

Necrosis de mucosa palatina por aplicación de anestésico local (reporte de caso)

Marco Antonio Rocafuerte Acurio¹, Giuliana García Ayllón²

RESUMEN

Los anestésicos locales son una parte rutinaria en todos los procedimientos odontológicos. Estos medicamentos son seguros y efectivos pero tienen riesgos inherentes. La necrosis de la mucosa palatina posinfiltración de un anestésico local es una condición rara e infrecuente que ocurre principalmente en el paladar duro. Generalmente, se desarrolla varios días después del procedimiento. La ulceración suele ser profunda y dolorosa, normalmente habrá una curación espontánea pero tardía. El tratamiento incluye aliviar la sintomatología y estimular una adecuada cicatrización.

Palabras clave: anestésico local, necrosis del paladar, vasoconstrictor.

ABSTRACT

Local anesthetics are commonly used in all dentistry practices. These drugs are safe and effective; however, they have inherent risks. Necrosis of the palatal mucosa after infiltration of a local anesthetic is a rare and uncommon condition which occurs mostly in the hard palate. Generally it is developed several days after the procedure. The ulceration is often deep and painful and normally there will be a spontaneous but delayed healing. This treatment reduces the symptoms and stimulates proper healing.

Key words: local anesthetics, palatal necrosis, vasoconstrictor.

INTRODUCCIÓN

La administración de anestesia local es el acto profesional más frecuente en la práctica diaria odontológica. Como con cualquier procedimiento invasivo, los efectos adversos pueden surgir después de la administración de anestesia local dental. La gravedad puede oscilar entre leve y tolerable, como dolor, a severo y peligroso, como el desencadenar un shock anafiláctico¹.

Ho y colaboradores, informaron que los efectos secundarios más comunes después de aplicar un anestésico local fueron: daño ocular (29,4%), daño neurológico (23,4%) y alergia (12,8%), encontrándose la necrosis de los tejidos como una complicación poco frecuente con apenas un 2,6%².

Como sabemos, la agregación de vasoconstrictores (de todos ellos el más utilizado es la adrenalina) a la solución anestésica tiene distintos efectos positivos durante la anestesia local como la prolongación del efecto anestésico así como permitir una absorción progresiva de la solución lo que permite aplicar mayor volumen total de

dicho anestésico³. Desafortunadamente los efectos de los vasoconstrictores no siempre son beneficiosos. Se han informado complicaciones luego de una inyección de manera rápida de soluciones anestésicas locales, particularmente aquellas que contienen un vasoconstrictor⁴. Una complicación no común incluye la necrosis de mucosas post anestesia que ocurre comúnmente en la región del paladar. Esto se produce cuando la mucosa palatina se encuentra muy cerca del hueso subyacente, lo que conduce a la deposición a mucha presión de la solución anestésica sumado a la penetración traumática de la aguja⁵.

La necrosis de la mucosa oral también puede ocurrir como resultado de: la introducción de más de 0,5 ml del anestésico en la anestesia palatina; la rápida introducción del anestésico subperióstico; en pacientes que sufren de esclerosis vascular severa; pero sobre todo, cuando se inyecta grandes cantidades de anestésico cuyo vasoconstrictor se encuentra a elevadas concentraciones⁶.

La isquemia resultante de la administración local incorrecta de las soluciones anestésicas puede manifestarse como necrosis tisular, debido a que, los vasoconstrictores reducen el suministro de oxígeno al tejido infiltrado a la vez que disminuyen su PH acentuando su acidez⁷. Otras causas mencionadas que se relacionan a esto serían, diabetes, reactivación de formas latentes de enfermedades

¹Especialista Universitario en Medicina Oral. Universidad Complutense de Madrid. España

²Especialista en Odontología Forense. Universidad Científica del Sur. Lima-Perú

Correspondencia: drmarcorocafuerte@gmail.com



Imagen 1. Mucosa palatina a los 7 días de la infiltración anestésica



Imagen 2. Control a los 30 días.

como herpes, la cual serviría para desarrollar una posible isquemia y que esta termine en la formación de una úlcera o necrosis⁸.

