

Cannabis medicinal en odontología: un análisis de la evidencia clínica

Medical cannabis in dentistry: an analysis of the clinical evidence

Cannabis medicinal na odontologia: uma análise da evidência clínica

Fecha de Recepción: 07 septiembre 2025

Aceptado para su publicación: 22 octubre 2025

Autores:

Matías Mederos^{1,a}

ORCID: 0000-0002-1561-2283

Alejandro Francia^{2,b}

ORCID: 0000-0002-7942-9189

1. Subunidad de Materiales Dentales, Departamento de Odontología Preventiva y Restauradora, Facultad de Odontología, Universidad de la República. Las Heras 1925, Montevideo, Uruguay.

2. Subunidad de Fisiología General y Buco-Dental, Departamento de Biología Odontológica, Facultad de Odontología, Universidad de la República. Las Heras 1925, Montevideo, Uruguay.

a. Odontólogo, Universidad de la República, Uruguay

b. Magíster en Ciencias Odontológicas, Universidad de la República, Uruguay

Correspondencia:

Mederos Matías

Facultad de Odontología, Universidad de la República. Las Heras 1925, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico:

matiasmederos@odon.edu.uy

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento:

Autofinanciado.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue sintetizar la evidencia científica disponible acerca de las aplicaciones clínicas del cannabis como terapéutica en odontología. Se realizó una revisión narrativa en base a la literatura científica disponible en las bases de datos PubMed, Scielo y Google Scholar mediante una búsqueda electrónica empleando las palabras clave cannabis, cannabidiol, dentistry, therapeutics, oral health, tooth, incluyendo artículos hasta enero de 2025. En la búsqueda inicial se obtuvieron 438 registros, tras eliminar duplicados y leer artículos a texto completo, se incluyeron 12 registros para su posterior análisis cualitativo. Las condiciones de la cavidad bucal y el territorio orofacial en las que se han empleado cannabinoides como tratamiento son heterogéneas. Los productos empleados también son variados, se han testeado diversos extractos, tanto comerciales como experimentales con diferentes cannabinoides como principio activo. Los cannabinoides fueron empleados sistémicamente mediante la ingestión oral en forma de aceites/extratos y localmente mediante su aplicación tópica sobre piel en la región facial y en mucosa oral en forma de cremas, geles o pastas dentales. Si bien se han reportado estudios clínicos sobre el uso de cannabinoides en diferentes condiciones de la región orofacial, la evidencia clínica disponible aún es escasa y los estudios en las diferentes condiciones son heterogéneos en cuanto a los protocolos de tratamiento empleados así como los métodos de control.

Palabras clave: cannabis sativa; cannabidiol; salud bucal; administración tópica (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The objective of this study was to synthesize available scientific evidence regarding the clinical applications of cannabis as a therapeutic agent in dentistry. A narrative review was conducted based on scientific literature

available in PubMed, Scielo, and Google Scholar databases through an electronic search using the keywords cannabis, cannabidiol, dentistry, therapeutics, oral health, and tooth, including articles up to January 2025. The initial search yielded 438 records; after removing duplicates and reading full-text articles, 12 records were included for subsequent qualitative analysis. The oral cavity and orofacial conditions in which cannabinoids have been used as treatment are heterogeneous. The products employed are also varied; diverse extracts, both commercial and experimental, have been tested with different cannabinoids as active ingredients. Cannabinoids were administered systemically through oral ingestion in the form of oils/extracts and locally through topical application on facial skin and oral mucosa in the form of creams, gels, or toothpastes. Although clinical studies on the use of cannabinoids in different orofacial conditions have been reported, the available clinical evidence remains limited, and studies across different conditions are heterogeneous regarding treatment protocols employed as well as control methods.

Key words: cannabis sativa; cannabidiol; oral health; topical administration (source: MeSH NLM).

