

UN ANESTÉSICO ADECUADO PARA CADA TRATAMIENTO Y PACIENTE

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CONTRAINDICACIÓN A LOS VASOCONSTRICTORES	ANESTÉSICO ADECUADO	VENTAJAS Y LIMITACIONES
<30 min. ¹	BAJA ⁴	Xilonibsa 20 mg/ml + 0,0125 mg/ml solución inyectable ⁷	Anestésico más utilizado (efectivo y seguro), larga experiencia clínica. ^{4,5}
		Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
		Scandinibsa 20 mg/ml + 0,01 mg/ml solución inyectable ⁹	Duración anestésica superior a la presentación sin vasoconstrictor. ^{3,5}
	MEDIA ⁵	Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
		Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
	ALTA ⁶	Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
30 a 60 min. ²	BAJA ⁴	Xilonibsa 20 mg/ml + 0,0125 mg/ml solución inyectable ⁷	Anestésico más utilizado (efectivo y seguro), larga experiencia clínica. ^{4,5}
		Artinibsa 40 mg/ml + 0,01 mg/ml solución inyectable ¹⁰	Anestésico potente y seguro, tiempo de latencia corto, excelente difusión, muy efectivo en técnicas infiltrativas. ^{4,5,7-10}
	MEDIA ⁵	Artinibsa 40 mg/ml + 0,005 mg/ml solución inyectable ¹¹	Anestésico potente y seguro, tiempo de latencia corto, excelente difusión, muy efectivo en técnicas infiltrativas, indicado en pacientes que no toleran dosis normales de vasoconstrictor. ^{2-5,7,11,12}
		Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
	ALTA ⁶	Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
		Scandinibsa 30 mg/ml solución inyectable ⁸	Escasa actividad vasodilatadora, no contiene vasoconstrictor ni bisulfitos. ^{2,5}
>60 min. ²	BAJA ⁴	Artinibsa 40 mg/ml + 0,01 mg/ml solución inyectable ¹⁰	Anestésico potente y seguro, tiempo de latencia corto, excelente difusión, muy efectivo en técnicas infiltrativas. ^{4,5,7-10}
		Inibsaclin Plus 5 mg/0,005 mg/ml solución inyectable ¹²	Anestésico muy potente, de muy larga duración, permite analgesia residual en postoperatorio, baja dosis de vasoconstrictor. ^{4,13,14}
	MEDIA ⁵	Inibsaclin Plus 5 mg/0,005 mg/ml solución inyectable ¹²	Anestésico muy potente, de muy larga duración, permite analgesia residual en postoperatorio, baja dosis de vasoconstrictor. ^{4,13,14}
		Paciente no candidato a tratamientos con anestesia local ¹³	Tiempo de latencia muy largo, anestesia prolongada de tejidos blandos puede ser poco cómoda para el paciente. ^{4,14}
	ALTA ⁶	Paciente no candidato a tratamientos con anestesia local ¹³	Tiempo de latencia muy largo, anestesia prolongada de tejidos blandos puede ser poco cómoda para el paciente. ^{4,14}
		Paciente no candidato a tratamientos con anestesia local ¹³	Tiempo de latencia muy largo, anestesia prolongada de tejidos blandos puede ser poco cómoda para el paciente. ^{4,14}

ANESTESIA INIBSA DENTAL LA GAMA MÁS AMPLIA DEL MERCADO

1. Tratamientos sencillos como obturaciones o exodoncias simples requieren generalmente una anestesia pulpar de corta duración (inferior a 30 min.).
2. Habitualmente en Odontología, los pacientes son visitados por un período que oscila entre los 30 y los 60 min. Se estima que un dentista generalista requiere una anestesia pulpar profunda media de 47.9 min. y un especialista de 39.1 min. Así, la gran mayoría de los tratamientos realizados en una clínica dental (procedimientos de Odontología restauradora, de Endodoncia, de Periodoncia y de Cirugía Bucal) requieren una anestesia pulpar de media duración (entre 30 y 60 min.).
3. Tratamientos que requieran una anestesia pulpar de larga duración (superior a 1 hora) como la colocación de varios implantes dentales, cirugías periodontales extensas, extracciones complejas de dientes incluidos y preparación de varios dientes vitales para colocación de prótesis fijas.
4. Pacientes adultos sanos (ASA I) que toleran dosis normales de vasoconstrictores (hasta 0.2 mg. de epinefrina).^{2,3}
5. Pacientes adultos que pueden tolerar dosis bajas de vasoconstrictor (hasta 0.04 mg. de epinefrina) debido a su condición sistémica (por ejemplo: pacientes con hipertensión arterial ligera y controlada).^{2,3}
6. Pacientes que no pueden recibir vasoconstrictores debido a su condición sistémica (por ejemplo: patología cardiovascular isquémica no controlada, hipertensión grave, hipertiroidismo no controlado, feocromocitoma, antecedentes de hipersensibilidad a los bisulfitos o metabisulfitos).^{2,3}
7. Lidocaína 2% + epinefrina 1:80.000: tiempo de latencia: 2 a 3 min.; anestesia pulpar: 60 min.; anestesia tejidos blandos: 180 a 300 min.; dosis máxima: 4.4 mg./Kg. o 300 mg (8.3 carpules).^{4,5}
8. Mepivacaína 3% sin vasoconstrictor: tiempo de latencia: 1 a 2 min.; anestesia pulpar: 20 a 40 min.; anestesia tejidos blandos: 120 a 180 min.; dosis máxima: 4.4 mg./Kg. o 300 mg (5.5 carpules).^{4,5}
9. Mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000: tiempo de latencia: 1 a 2 min.; anestesia pulpar: 60 a 90 min.; anestesia tejidos blandos: 180 a 240 min.; dosis máxima: 4.4 mg./Kg. o 300 mg (8.3 carpules).^{4,5}
10. Articaina 4% + epinefrina 1:100.000: tiempo de latencia: 1 a 2.5 min.; anestesia pulpar: 60 a 75 min.; anestesia tejidos blandos: 180 a 360 min.; dosis máxima: 7 mg./Kg. o 500 mg (6.9 carpules).^{4,5}
11. Articaina 4% + epinefrina 1:200.000: tiempo de latencia: 1 a 3 min.; anestesia pulpar: 45 a 60 min.; anestesia tejidos blandos: 120 a 300 min.; dosis máxima: 7 mg./Kg. o 500 mg (6.9 carpules).^{4,5}
12. Bupivacaína 0.5% + epinefrina 1:200.000: tiempo de latencia: 6 a 10 min.; anestesia pulpar: 90 a 180 min.; anestesia tejidos blandos: 240 a 540 min.; dosis máxima: 1.3 mg./Kg. o 90 mg (10 carpules).⁴
13. Actualmente no existe en el mercado ningún anestésico local sin vasoconstrictores asociados que permita una anestesia pulpar de larga duración. Pacientes con estas características deben ser tratados en ámbito hospitalario.





