitas sucesivas:

- Cada 6 meses
- A partir de los 3 años en cada visita de revisión: examen, control de placa, profilaxis y aplicación de flúor tópico profesional (APF).
- Sólo en pacientes de alto riesgo de patología dental las profilaxis y aplicación de flúor tópico APF se realizarán cada 3 ó 4 meses.

Flúor:

- Tendencia a prescindir de suplementación prenatal ya que evidencia definitiva de su utilidad no existe.
- Suplementación sistémica desde el nacimiento hasta los 6 años (gotas, tabletas).
- Suplementación tópica en lugar de sistémica a partir de los 6 años (aparición de primeros dientes permanentes).

Selladores:

- Considerar sellado 1^{os} molares permanentes a los 6-7 años.
- Considerar sellado 2^{os} molares permanentes a los 12-13 años.
- En pacientes de alto riesgo de caries:
 - considerar sellado molares primarios a partir de los 3 años.
 - considerar sellado premolares a los 13-14 años.

Exámenes radiográficos:

Para paciente asintomático y de bajo riesgo de patología¹³.

- Al contactar las superficies de los molares primarios realizar radiografías de aleta de mordida (aproximadamente 3-4 años de edad), repetir el examen radiográfico cada 12-18 meses.
- En la primera fase de dentición mixta (6-7 años) se realiza el examen radiográfico completo, existiendo dos opciones:
 - a. dos aletas de mordida y una serie periapical
 - b. dos aletas de mordida y una ortopantomografía.
- En dentición definitiva, al contactar las superficies de molares permanentes, se inicia el examen radiográfico con aletas de mordida cada 24 meses.

Nuestra función y perspectivas futuras

Nuestra función, tanto la del pediatra como la del odontopediatra, residirá en la instauración a una temprana edad de programas de salud bucodental, a fin y efecto de interceptar y modificar patrones de conducta que pueden resultar potencialmente dañinos a la salud oral de los niños. El que los padres dispongan de una información preventiva valiosa encaminada a las necesidades individuales de los niños supondrá una ventaja incalculable.

Si tenemos en cuenta los aspectos que hemos ido desglosando en apartados anteriores no cabe ninguna duda de que las perspectivas futuras han de ser optimistas.

Referencias bibliográficas

- Standards of care. American Academy of Pediatric Dentistry. Chicago, Illinois, 1990.
- World Health Organization. Regional office for Europe. Targets for health for all. WHO, 1985.
- La Salud en Barcelona. Informe del Regidor de Sanidad del Consejo Plenario. Ayuntamiento de Barcelona. Noviembre 1986.
- Pediatric Dental Care: an update for the 90s. American Academy of Pediatric Dentistry. Chicago, Illinois, 1991.
- JR Boj Quesada. Ventajas de un programa de salud bucodental a temprana edad en Pediatría extrahospitalaria. *MTA Pediatría* 1989; 10: 7-12.
- R Rioboo García. Algunos aspectos actuales de la prevención en Estomatología. *Avances en Odontostomatología* 1985; 2: 65-68.
- JR Boj Quesada. ¿Cuándo tratar el hábito de chupeteo del pulgar? *MTA Pediatría* 1988; 9: 599-603.
- JR Boj Quesada. Aparatología estabilizadora de tubos orogástricos y orotraqueales en neonatología. *Acta Pediátrica Española* 1990; 48: 432-434.
- Conference on the efficacy of caries preventive strategies. Congress of the European Academy of Pediatric Dentistry, 1992.
- A. Sicilia. Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de siete, doce y quince a diecinueve años. *Avances en Odontostomatología* 1990; 6: 323-330.
- K Snawder. Manual de odontopediatría Clínica. Ed. Labor, Barcelona, 1988.
- M Manciaux. L'Enfant et sa santé. Ch. 22: Santé buccodentaire. Doin editeurs, Paris, 1987.
- Oral Health Policies. American Board of Pediatric Dentistry. American Academy of Dentistry, 1990.

Fecha de recepción: 17-VII-92

Fecha de aceptación: 11-IX-92

Dr. Juan Ramón Boj Quesada
C./ Prats de Mollo, 10
08021 Barcelona

COMPOSICIÓN: Cada cápsula contiene: Azitromicina (Dihidrato) 250 mg. Cada 5 ml de suspensión reconstituida con agua: Azitromicina (Dihidrato) 200 mg; Sacarosa 3.871 mg. Cada sobre monodosis, contiene: Azitromicina (Dihidrato) 150 mg; Sacarosa 2.903 mg; Azitromicina (Dihidrato) 200 mg; Sacarosa 3.871 mg; Azitromicina (Dihidrato) 250 mg; Sacarosa 4.411 mg.