Resumo

O objetivo deste trabalho foi sintetizar a evidência científica disponível sobre as aplicações clínicas da cannabis como terapêutica em odontologia. Realizou-se uma revisão narrativa baseada na literatura científica disponível nas bases de dados PubMed, Scielo e Google Scholar, mediante busca eletrônica utilizando as palavras-chave cannabis, cannabidiol, dentistry, therapeutics, oral health, tooth, incluindo artigos publicados até janeiro de 2025. Na busca inicial foram obtidos 438 registros; após a remoção de duplicatas e leitura dos textos completos, 12 estudos foram incluídos para análise qualitativa. As condições da cavidade bucal e da região orofacial nas quais canabinoides foram utilizados como tratamento são heterogêneas. Os produtos empregados também foram variados, sendo testados diferentes extratos, tanto comerciais quanto experimentais, com diversos canabinoides como princípio ativo. Os canabinoides foram administrados sistemicamente por ingestão oral em forma de óleos/extratos, e localmente por aplicação tópica sobre a pele da região facial e na mucosa oral, em forma de cremes, géis ou pastas dentais. Embora existam estudos clínicos relatando o uso de canabinoides em diferentes condições orofaciais, a

evidência clínica disponível ainda é escassa, e os estudos apresentam heterogeneidade quanto aos protocolos terapêuticos e métodos de controle empregados.

Palavras-chave: cannabis sativa; canabidiol; saúde bucal; administração tópica (fonte: DeCS BIREME).

Introducción

El interés por el uso de la planta *Cannabis sativa* en el tratamiento de afecciones médicas se ha incrementado en los últimos años¹. Esta planta contiene cientos de compuestos, siendo los más destacados los fitocannabinoides, flavonoides y terpenos². Estas moléculas junto con otras moléculas potenciadoras e inhibitoras, y los receptores específicos (CB1 y CB2), presentes en la mayoría de las células del cuerpo humano, conforman el sistema endocannabinoide, un complejo sistema de comunicación intercelular implicado en la regulación de numerosos procesos fisiológicos y patológicos³.

El conocimiento de este sistema ha facilitado el desarrollo de investigaciones orientadas a evaluar el potencial terapéutico del cannabis y/o sus derivados en el tratamiento de diversas patologías a nivel sistémico⁴. En el área odontológica, inicialmente las investigaciones se han enfocado en analizar las posibles repercusiones bucales del consumo de cannabis recreacional⁵⁻⁸. Sin embargo el uso de los derivados cannabinoides como terapéuticos ha guiado a estudiar la distribución de los receptores para estas moléculas, reportándose la presencia de receptores CB1 y CB2 a nivel de pulpa dental, encía, lengua y glándulas salivales, sitios que se presentan como posibles blancos terapéuticos⁹⁻¹¹.

Por ello, se ha propuesto el uso del cannabis y/o sus derivados en odontología como un agente con potencial analgésico, antiinflamatorio, antioxidante, anticancerígeno, osteogénico, remineralizante de las estructuras dentarias y antimicrobiano^{12,13}. Además, se contempla la posibilidad de su inclusión en procesos de síntesis de biomateriales, buscando generar sistemas de transporte y liberación controlada de cannabinoides¹⁴. No obstante, la mayor parte de la evidencia disponible sobre el uso de cannabinoides en odontología proviene de estudios de laboratorio, los cuales describen tratamientos heterogéneos, con resultados variables y en muchos ca-

sos, poco concluyentes. En este contexto, la presente revisión narrativa tiene como objetivo analizar y sintetizar la información actual sobre el uso clínico de los cannabinoides en el ámbito odontológico.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos Pubmed, Scielo y los primeros 200 registros de Google Académico hasta enero de 2025. Se utilizó la siguiente combinación de términos MeSH: ((cannabis OR cannabidiol) AND (dentistry) AND (therapeutics OR oral health OR tooth)).

Se incluyeron: 1) artículos originales, 2) estudios clínicos con participación de seres humanos o relatos de casos en donde se hayan empleado cannabinoides y/o sus derivados como terapéutica para condiciones o patologías de la región orofacial.

No se colocaron restricciones en cuanto a idioma. Fueron excluidas: 1) las cartas al editor, artículos de opinión y revisiones de la literatura, 2) estudios *in vitro* e *in vivo* en animales, 3) estudios en patologías o condiciones sistémicas fuera de la región orofacial (cabeza y cuello) y 4) estudios epidemiológicos o clínicos en pacientes con relato previo de consumo de cannabis.