La zona de la boca más proclive a la necrosis es la del paladar duro. Luego de infiltrar la solución anestésica, aproximadamente después de veinticuatro horas, la mucosa palatina se presentará de un color blanco y luego azulado; la lesión tendrá contornos bien delimitados. Después se produce el secuestro de la mucosa y se producirá una ulceración de bordes irregulares, superficial que muy pocas ocasiones llega al tejido óseo. Al inicio se desarrolla un dolor muy severo. Cuando un secuestro ha sido eliminado, y lo hace en forma de cáscara, en el fondo se ven granulaciones recientes que pronto se epitelizan⁹.

El manejo de pacientes con lesiones intraorales después de la administración de solución anestésica local es normalmente muy conservadora y consta de tranquilizar al paciente y prescribir analgésicos y/o preparaciones tópicas antisépticas/anestésicas. En muchos casos la curación se produce dentro de los diez días siguientes al inicio de la lesión. En ciertos casos, donde la ulceración ha tomado un curso prolongado, la intervención quirúrgica puede ser considerada¹⁰.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 31 años de edad, de aparente buen estado de salud general, adecuada higiene oral, acudió a consulta por presentar mucho dolor en zona palatina donde se le había realizado una cirugía periodontal (ganancia de tejido de adherencia supracrestal) hace 7 días en las piezas 1.4 y 1.5. Presentaba dolor en el paladar de la zona y le dolía al tomar agua, comer, incluso con el roce de su lengua.

Se reportó en su historia clínica que para realizar el acto quirúrgico en el área del paladar fue anestesiado con un cartucho de lidocaína al 2% con 1:100.000 de concentra-

ción de adrenalina. Alergia a los anestésicos locales no fue reportada.

Al examen intraoral se encontró una úlcera única en relación con las piezas 1.4 y 1.5, de forma irregular de aproximadamente 1.5 x 1 cm. en la zona de la mucosa palatina que presentaba signos de flogosis. Estaba cubierta por tejido de color amarillo blanquecino y un halo eritematoso. Era muy dolorosa y de bordes indurados (*Imagen 1*).

Basado en el examen clínico e historia del paciente el diagnóstico definitivo fue necrosis palatina aséptica post anestesia. Ulceras aftosas, úlceras herpéticas y sialometaplasia necrotizante se tuvieron en cuenta como posibles diagnósticos diferenciales.

Como tratamiento, se decidió realizar una férula palatina de acrílico (placa de Hawley), en la que se colocaría cemento quirúrgico (Coe-Pack) para mantener la herida aislada de cualquier agente irritativo que podría exacerbar el dolor. Además, se le recetó un anestésico local tópico y colutorios de clorhexidina 0.05% (dos veces al día por dos semanas).

Se evaluó al paciente a los 7, 15 y 30 días teniendo una evolución favorable (*Imagen 2*).

DISCUSIÓN

Los anestésicos locales se han utilizado en odontología clínica para aliviar o eliminar dolor asociado con operaciones invasivas desde el siglo XIX por lo que son utilizados de forma rutinaria en la práctica odontológica. A pesar de que los anestésicos locales son drogas confiables y eficientes, complicaciones locales y sistémicas debido a uso también han sido reportadas¹¹.

Las complicaciones posteriores a una infiltración rápida de estas soluciones anestésicas particularmente aquellas que contienen un vasoconstrictor, han sido observadas. Dentro de estas se encuentra la necrosis de los tejidos, el cual es un accidente raro. La necrosis más típica es la de

la fibromucosa palatina, en relación fundamentalmente con la utilización de un determinado producto anestésico (fosfato de butanilicaina) o con la inyección de excesiva cantidad de solución anestésica que además contuviese una gran concentración de vasoconstrictor¹².

La etiología de tal evento es la ausencia de un buen suministro de sangre debido a la vasoconstricción que priva al tejido de su necesario sustento, resultando en la necrosis del epitelio suprayacente. El vasoconstrictor provoca la contracción de los músculos blandos presentes en la pared arterial que puede conducir a una isquemia transitoria por reducción del suministro de en la zona inyectada y promueve la producción de subproductos ácidos del metabolismo¹³.

La necrosis de la mucosa del paladar puede producirse en la zona de punción desde las primeras 24 horas o varios días luego del procedimiento. Clínicamente se observa un área violácea o blanca, de centro negruzco, es dolorosa de bordes edematosos y una ulceración que podría alcanzar el plano óseo¹⁴.

