

Tratamiento del dolor en odontología en pacientes alérgicos a los AINE



Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son de los medicamentos más usados en todo el mundo. No sorprende que sean la segunda causa de reacciones adversas a medicamentos después de los antibióticos beta-lactámicos. La prevalencia de las reacciones adversas a AINE en la población general varía de 0,1% a 0,3% y hasta 0,9%.

La intolerancia al ácido acetilsalicílico o los AINE, definida como las reacciones cutáneas (urticaria, angioedema o

ambas) o respiratorias (rinitis, broncoespasmo o ambas) que se presentan tras la administración de dos o más AINE de grupo químico diferente, ocurre entre un 2% y un 23% de los pacientes asmáticos.

Dentro del espectro de reacciones alérgicas o de hipersensibilidad a AINE, se puede describir:

- Alérgico a un solo AINE y a todo su grupo: por ejemplo, alérgico al ibuprofeno o al dexketoprofeno y al resto de

aryl-propiónicos (AINE de su grupo).

- Alérgico a todos los AINE: se denomina «intolerancia a aspirina y resto de AINE». La aspirina es el AINE más potente: siempre los pacientes intolerantes van a tener síntomas con la aspirina, por eso se ha denominado el término de «intolerancia a aspirina». Pero esto implica la intolerancia a todos los AINE.

En la siguiente tabla (tabla 1) podemos ver los principales AINE:

1. ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Aspirina (AAS©, Adiro©, Aspirina©, Tromalyt©, Couldina©, Desenfriol©, Dolmen©).
2. ÁCIDOS ACÉTICOS	Indometacina (Inacid©, Indolgina©, Aliviosin©, Flogoter©), Tolmetin (Artrocaptin©), Diclofenac (Voltarén©). Ketorolaco (Toradol©)
3. PIRAZOLONAS	Metamizol (Nolotil©, Buscapina Compositum©), Fenilbutazona (Artrodesmol©, Butazolidina©), Propifenazona (Calmoplens©, Optalidón©)
4. FENAMATOS	Acido mefenámico (Coslan©)
5. ÁCIDOS PROPIÓNICOS	Ibuprofeno (Dalsy©, Algidril©, Neobrufen©), Naproxeno (Antalgin©, Naproxyn©), Flurbiprofeno (Froben©), Ketoprofeno (Orudis©)
6. CLONIXINATO DE LISINA: dolalgil	
7. OXICAMS	Piroxicam (Feldene©), Lornoxicam (Acabel©, Bosporon©).

Hablaremos de la clasificación de los AINE según el grado de inhibición de las isoenzimas ciclooxigenasas (COX); ya que nos será útil a la hora de definir si el paciente con reacción adversa tras el consumo de AINE, presenta hipersensibilidad simple (alergia) o hipersensibilidad cruzada y también nos será útil a la hora de escoger el fármaco alternativo.

La clasificación según la selectividad de inhibición de las COX establece cuatro grupos:

- A. inhibidores débiles de COX (paracetamol, salicilato sódico).
- B. inhibidores COX-1/ COX-2 (piroxicam, indometacina, sulindac, tolmetín, ibuprofeno, naproxeno, fenoprofeno, acido mefenámico, meclofenamato, diclofenaco, ketorolaco, etodolaco, nabumetona, flurbiprofeno).
- C. inhibidores preferenciales de COX-2 (nimesulide, meloxicam)
- D. inhibidores selectivos de COX-2 (celecoxib, rofecoxib, valdecoxib, parecoxib, etoricoxib, lumiracoxib) (2).

Lo que experimentan los pacientes con alergia a AINE o intolerancia a los AINE son síntomas de dos tipos:

1. Síntomas cutáneos: urticaria o angioedema (hinchazón). Lo más frecuente suele ser una reacción facial (periocular o labial).
2. Síntomas respiratorios: congestión nasal, inyección conjuntival, estor-

nudos en salva, tos intensa, broncoespasmo. Este problema se denomina actualmente enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA), lo que antiguamente se conocía como asma inducida por aspirina, y aparece en pacientes con patología respiratoria de base, concretamente asma y/o rinosinusitis crónica.



Enfoque terapéutico de control del dolor en pacientes con sospecha o diagnóstico de alergia a los AINE

Medicación analgésica alternativa:

El paracetamol es la medicación alternativa más usada como analgésico y antitérmico; sin embargo, su potencia analgésica es débil. Otros inhibidores selectivos de la enzima COX-2 (medicamentos como etoricoxib, celecoxib, parecoxib) son una mejor opción en estos pacientes y su potencia analgésica es mucho mayor. En todos los casos, estos fármacos se podrán permitir solamente tras la comprobación mediante la provocación con el AINE específico, bajo la supervisión del servicio de alergias.

Si soy alérgico a un AINE ¿lo soy a todos?