Para la selección de los estudios, se realizó la lectura de títulos y resúmenes en una primera instancia y luego a texto completo. Los registros recuperados se cargaron en el software EndNote (Thomson Reuters, Rochester, Nueva York, NY, EE.UU.), con el objetivo de eliminar duplicados y crear una biblioteca virtual. Los datos recolectados fueron los siguientes: (1) Autor, año; (2) Características del estudio; (3) Condición o patología tratada; (4) Cannabinoide utilizado y tamaño del grupo experimental; (5) Dosis y vía de administración utilizada; (6) Terapéutica utilizada como control y tamaño del grupo; (7) Resultados principales encontrados (Tabla I).

Resultados

En la búsqueda inicial se obtuvieron un total de 438 registros, de los cuales 35 fueron eliminados por estar duplicados y 388 luego de la lectura de títulos y resúmenes. 15 registros fueron seleccionados para la lectura a texto completo de los cuales tres fueron eliminados por no cumplir con los criterios de inclu-

sión. Finalmente, 12 registros fueron incluidos para su posterior análisis cualitativo (Figura 1).

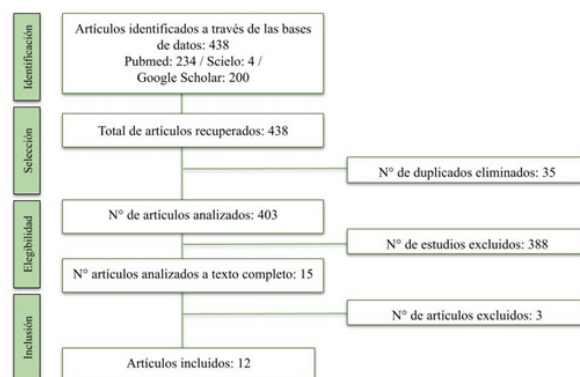


Figura 1. Diagrama de búsqueda para la selección de los artículos.

Características de los estudios

Los estudios incluidos fueron publicados entre el año 2011 y 2024 (Tabla I). Según el diseño del estudio, diez de los doce artículos (83.3%) fueron ensayos clínicos randomizados¹⁵⁻²⁴, un estudio (8.3%) fue prospectivo de un sólo brazo²⁵ y un estudio (8.3%) fue un relato de caso clínico²⁶. Todos los estudios se realizaron en individuos mayores de edad (entre 18 y 65 años). Diez de los doce estudios (83.3%) analizaron el uso de los cannabinoides para el control del dolor¹⁷⁻²⁶, dos (16.6%) para el manejo de la ansiedad^{18,25}, uno (8.3%) para la mejora en la cicatrización de lesiones²², uno (8.3%) para el control del bruxismo y actividad muscular²⁴ y dos estudios (16.6%) como antibacteriano para el control del biofilm oral^{15,16}.

Con respecto al origen del principio activo, diez estudios (83.3%) emplearon fitocannabinoides, de los cuales el cannabidiol (CBD) fue el más utilizado, seguido de THC (delta-9-tetrahidrocannabinol)^{15-19,22-26}. Por otro lado, dos estudios (16.6%) utilizaron cannabinoides sintéticos como GW842166 y AZD1940^{20,21}. Con respecto a la vía de administración, seis estudios (50%) utilizaron la vía sistémica a través de una administración oral^{17,18,20,21,25,26}, mientras que seis estudios (50%) utilizaron la vía local mediante una aplicación tópica^{15,16,19,22-24}, pudiendo ser esta aplicación extraoral (sobre piel), intraoral (sobre mucosa oral) o combinar ambas. Ocho estudios (66.6%) utilizaron preparados experimentales^{15,16,18,20-24}, mientras que los cuatro restantes (33.3%) emplearon productos comerciales^{17,19,25,26}. Diversas concentraciones de los principios activos fueron utilizadas dependiendo de la patología, la vía

Tabla I. Estudios incluidos en la presente revisión (n=12).