DATOS CLÍNICOS: Actividad antibacteriana. Azitromicina actúa inhibiendo la síntesis de las proteínas bacterianas al unirse a la subunidad 50s del ribosoma e inhibiendo la translocación de los péptidos. **Aerobios grampositivos:** *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (Estreptococos beta-hemolíticos grupo A), *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus alia-hemolíticos* (Grupo viridans) y otros estreptococos, y *Corynebacterium diphtheriae*. Azitromicina presenta actividad cruzada con cepas grampositivas resistentes a la Eritromicina, incluyendo *Streptococcus faecalis* (enterococos) y la mayoría de las cepas de estafilococos metilicilinaresistentes. **Aerobios gramnegativos:** *Haemophilus influenzae* y *Haemophilus influenzae*, *Branhamella* (*M. catarrhalis*), *Acinetobacter* spp., *Yersinia* spp., *Legionella pneumophila*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Shigella* spp., *Pasteurella* spp., *Vibrio cholerae* y *parahaemolyticus*, *Pleisomonas shigelloides*. La actividad frente a *Escherichia coli*, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhi*, *Enterobacter* spp., *Aeromonas hydrophila* y *Klebsiella pneumoniae* es variable y se deben hacer las correspondientes determinaciones de sensibilidad. *Proteus* spp., *Serratia* spp., *Morganella morganii* y *Pseudomonas aeruginosa* son normalmente resistentes. **Anaerobios:** *Bacteroides fragilis* y especies afines, *Bacteroides* spp., *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium necrophorum* y *Propionibacterium* spp. Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual: *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, y *Haemophilus ducreyi*. **Otros microorganismos:** *Borrelia burgdorferi* (agente patógeno de la enfermedad de Lyme), *Chlamydia pneumoniae* (TWAR), *Toxoplasma gondii*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Pneumocystis carinii*, *Mycobacterium avium*, *Campylobacter* spp. y *Listeria monocytogenes*.