Hasta en un 80% de los casos habrá alergia cruzada a varios AINE. Este fenómeno se denomina reactividad múltiple y está en relación directa con la potencia del AINE y con el tipo clínico de alergia a AINE.

¿Qué alternativas analgésicas tiene un paciente alérgico a los AINE?

Los pacientes con reactividad múltiple (es decir, los pacientes con reacciones de tipo respiratorio y cutáneo) no toleran ningún AINE que sea suficientemente potente. Es decir, un intolerante a la aspirina generalmente no tolera diclofenaco o ibuprofeno, por ejemplo. Sin embargo, es muy posible que sí lo haga con un AINE de potencia débil (en un 95% de los casos, toleran paracetamol) o que no inhiban la ciclooxigenasa (los coxib son

tolerados en prácticamente todos los pacientes).

En la tabla 1 se registran los principales AINE comercializados en España, que deben ser evitados en un paciente alérgico a AINE.

Los pacientes con reacción anafiláctica desencadenada exclusivamente por un AINE específico, toleran con total inocuidad cualquier tipo de AINE (potentes, débiles y no inhibidores de la ciclooxigenasa), excepto aquel que ha causado la reacción (u otros que coincidan con una estructura química similar). En este caso, si se evita el AINE que causa la anafilaxia, el paciente dispone de todas las alternativas disponibles. Hay que tener cuidado y la reintroducción del AINE debe ser realizada bajo supervisión médica hospitalaria.

Abordaje terapéutico:

El abordaje terapéutico debe tratar de:

- A. Evitar consumo de AAS/AINE.
- B. Determinar alternativas en manejo del dolor.

Como alternativa para el manejo del dolor y la inflamación, se pueden indicar diversos fármacos dependiendo de la complejidad de la intervención odontológica y el nivel del dolor esperado. Así, si el dolor esperado fuese leve, podría indicarse paracetamol como primera opción. Si el dolor esperado fuese moderado, como primera opción, inhibidores de la COX-2, debido a que presentan selectividad y desencadenan una menor producción de leucotrienos. La

“Un intolerante a la aspirina generalmente no tolera diclofenaco o ibuprofeno, por ejemplo. Sin embargo, es muy posible que sí lo haga con un AINE de potencia débil (en un 95 % de los casos, toleran paracetamol) o que no inhiban la ciclooxigenasa (los coxib son tolerados en prácticamente todos los pacientes).”

segunda opción es pautar un fármaco inhibidor preferencial de la COX 2 como el meloxicam, con una dosis única al día de 15 mg o de 7,5 cada 12 horas con buena potencia analgésica para su uso en odontología.

Se han descrito con los COX 2 alteraciones cardiovasculares caracterizadas por problemas protrombóticos, por lo que algunos de estos fármacos han sido retirados. Los inhibidores selectivos de la COX-2 disponibles en la actualidad son el celecoxib (Celebra), el lumiracoxib (Prexige) y el etoricoxib (Arcoxia). Otra alternativa que se puede usar en manejo de dolor es el Tramadol o codeína.

Algunos estudios muestran que todos los antiinflamatorios, incluyendo los inhibidores selectivos de la COX-2, presentan un eventual riesgo cardiovascu-



lar. La postura actual para el uso de los COX-2 consiste en siempre evitar su uso por períodos largos de tiempo.

Cabe destacar que los inhibidores de la COX-2 no son tolerados por la totalidad de los pacientes que tienen intolerancia o alergia a los AINE (hay un 1/3% que no), por lo tanto deberían ser utilizados siempre previa prueba bajo un test de provocación oral, pues existen reportes de anafilaxia en estos pacientes.

Corticoides

Son, sin duda, los fármacos con mayor potencia antiinflamatoria con los que

contamos actualmente, aunque con el inconveniente de que pueden presentar numerosos efectos indeseables potenciales, que aparecen fundamentalmente cuando se administran a dosis elevadas y durante un tiempo prolongado. Existe suficiente evidencia científica de que los corticoides, a dosis medias y durante pocos días, consiguen minimizar de manera significativa los síntomas postoperatorios en cirugía bucal, si bien no deben usarse de manera rutinaria, sino reservarse para aquellos casos seleccionados en los que vaya a existir trauma quirúrgico excesivo o riesgo de edema importante.

Para concluir y resumir proponemos el siguiente esquema de tratamiento:

- A. Cirugía simple, dolor leve: paracetamol
- B. Cirugía grado medio, esperado dolor moderado: paracetamol alternativo con inhibidor COX-2 o meloxicam.
- C. Cirugía compleja, previsto dolor severo: tramadol o codeína (si se usa, usar con precaución) alternativo con inhibidor COX-2 y asociar metilprednisolona (40/125 mg al día) por 3 o 4 dosis. Revisar que no haya contraindicación para uso de corticoides.