Autor (año)	Características del estudio	Condición tratada	Grupo experimental (N=)	Vía de administración y dosis	Grupo control (N=)	Resultados principales
Cherpa (2023)	EC doble ciego, randomizado, placebo controlado N= 61 (18 a 75 años)	Dolor de origen dental	CBD (2 x 20)	Vía oral: Dosis única de Epidiolex comercial (10% CBD) 10 y 20 mg/kg	Placebo (21)	Los grupos con CBD demostraron mayor reducción del dolor en comparación con placebo.
de Andrade Silva (2024)	EC doble ciego, randomizado, placebo controlado N=35 (22 a 40 años)	Ansiedad Dolor en endodoncia	CBD THC (19)	Vía oral: (sublingual) 400 mg de CBD/ml 1 ml 30 minutos antes del procedimiento anestésico	Placebo (16)	Al igual que el placebo, los grupos con CBD no demostraron eficacia en el manejo de la ansiedad y control del dolor.
Puisys (2019)	EC randomizado, controlado N= 60 (no reporta edad)	Dolor post cirugía de molares	CBD CBDA CBV CBN (30)	Tópico intraoral: 14% CBD y CBDA comercial en gel por 7 días. Tópico extraoral: 600 mg de CBD, CBDA, CBV, CBN comercial en gel por 7 días	Amoxicilina 500 mg (30)	Los grupos experimentales con cannabis y el grupo control demostraron ser igualmente eficaces en el control del dolor.
Ostenfeld (2011)	EC doble ciego, randomizado, placebo controlado N= 121 (18 a 50 años)	Dolor post cirugía de molares	GW842166 (2 x 34 y 25)	Vía oral: 100 mg y 400 mg GW842166 (preparado experimental). 2 dosis: 1 previo a la cirugía y otra posterior	Placebo (31) Ibuprofeno 800 mg (31)	Sólo en el grupo con ibuprofeno se demostró control del dolor.
Kalliomaki (2013)	EC doble ciego, randomizado, placebo controlado N= 151 (18 a 45 años)	Dolor post cirugía de molares	AZD1940 (61)	Vía oral: 800 µg AZD1940 (preparado experimental). Dosis única 1,5 h antes de la cirugía	Placebo (59) Naproxeno 500 mg (31)	Sólo en el grupo con naproxeno se demostró control del dolor.
Umpreecha (2023)	EC randomizado controlado N=72 (18 a 65 años)	Úlceras Aftosas recurrentes	CBD (23)	Tópico intraoral: 0,1% CBD experimental en forma de crema, 3 veces por día por 7 días	Placebo (24) Triamcinolona 0,1% (22)	Grupos tratados con CBD y triamcinolona demostraron mayor reducción de tamaño de úlcera y dolor en comparación con placebo
Gambino (2021)	EC piloto, prospectivo, abierto de un sólo brazo N= 17 (> de 18 años)	Síndrome de Boca Ardiente	THC CBD (17)	Vía oral: gránulo comercial (Bediol: 6,3% THC y 8% CBD) 1 g diluido en 10 g de aceite de oliva. 10 a 40 gotas por 4 semanas	-	Se observó una disminución en los niveles de ansiedad y del dolor
Nitecka (2019)	EC doble ciego randomizado, placebo controlado N=60 (18 a 60 años)	Dolor de origen miofascial	CBD (30)	Tópico extraoral: crema experimental con 1,46% CBD, aplicada sobre la piel en la región de músculos maseteros. 2 veces x día durante 14 días	Placebo (30)	Los grupos con CBD demostraron mayor reducción de la actividad muscular y del dolor evaluados.
Walczyńska (2024)	EC doble ciego, randomizado, placebo controlado N=60 (18 a 60 años)	Bruxismo nocturno Actividad y dolor muscular	CBD (2 x 20)	Tópico intraoral: crema experimental, 20 mg (0,02 g) de CBD al 5% y 10% (por lado), en zona de músculos maseteros todas las noches, durante 30 días	Placebo (20)	Los grupos con CBD demostraron mayor reducción del bruxismo, actividad muscular y del dolor.
Gaffoñto (2016)	Reporte de caso Masculino con esclerosis múltiple (54 años)	Neuralgia del trigémino	THC CBD -	Vía oral: Nabiximols comercial (spray oral) 5 sprays por día.	-	Se relató disminución del dolor provocado por la neuralgia del trigémino.
Torabi (2024)	EC simple ciego randomizado controlado N=22 (18 a 24 años)	Control de biofilm oral	CBD (12)	Tópico intraoral: caramelos experimentales con sabor a cereza (300 mg CBD) 1 por noche por 15 días.	Placebo (10)	Se observó una disminución significativa en los niveles de <i>S. mutans</i> en el grupo con CBD.
Jirasek (2024)	EC doble ciego randomizado controlado N= 90 (36 a 65 años)	Control de biofilm oral	CBD (30)	Tópico intraoral: Gel 1-1,5 mL durante 5 minutos los días 0, 14, 28 y 56. Y pasta dental de uso diario, ambos con CBD al 1%.	Placebo (30) Clorhexidina (30)	El grupo con CBD demostró mayor reducción de biofilm y mejora de la salud de los tejidos periodontales.