Otras lesiones intraorales postanestésicas en el paladar que pueden desarrollarse por algún trauma son la estomatitis aftosa recurrente, sialometaplasia necrotizante y el herpes simple, que deberán considerarse como diagnósticos diferenciales. El Herpes Simple, aunque se observa más comúnmente extraoralmente, puede desarrollarse intraoralmente en tejidos adheridos al hueso subyacente; por ejemplo, tejidos del paladar duro¹⁵. La sialometaplasia necrosante ocurre espontáneamente y los síntomas iniciales pueden incluir fiebre, escalofríos, malestar o reacción inflamatoria del tejido de las glándulas salivales¹⁶.

El manejo de pacientes con lesiones intraorales debido a la administración de anestésicos locales suele ser conservador. Consiste en tranquilizar al paciente, prescribir en combinación de soluciones antisépticas y anestésicos tópicos. La curación generalmente ocurre por segunda intención dentro de los 8 a 15 días posteriores al inicio de la lesión¹⁷.

CONCLUSIONES

Aunque la necrosis debido a la anestesia local es rara, debe tenerse en cuenta al diagnosticar lesiones palatinas. El tratamiento frecuente a elegir es de carácter paliativo. Se debe tener cuidado al infiltrar el anestésico local y de preferencia utilizar anestesia sin vasoconstrictor en el área del paladar para minimizar la aparición de esta complicación.

REFERENCIAS

1. Tripathy S. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 2020 Oct-Dec; 14(4): 9070-82.
2. Ho Jean-Pierre T.F., et al. Adverse effects following dental local anesthesia: a literature review. *J Dent Anesth Pain Med* 2021; 21(6):507-25.
3. Botetano R. Técnicas anestésicas en odontología. 1ra. ed. Lima: ONS; 2005.
4. Gutpa R., et al. Postanesthetic ulceration of palate: A rare complication. *Natl J Maxillofac Surg*. 2016 Jan-Jun; 7(1): 86-8.
5. How to cite this article: Gargi V, Mohan RP, Kamarthi N, Gupta S. Palatal perforation: A rare complication of postanesthetic necrosis. *Contemp Clin Dent* 2017; 8:501-5.
6. Lepsky V.V., Osik C.V. Necrosis as a complication of local anesthesia in dentistry. *Ukrainian Dental*. 2015; 5: 74-7.
7. Ghanem H, Suliman AM. Palatal ulceration: A complication of regional anesthesia of the oral cavity – A case report. *Anesth Prog*. 1983; 30: 118-9.
8. Giunta J, Tsamsouris A, Cataldo E, Rao S, Schreier E. Postanesthetic necrotic defect. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1975; 40(5):590-3.
9. Domínguez M, Reyes J. Necrosis palatina por infiltración de anestésico local. Presentación de un caso. *Med Oral*. 2001; 3(3): 133-7.
10. Kao A., Taled B. Palatal necrosis: a rare complication of local anesthetic in dentistry. *PAMJ-CM* 2021; 5(2): 1-4.
11. Cummings DR, Yamashita DD, McAndrews JP. Complications of local anesthesia used in oral and maxillofacial surgery. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2011; 23(3):369-77.
12. García P, Guisado B, Montalvo J. Riesgos y complicaciones de la anestesia local en la consulta dental. Estado actual. *RCOE* 2003; 8(1).
13. Chaurasia A, Airan M, Mall S, Gupta S, Sharma H, Mohini A. Postanaesthetic aseptic palatal necrosis – A case report. *Ann Maxillofac Surg* 2021; 11:173.
14. Palacios E. y Cols. Necrosis palatina asociado a soluciones anestésicas con vasoconstrictores. *Vis. Dent*. 2016; 19(1) 325.
15. Siu A., Landon K., Ramos D. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 2015; 34: 171-7.
16. Joshi SA, Halli R, Koranne V, Singh S. Necrotizing sialometaplasia: A diagnostic dilemma!. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18:420-2.
17. Malamed SF. Handbook of Local Anesthesia. 7th ed. St. Louis. The C.V. Mosby Co; 2019.