Bibliografía

- a. American Dental Association. 1999 Survey of dental practice. Chicago: American Dental Association; 2001.
- b. Malamed SF. Pharmacology of vasoconstrictors. En: Malamed S (ed.). Handbook of local anesthesia. 5ª ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004.
- c. Berini Aytés L, Gay Escoda C. Consideraciones farmacológicas sobre los otros componentes de la solución anestésica. En: Berini Aytés L, Gay Escoda C (eds.). Anestesia odontológica. 3ª ed. Madrid: Ediciones Avances; 2005.
- d. Malamed SF. Clinical action of specific agents. En: Malamed S (ed.). Handbook of local anesthesia. 5ª ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004.
- e. Berini Aytés L, Gay Escoda C. Consideraciones farmacológicas sobre los anestésicos locales. En: Berini Aytés L, Gay Escoda C (eds.). Anestesia odontológica. 3ª ed. Madrid: Ediciones Avances; 2005.
- f. Forloine A, Drum M, Reader A, Nusstein K, Beck M. A prospective, randomized, double-blind comparison of the anesthetic efficacy of two percent lidocaine with 1:100,00 epinephrine and three percent mepivacaine in the maxillary high tuberosity second division nerve block. J Endod. 2010;36:1770-7.
- g. Abdulwahab M, Boynes S, Moore P, Seifkar S, Al-Jazzaf A, Alshuraidah A, et al. The efficacy of six local anesthetic formulations used for posterior mandibular buccal infiltration anesthesia. J Am Dent Assoc. 2009;140:1018-24.
- h. Katyal V. The efficacy and safety of articaine versus lignocaine in dental treatments: A meta-analysis. J Dent. 2010; 38: 307-17.
- i. Brandt RG, Anderson PF, McDonald NJ, Sohn W, Peters MC. The pulpal anesthetic efficacy of articaine versus lidocaine in dentistry: A meta-analysis. J Am Dent Assoc. 2011; 142: 493-504.
- j. Malamed SF, Gagnon S, Leblanc D. Articaine hydrochloride: a study of the safety of a new amide local anesthetic. J Am Dent Assoc. 2001;132:177-85.
- k. McEntire M, Nusstein J, Drum M, Reader A, Beck M. Anesthetic efficacy of 4% articaine with 1:100,000 epinephrine versus 4% articaine with 1:200,000 epinephrine as a primary buccal infiltration in the mandibular first molar. J Endod. 2011;37:450-4.
- l. de Moraes HH, Vasconcelos RJ, de Santana Santos T, Rocha NS, da Costa Araújo FA, de Carvalho RW. Clinical study of hemodynamic changes comparing 4% articaine hydrochloride with 1:100,000 and 1:200,000 epinephrine. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012, in press. doi:10.1016/j.oooo.2011.10.043.
- m. Malamed SF. Local anesthetics: dentistry's most important drugs, clinical update 2006. J Calif Dent Assoc. 2006;34:971-6.
- n. Sancho-Puchades M, Vilchez-Pérez MA, Valmaseda-Castellón E, Paredes-García J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Bupivacaine 0.5% versus articaine 4% for the removal of lower third molars. A crossover randomized controlled trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012;17:e462-8.
- o. Parirokh M, Yosefi MH, Nakhaee N, Manocherifar H, Abbott PV, Reza Forghani F. Effect of bupivacaine on postoperative pain for inferior alveolar nerve block anesthesia after single-visit root canal treatment in teeth with irreversible pulpitis. J Endod. 2012;38:1035-9.