EC: estudio clínico; CBD: cannabidiol; CBDA: ácido cannabidiólico; CBV: cannabivarina; CBN: cannabinoil THC: delta-9-tetrahidrocannabinol.

de administración y la presentación de los preparados. Los tiempos de aplicación de las terapéuticas variaron entre una dosis única, hasta la aplicación durante 56 días desde el inicio del tratamiento para los estudios clínicos¹⁵⁻²⁵, mientras que el tiempo de seguimiento para el relato de caso se extendió hasta 12 meses²⁶.

Con respecto al grupo control, cuatro estudios (33.3%) utilizaron placebo y un control positivo (una medicación de eficacia comprobada para la patología analizada)^{15,20-22}, cinco estudios (41.6%) utilizaron solamente placebo^{16-18,23,24}, un estudio (8.3%) utilizó solamente como control una medicación de eficacia comprobada¹⁹, mientras que dos estudios (16.6%) no utilizaron grupo control^{25,26}. Los resultados obtenidos fueron diversos dependiendo de la patología analizada, las dosis y el método de evaluación seleccionado. La *Tabla I* muestra un resumen de los resultados más relevantes en los estudios incluidos.

Discusión

Es bien conocido el uso de los cannabinoides y sus derivados como agentes terapéuticos para diferentes afecciones y patologías a nivel sistémico. Sin embargo, en odontología, su uso ha cobrado relevancia en los últimos años, siendo por este motivo mucho más escasa la evidencia que respalda su eficacia. La mayoría de los estudios publicados son de tipo laboratorial, por lo que el presente trabajo se centró en estudios con participación de seres humanos, a modo de poder analizar la información con el mejor grado de evidencia publicado a la fecha.

Es interesante destacar que la mayoría de los estudios clínicos analizados utilizaron a los cannabinoides para el manejo del dolor. Se reportó el uso de extractos, ya sean comerciales o experimentales, los cuales fueron aplicados sistémicamente mediante administración oral para el control del dolor post extracción de terceros molares^{20,21}, durante el tratamiento endodóntico de las piezas dentarias¹⁸, en situaciones de urgencia por dolor agudo de origen dental¹⁷, en pacientes con diagnóstico de síndrome de boca ardiente²⁵ y para pacientes con dolor neuropático de difícil tratamiento como la neuralgia del trigémino²⁶.

Debido a las diferentes condiciones y dosificaciones utilizadas, no es posible establecer un consenso acerca de la efectividad de los diferentes cannabinoides utilizados por vía sistémica, ya que en algunos casos el uso de fitocannabinoides resultó efectivo^{17,25,26}, pero en un estudio no se reportó una ventaja para el control del dolor frente a los grupos control y placebo¹⁸. Podemos destacar el hecho que en los únicos dos estudios que se utilizaron cannabinoides sintéticos (GW842166 y AZD1940), no se demostró efectividad para el control del dolor^{20,21}.

Para el manejo del dolor también fueron utilizados los cannabinoides pero mediante su aplicación tópica en pacientes con úlceras aftosas recurrentes²², pacientes con dolor de origen miofascial^{23,24} y como analgésico durante la extracción de terceros molares¹⁹. Al contrario de lo relatado para el uso sistémico, la aplicación tópica resultó ser efectiva para el manejo del dolor en todos los estudios analizados, en donde fueron utilizados fitocannabinoides (principalmente CBD) en forma de crema o gel tanto comerciales como experimentales^{19,22-24}. Según lo relatado en la literatura, la vía de administración más utilizada de los cannabinoides como agentes terapéuticos es la sistémica, ya sea suministrado vía pulmonar o vía digestiva²⁷. Sin embargo, según los estudios encontrados en la presente revisión, parece que en odontología la forma de aplicación tópica podría ser una alternativa viable y efectiva.

