

COMUNICACIÓN BREVE

Analgésicos no opioides en la terapéutica del dolor bucodental

Non opioid analgesics in the therapy of the oral-dental pain

Dra. Ana Ibis Bosch Núñez, Dr. Oscar Rodríguez Reyes y Dra. Lizet García Cabrera

Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El tratamiento del dolor bucodental de intensidad leve a moderada y de origen nociceptivo e inflamatorio requiere generalmente la prescripción de analgésicos no opioides. Se exponen las acciones de estos medicamentos y sus principales indicaciones en la práctica clínica odontológica, a fin de contribuir a elevar el nivel de conocimientos sobre esta temática, la calidad de la prescripción y la atención integral al paciente por parte del profesional de la odontología en el nivel primario de salud.

Palabras clave: dolor bucodental, analgésicos no opioides, antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol.

ABSTRACT

The treatment of mild to moderate intensity oral-dental pain and of nociceptive and inflammatory origin generally requires the prescription of non-opioid analgesics. The actions of these medications and their main indications are exposed in the clinical and odontological practice, in order to contribute to increase the knowledge level on this topic, the quality of the prescription and the comprehensive care to the patient by the Odontology professional in the health primary level.

Key words: oral-dental pain, non-opioid analgesics, non-steroid anti-inflammatory drugs, paracetamol.

INTRODUCCIÓN

La región bucofacial posee la más elevada inervación sensitiva del organismo, cuyos nervios discurren cerca de las superficies cutáneas y mucosas, siendo vulnerables a distintos traumatismos ante los cuales el organismo desencadena dolor.

Actualmente, el dolor bucodental se conceptualiza como una experiencia multifactorial, susceptible de ser modificado por influencias cognoscitivas, emocionales y motivacionales relativas a la experiencia pasada del individuo.¹ Este, con frecuencia, es agudo y puede asociarse con afecciones dentales, gingivales, óseas, extracción dental simple y complicada, terapia endodóntica y cirugía periodontal.

Uno de los mayores desafíos en la práctica odontológica actual es la prescripción de medicamentos eficaces y seguros para la prevención y el tratamiento del dolor bucodental, por lo que el avance del conocimiento farmacológico exige una actualización diaria por parte del odontólogo.²

PAPEL DE LOS ANALGÉSICOS NO OPIOIDES EN EL ALIVIO DEL DOLOR BUCODENTAL

Los analgésicos no opioides (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos) constituyen la base de la farmacoterapia odontológica del dolor bucodental. El efecto analgésico de estos medicamentos se explica por la inhibición de las diferentes isoformas de la enzima ciclooxigenasa (COX₁ y COX₂) preferentemente a nivel periférico, lo cual impide la síntesis y liberación de prostaglandinas, así como tromboxanos y, por tanto, la sensibilización y excitación de los nociceptores que inervan las estructuras bucodentales.³

Ahora bien, el paracetamol (acetaminofén) inhibe la síntesis de prostaglandina E₂ (PGE₂) a partir de la disminución de los niveles de peróxidos (cofactores necesarios para la actividad de la COX), pero solo en tejidos donde las concentraciones de estos son bajas, como en el cerebro; no así donde son elevadas como en los sitios de inflamación y donde existe pus,⁴ por ello se recomienda para el alivio del dolor leve a moderado que no se asocia a inflamación.

En relación con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), actualmente se plantea que también inhiben la COX₂ neuronal e impiden la síntesis y liberación de PGE₂, y consecuentemente, la liberación de neurotransmisores excitatorios como el glutamato, y de neuropéptidos como la sustancia P, ambos involucrados en la conducción nociceptiva a nivel de la médula espinal.⁴ Estos medicamentos también privan al tejido inflamado de la energía metabólica necesaria para mantener la respuesta inflamatoria, impiden la producción de inmunoglobulinas e interfieren en las funciones realizadas por los polimorfonucleares neutrófilos, tales como: adhesividad, agregación, fagocitosis, generación de metabolitos reactivos de oxígeno, que obstaculizan el metabolismo de los nucleótidos cíclicos, desintegran la membrana lisosomal, alteran los receptores de membrana e interfieren en la interacción ligando-receptor;⁵ por ello son considerados los fármacos de elección para el alivio del dolor leve a moderado que puede estar asociado o no a inflamación.