CACIONES TERAPEÚTICAS: Infecciones del aparato respiratorio superior e inferior (incluidas otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, bronquitis y neumonía), producidas por los gérmenes citados anteriormente, entre otros: *Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae* y *parainfluenzae*, *B. catarrhalis*. (La penicilina es el fármaco de primera elección en el tratamiento de faringitis originadas por *Streptococcus pyogenes*, incluyendo la profilaxis de la fiebre reumática.) **Infecciones de la piel y tejidos blandos**, causadas entre otros por *S. aureus*, *E. coli*, *Klebsiella* spp., *B. fragilis*, *Enterobacter* spp. **Enfermedades de transmisión sexual:** Infecciones genitales no complicadas producidas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*; dada la posología recomendada para estos procesos, deben excluirse las infecciones concomitantes con *Treponema pallidum*. **POSOLÓGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN: Adultos** (incluidos los pacientes ancianos) la dosis total es de 1,5 g, la cual debe ser administrada en forma de 500 mg (en una sola toma) al día durante 3 días consecutivos. Como alternativa, la misma dosis total puede ser administrada durante 5 días, con una dosis de 500 mg el primer día, seguida de 250 mg diarios del día 2 al 5. Para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual la dosis es de un gramo (cuatro cápsulas) tomado como dosis oral única. **Niños:** 10 mg/kg/día administrados en una sola dosis durante 3 días consecutivos. Como alternativa, la misma dosis total puede ser administrada durante 5 días, administrando 10 mg/kg el primer día, para continuar con 5 mg/kg/día durante los 4 días restantes. Cada dosis debe ser tomada al menos una hora antes de la comida o dos horas después de la misma. **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** Pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a Azitromicina o a cualquier antibiótico macrólido. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** **Efectos adversos:** La especialidad VINZAM (Azitromicina) cápsulas contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es, probablemente suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas, téngalo en cuenta. **Contraindicaciones:** La especialidad VINZAM (Azitromicina) suspensión contiene 3.871 mg/5 ml de sacarosa, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. Las especialidades VINZAM (Azitromicina) sobres de 150 mg, 200 mg y 250 mg, contienen respectivamente 2.903 mg, 3.871 mg y 4.411 mg de sacarosa por sobre, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. Al igual que con eritromicina y otros macrólidos, se han comunicado excepcionalmente reacciones graves, incluyendo angioedema y anafilaxia. Algunas de estas reacciones con Azitromicina han causado síntomas recurrentes que han requerido un período de observación y tratamiento prolongado. No es necesario ajustar la dosis en pacientes con alteración leve de la función renal (aclaramiento de creatinina > 40 ml/min). No debe ser utilizada en pacientes con enfermedad hepática significativa. Debido a la teórica posibilidad de un ergotismo, no se debe administrar Azitromicina (Azitromicina) y derivados ergotámicos. Como con cualquier antibiótico, debe mantenerse un control permanente para detectar signos de crecimiento de microorganismos no sensibles, tales como hongos. No se han detectado interacciones con teofilina, warfarina, carbamazepina y metilprednisolona. La posibilidad teórica de un efecto antagónico con ciclosporina debe ser tenido en cuenta. Debe tenerse cuidado al administrar Azitromicina conjuntamente con ciclosporina. No se han observado interacciones con digoxina, aunque debe tenerse en cuenta la posibilidad de una elevación de los niveles plasmáticos de esta última. En pacientes que reciben Azitromicina y antiácidos, dichos fármacos no deben ser tomados simultáneamente. No se han observado interacciones con ciclosporina. No se han observado efectos con significación estadística sobre los parámetros farmacocinéticos de zidovudina ni de su metabolito glucuronido. **UTILIZACIÓN EN EMBARAZO Y LACTANCIA:** Los estudios de reproducción en animales han demostrado que Azitromicina atraviesa la placenta, pero no han revelado evidencias de daño al feto. No hay datos con respecto a la secreción en la leche materna. La seguridad de uso en el embarazo y lactancia humanas no ha sido establecida. En embarazadas y lactantes, VINZAM (Azitromicina) sólo debe usarse cuando no haya otra alternativa viable. **EFFECTOS INDESEABLES:** La incidencia de efectos secundarios es baja, siendo la mayoría de ellos de intensidad leve o moderada, obligando sólo en el 0,3% de los pacientes a interrumpir el tratamiento. La mayoría de los efectos adversos fueron de tipo gastrointestinal, observándose ocasionalmente (no más del 3%) pacientes con diarrea y heces molestias abdominales (dolor/re tortijones), náuseas, vómitos y flatulencias. Ocasionalmente se han producido efectos reversibles de las transaminasas hepáticas, con una frecuencia similar a la de otros macrólidos y penicilinas utilizados en estudios clínicos comparativos. En estudios clínicos se han observado a veces episodios transitorios de neutrofilia, aunque no se ha establecido su relación causal con VINZAM (Azitromicina). Se han comunicado reacciones graves que van desde rash a angioedema y anafilaxia (ver advertencias y precauciones). **SOBREDOSIFICACIÓN:** Los datos referentes a la sobredosificación. Si es necesario, están indicados el lavado gástrico y el tratamiento sintomático. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Azitromicina es el primer compuesto de una clase de antibióticos denominados azitromicinas. Tras su administración oral al nombre, Azitromicina se distribuye ampliamente por todo el organismo; su biodisponibilidad es aproximadamente del 37%. El tiempo hasta alcanzar las concentraciones plasmáticas máximas es de 2-3 horas. La semivida de eliminación plasmática real es de 11 horas, la semivida de eliminación tisular de 11-14 días. En ancianos no es necesario recomendar ajustes de la dosificación. Los estudios de farmacocinética han demostrado que las concentraciones de Azitromicina en los tejidos (hasta 50 veces la concentración plasmática máxima). Las concentraciones en los tejidos diana, como pulmón, amígdalas y próstata superan la C_{MI} de los gérmenes patógenos habituales tras una dosis única de 500 mg. Aproximadamente el 12% de la dosis se excreta en la orina durante tres días como fármaco sin modificar, en su mayoría en las primeras 24 horas. Se han encontrado altas concentraciones de fármaco sin modificar en la orina. **Datos preclínicos sobre seguridad:** En los estudios realizados con animales se han observado grandes concentraciones de Azitromicina en los fagocitos. En los estudios animales a altas dosis se han observado concentraciones de fármaco 40 veces superiores a las que se utilizarán en la práctica clínica, se ha visto que Azitromicina causa fosfolípidosis reversible, generalmente sin consecuencias toxicológicas perceptibles. No hay datos de que este hecho tenga relevancia en el uso normal de Azitromicina en humanos. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **patibilidades farmacéuticas:** Ninguna conocida. **Período de validez:** El período de caducidad es de dos años. **VINZAM Cápsulas, VINZAM Suspensión (polvo sin reconstituir) y VINZAM Sobres.** La suspensión oral reconstituida debe mantenerse estable a temperatura ambiente durante un período de 5 días, tras el cual debe ser desechada. **Precauciones de conservación:** Mantener a temperatura inferior a 30 °C. **PRESENTACIONES Y P.V.P. (IVA):** VINZAM 250 mg sobres, envase con 6 cápsulas en blister, 3.465 Ptas. VINZAM Suspensión, frasco de 30 ml, 3.187 Ptas. Se incluye dosificador para 50 y 100 mg y una cucharita dosificadora para 150, 200, 300 y 400 mg. VINZAM, 150 mg sobres, envase con 6 sobres monodosis, 2.079 Ptas. VINZAM, 200 mg sobres, envase con 6 sobres monodosis, 2.772 Ptas. VINZAM, sobres, envase con 6 sobres monodosis, 3.465 Ptas.