



# **REVISTA**

# **BIOCIENCIAS**

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud

**Vol. 15, Núm. 2 (2020)**

**MORDEDURA BUCAL POST-ANESTESIA DENTAL**

**Riolobos González, MF; Martínez Martín, N**

**Universidad Alfonso X el Sabio**

Facultad de Ciencias de la Salud

Villanueva de la Cañada

# MORDEDURA BUCAL POST-ANESTESIA DENTAL

**Riolobos González, MF**

Profesora Clínica Integrada Grado de Odontología.  
Universidad Alfonso X El Sabio

**Martínez Martín, N**

Profesora Clínica Integrada Grado de Odontología.  
Universidad Alfonso X El Sabio

Dirección de correspondencia : María Fe Riolobos González [mriolgon@uax.es](mailto:mriolgon@uax.es)

## RESUMEN

Las mordeduras post-anestesia son una de las complicaciones más habituales que se presentan en el paciente infantil tras una intervención dental. Cursa con úlceras de diferente extensión y gravedad en los tejidos blandos y la mayoría de las veces son motivo de consulta de urgencia, bien en el propio odontopediatra o en los centros de atención primaria. Se presentan dos casos de mordedura post anestesia dental.

**PALABRAS CLAVES:** “*mordedura bucal*”, “*anestesia local dental*”, “*urgencias Odontopediatría*”

## ABSTRACT

Post-anesthesia bites are one of the most common complications that occur in the infant patient after dental intervention. It occurs with ulcers of different length and severity in soft tissues and most of the time they are a reason for emergency consultation, either in the pediatric dentist or in primary care centers. Two cases of bite after dental anesthesia are presented.

**KEY WORDS:** “*Oral bite*”, “*dental local anesthesia*”, “*pediatric emergency*”

## 1. INTRODUCCIÓN

El anestésico local más común utilizado en Odontopediatría es lidocaína al 2% con epinefrina 1: 100.000. Sin embargo, independientemente del tipo de anestésico local utilizado, la anestesia postoperatoria de tejidos blandos puede durar varias horas. (Hersh, Hermann, Lamp, Johnson y MacAfee, 1995; Pinkham, Casamassimo, Fields, McTigue y Nowak, 2005)

Es más frecuente que ocurra por anestesia troncular mandibular, con lesiones en labio, mejillas y lengua. En la mayoría de los casos, el tratamiento adecuado de las úlceras de labio inferior resultantes de un traumatismo masticatorio se limita a los cuidados paliativos. (Malamed, 2000; McDonald, Avery y Dean, 2004; Scully y Welbury, 2002)

Se presentan 2 casos de pacientes que acuden de urgencia tras 24 horas de haber sido sometidos a tratamiento dental bajo anestesia local infiltrativa para el bloqueo del nervio dentario inferior.

## 2. EXPOSICIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

El caso clínico 1, se trata de un paciente de 5 años de edad que presenta una lesión única en mucosa yugal derecha, de color blanco-amarillento, con bordes irregulares y eritematosos, de 2 cm de diámetro y no purulenta (Figura 1).



Figura 1.- Caso clínico 1. Mordedura en mucosa yugal

El caso clínico 2, se trata de un paciente de 6 años con inflamación de labio inferior izquierdo donde se aprecia una lesión única, elevada, de color blanco-amarillento, con bordes irregulares y eritematosos, de 3cm de longitud por 1,5cm de ancho y no purulenta (Figura 2).



Figura 2.- Caso clínico 2. Mordedura en labio inferior

Ambos pacientes, refieren dolor al ingerir alimentos, se muestran afebriles y sin historia médica previa de alergias.

El diagnóstico de los pacientes fue de úlcera traumática por mordedura posterior a la anestesia dental.

Se pautó Ibuprofeno (suspensión oral 100mg/5ml, dosificado a 20mg/Kg/24horas, durante la presencia de dolor), aplicación de gel de clorhexidina (0.12%/12 horas/7 días) tras la higiene oral.

La lesión se resuelve sin dejar cicatriz a los 7-10 días. No es necesario pautar antibiótico sistémico, salvo que se presente infección secundaria en la herida<sup>1</sup>.

### 3. DISCUSIÓN

El estudio de Moosa de 200 sujetos, obtuvo resultados similares al estudio de Dhimi, encontró que de los pacientes con ortodoncia solo el 6% que usaban cepillos interdetales tenían bolsas periodontales mientras que 52% (que no los usaban) tenían bolsas periodontales. Se puede añadir que este estudio reveló que de los 200 pacientes sólo 7 de los 64 (10%) pacientes que usaban métodos interproximales habían desarrollado bolsas mientras que los que no usaban estos métodos desarrollaron patología en un 49%. Concluyeron que existía una asociación significativa entre los usuarios de métodos interproximales y desarrollo de la enfermedad periodontal. (14, 15)

En 2000 se publicó un artículo en el que se mostraba que el 13% de los niños de entre 2 y 18 años experimentaron un traumatismo de tejidos blandos tras anestesia dental unilateral o bilateral del bloqueo del nervio mandibular (College, Feigal, Wandera y Strange, 2000). No es sorprendente que la incidencia de traumatismos de tejidos blandos sea mayor en los grupos de edad más jóvenes: 18% en niños menores de 4 años, 16% en niños de 4 a 7 años, 13% en niños de 8 a 11 años, y 7% en niños de más de 12 años de edad.

Independientemente del tipo de anestésico local utilizado, la anestesia de los tejidos blandos puede durar varias horas después de la intervención. A pesar de que el odontopediatra advierte a los cuidadores de las posibles consecuencias del tratamiento con anestesia, a menudo vemos en consulta este tipo de lesiones. Por ello se insiste en que se vigile al paciente, y no ingiera alimentos sólidos hasta que desaparezca el efecto anestésico <sup>(2,3,4,5,6,7,8)</sup>

Aunque no es necesario, la literatura también sugiere el uso de digluconato de clorhexidina (0,12%) para desbridar el tejido blando ulcerado. (Ferretti, Brown, Raybould, & Lillich, 1990)

#### 4. CONCLUSIONES

Es importante que el pediatra u odontólogo en la primera visita haga un diagnóstico diferencial con otras patologías (úlceras, eritema exudativo multiforme, entre otros).

En los casos leves se dan una serie de consejos generales: evitar alimentos que requieran masticación prolongada (chicles); no morder objetos, uñas, labios; no abrir la boca en exceso; reposo general (dormir lo suficiente, evitar malas posturas).

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatric Dentistry. [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_localanesthesia.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_localanesthesia.pdf). Consultado 1/11/2016.
2. Chi D, Kanellis M, Himadi E, Asselin ME. Lip biting in a pediatric dental patient after dental local anesthesia: a case report. J Pediatr Nurs, 2008 Dec;23(6):490-3.
3. García-Peñín A, Guisado-Moya B, Montalvo-Moreno J. Riesgos y complicaciones de anestesia local en la consulta dental. Estado actual. RCOE, 2003;8(1):67-71.
4. Haas DA. Localized complications from local anesthesia. J Calif Dent Assoc, 1998;26(9):677-682.

5. De Nova MJ, Gallardo NE. Anestesia dental. En: Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Madrid: Ripano, 2010; Cap.17;255-6.
6. Adewumi A, Hall M, Guelmann M, Riley J. The incidence of adverse reactions following 4% septocaine (articaine) in children. *Pediatr Dent*,2008;30:424-8.
7. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on appropriate use of local anesthesia for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*, 2005-2006;27(7):101-6.
8. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on appropriate use of local anesthesia for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*, 2008;30(suppl):134-9.