PRINCIPALES INDICACIONES ODONTOLÓGICAS PARA EL USO DE LOS ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

Los analgésicos no opioides constituyen los medicamentos de primera línea en el alivio del dolor bucodental de intensidad leve a moderada; es por ello que deben prescribirse en caso de: pulpitis, periodontitis, abscesos (dentoalveolares, gingivales y periodontales), celulitis facial odontógena, alveolitis, pericoronaritis, gingivitis, estomatitis, ulceraciones de la mucosa bucal, periodo posoperatorio de cirugías bucales (extracciones simples y múltiples, remoción quirúrgica de terceros molares, alveolectomía, cirugía apical, curetaje y cirugía periodontal), procedimientos endodónticos, ortodónticos y trastornos de la articulación temporomandibular.

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES RECOMENDADOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR BUCODENTAL

- Paracetamol

Clínicamente se ha demostrado su efecto analgésico y antipirético rápido y eficaz en lactantes, niños, adolescentes y adultos. Es considerado el medicamento de elección para aliviar el dolor y bajar la fiebre en pacientes con gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA).⁶

Dosificación:⁷

- Adultos: 500 mg, 750 mg y 1000 mg por vía oral, hasta un máximo de 4 g diario.
- Niños: 10-15 mg/kg por vía oral cada 4-6 horas, sin exceder 5 dosis en 24 horas.

- Ácido acetilsalicílico

A pesar de ser considerado el AINE más eficaz para el alivio del dolor agudo, su prescripción se limita por los efectos indeseables que produce; no obstante, se recomienda para tratar la inflamación aguda y aliviar el dolor en los trastornos de la articulación temporomandibular en adultos.⁶

Dosificación:⁷

- Adultos: 325-650 mg por vía oral cada 4 horas, hasta 1000 mg cada 6 horas

- Ibuprofeno

Aunque en el campo de la odontología no existen suficientes estudios que evalúen la superioridad en cuanto a eficacia y seguridad dentro de los AINE, este medicamento ha sido el más estudiado y considerado de elección por su rápido efecto analgésico y su eficacia antiinflamatoria. Se recomienda para aliviar el dolor y tratar la inflamación aguda en el absceso dentoalveolar agudo, la celulitis facial odontógena, los trastornos de la articulación temporomandibular en adultos, la cirugía periodontal en pacientes sometidos a movimientos ortodóncicos que pueden presentar algún grado de dolor, especialmente los días en los que se activan los aparatos, y en el control del dolor endodóntico después de la terapia de conducto.^{8,9}

Dosificación:⁷

- Adultos y niños mayores de 12 años: 200-400 mg por vía oral cada 4-6 horas o 400-800 mg por vía oral cada 6-8 horas.

- Ketoprofeno y flurbiprofeno

Ambos son AINE con propiedades analgésicas y antipiréticas. El primero inhibe preferencialmente a la COX₁ y es efectivo en el alivio del dolor leve a moderado en cirugía bucal en dosis de 25 a 150 mg por vía oral. El segundo está estructuralmente relacionado con el ibuprofeno, ketoprofeno y naproxeno; posee además, actividad antiinflamatoria. Administrado en dosis de 50 y 100 mg por vía oral ha resultado ser eficaz en el alivio del dolor posoperatorio de la cirugía de extracción de terceros molares y posterior a pulpectomía en pacientes sintomáticos, así como para la reducción del edema posoperatorio cuando se administra previo a la cirugía bucal.⁸

- Diclofenaco

Es un AINE que inhibe tanto a la COX₁ como a la COX₂, pero con preferencia por esta última. Existen evidencias de que inhibe la producción de la enzima fosfolipasa A₂, lo cual podría explicar su alta efectividad como analgésico y antiinflamatorio. Es absorbido rápidamente luego de su administración por vías oral, rectal o intramuscular, donde se alcanzan concentraciones plasmáticas máximas entre los 10 y 30 minutos posteriores a la administración intramuscular y entre 1,5 y 2,5 horas luego de ingerir el medicamento. Se une en gran medida (99,5 %) a proteínas, penetra en el líquido sinovial inflamado, en el cual mantiene altas concentraciones en comparación con los niveles plasmáticos. Se elimina principalmente por metabolismo hepático y posterior excreción urinaria de los conjugados de sus metabolitos. Posee eficacia analgésica comparable con la del ibuprofeno y naproxeno; su administración profiláctica reduce el dolor durante las primeras 24 horas del periodo posoperatorio de la cirugía odontológica. No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños; por tanto, no se recomienda su uso en ellos.¹⁰⁻¹²

Dosificación:

- Adultos: 100-150 mg por vía oral

- Aceclofenaco

AINE que posee una semivida de eliminación corta y eficacia analgésica similar al ibuprofeno, diclofenaco e indometacina. Su prescripción está aprobada en las mismas indicaciones de ibuprofeno y diclofenaco. La dosis habitualmente recomendada es de 100 mg por vía oral cada 12 horas, para el alivio del dolor dental y después de la extracción de los terceros molares.¹³

CONCLUSIONES

Los analgésicos no opioides son fármacos eficaces y seguros que contribuyen al alivio del dolor y a la restitución de los tejidos inflamados del sistema masticatorio. El conocimiento de sus acciones y efectos resulta indispensable para que el odontólogo haga una prescripción racional de ellos, teniendo en cuenta la relación beneficio/riesgo en cada paciente, principalmente en gestantes, niños y ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Reyes O, García Cabrera L, Bosch Núñez AI, Inclán Acosta A. Fisiopatología del dolor bucodental: una visión actualizada del tema. MEDISAN. 2013 [citado 12 Ene 2015]; 17(9).
2. Romero Benvenuto MR. Buenas Prácticas de prescripción en Odontología. Tendencias en Medicina. 2014; 22(44): 127-130.
3. Neira A, Olaya A. Manejo farmacológico de dolor orofacial. Revisión. Rev Fac Med. 2010 [citado 19 Ene 2015]; 18(1):58-66.
4. Groning Roque E. Dolor. En: Morón Rodríguez FJ, Borroto Regalado R, Calvo Barbado DM, Cires Pujol M, Cruz Barrios MA, Fernández García A, et al. Farmacología Clínica. La Habana: ECIMED; 2008. p. 73-90.

5. Barrientos A, Chacón C, Luces G, Notz P, Romero I, Salazar de Plaza E. Empleo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como coadyuvante en el tratamiento de la enfermedad periodontal. *Acta Odontol Venez.* 2009 [citado 23 Dic 2014]; 47(1).
6. Cires Pujol M, Delgado Martínez I, Cruz Barrios MA, Pérez Peña JL, Benítez Maqueira B, Calvo barbado DM, et al. Guía terapéutica para la Atención Primaria en Salud. La Habana: ECIMED; 2010. p. 320-30.
7. Alfonso Orta I, Alonso Carbonell L, Alonso Garbán P, Broche Villareal L, Calvo Barbado DM, González Ricardo Y, et al. Formulario Nacional de Medicamentos. 4 ed. La Habana: ECIMED; 2014.
8. Pozos Guillén AJ, Aguirre Bañuelos P, Pérez Urizar J. Manejo clínico-farmacológico del dolor dental. *Rev ADM.* 2008; 45(1):36-43.
9. Bobbio Abad S, Ghersi Miranda HD, Hernández Añaños JF. Manejo farmacológico coadyuvante al tratamiento endodóntico. *Rev Estomatol Herediana.* 2011 [citado 19 Ene 2015]; 21(2):110-5.
10. Sandoval Miranda DA. Sinergismo entre dexketoprofeno con diclofenaco en dolor orofacial experimental. 2012 [citado 19 Mar 2015].
11. Lisa Y. Uso del diclofenaco sódico en pacientes sometidos a cirugía dental. *Odont Moder.* 2006; 2(23):14.
12. Diclofenaco. [citado 19 Ene 2015].
13. Aceclofenaco (Airtal®) para el tratamiento sintomático de enfermedades inflamatorias crónicas (artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilopoyética) y del dolor agudo. 2002 [citado 19 Mar 2014].

Recibido: 22 de abril de 2015.

Aprobado: 20 de octubre de 2015.

Ana Ibis Bosch Núñez. Facultad de Estomatología, esquina Plácido s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: aibosch@sierra.scu.sld.cu