Solamente dos estudios analizaron el uso de los cannabinoides como agente antimicrobiano, ambos mediante la aplicación de cannabinoides por vía tópica^{15,16}. En uno de los estudios se les indicó a los participantes caramelos con CBD, demostrando la reducción en el recuento de *Streptococcus mutans* en comparación con el grupo placebo¹⁶. En el segundo estudio, se les indicó a los participantes el uso de un gel y pasta dental con CBD para realizar su higiene dental diaria, encontrando una reducción en el recuento de *Porphyromonas gingivalis* y con ello del estado de salud de los tejidos periodontales, en comparación con el grupo placebo y con resultados comparables al del control positivo con clorhexidina, el cual es considerado un antimicrobiano de referencia en el área odontológica¹⁵. Destacar que ambos microorganismos mencionados están vincu-

lados a las dos enfermedades bucales más prevalentes a nivel mundial como son la caries dental (*S. mutans*) y la enfermedad periodontal (*P. gingivalis*)²⁸. Estos datos han sido relatados de manera *in vitro* sugiriendo una alteración en la estructura de dichos microorganismos¹².

Algunos estudios clínicos incluidos en la presente revisión analizaron secundariamente la repercusión de los cannabinoides en los niveles de ansiedad de los pacientes, con resultados favorables^{18,25}. Diversos estudios clínicos confirman estos hallazgos, reportando la efectividad del CBD en el control de la ansiedad²⁹⁻³¹. Por esto, podría ser útil como alternativa a la medicación convencional para el control de la ansiedad, por ejemplo para pacientes en donde la consulta odontológica representa una situación de estrés, usándose como ansiolítico antes de concurrir a la misma. Esto podría llevar a un aumento en la cooperación del paciente, fortalecer el vínculo con el profesional y al mismo tiempo, producir un estímulo en el sistema inmunológico ya que los cannabinoides actuarían con anticipación para lograr la homeostasis de funciones corporales, preparando el organismo antes de una intervención^{32,33}.

Con un objetivo similar, se podrían utilizar a los cannabinoides para el tratamiento del bruxismo, ya que los cannabinoides podrían actuar disminuyendo los niveles de estrés y ansiedad del paciente, produciendo una relajación muscular, disminución de la actividad muscular, mejora en la calidad del sueño (en caso del bruxismo nocturno), además de actuar como analgésico en caso de dolor, ya sea de origen muscular o dental^{22,23,33}. Es importante destacar que en estas patologías actúa como un coadyuvante, no sustituyendo otras terapéuticas como por ejemplo la confección de dispositivos ortopédicos de estabilización, sugerencias dietarias y de hábitos³⁴.

Los productos comercialmente disponibles con contenido de cannabinoides aún son pocos y varían según el país o región por lo que es importante tener en cuenta la información con respecto a su composición (principio activo, concentración, vía de administración) al momento de analizar una posible aplicación clínica. En Uruguay, su comercialización puede ser exclusivamente ante receta profesional o

pueden ser de compra libre en farmacias. Cabe destacar que muchas de las condiciones evaluadas con tratamiento mediante el uso de cannabinoides aún no están estandarizadas y totalmente validadas³⁵⁻³⁷. Pero, se debe mencionar que la medicina convencional ha relatado presentar más efectos indeseados o adversos que la medicina basada en extractos de plantas^{38,39} y a pesar de que aún existe escasa evidencia clínica y que no todos los estudios en seres humanos publicados detallan exhaustivamente la información sobre la terapéutica empleada y sus posibles efectos adversos, el cannabis como medicina en odontología podría considerarse una alternativa válida y se debería continuar desarrollando estudios en el área^{12,13}. En este aspecto, algunos autores han descrito en el campo médico la disminución en la prescripción y uso de terapias convencionales y en algunos casos su completa sustitución por una terapia basada en cannabinoides^{40,41}.

La regularización del uso medicinal de los cannabinoides en diversos países del mundo podría impulsar su aplicación terapéutica en el campo de la odontología⁴². En Uruguay, existe una legislación que regula el acceso a derivados de cannabis medicinal tanto en el campo recreativo como medicinal⁴³, por lo que actualmente representa una alternativa válida al momento de tratar algunas enfermedades sistémicas, especialmente en el campo de la medicina^{44,47}, donde ya hace algunos años se prescribe como terapéutica.

Por esto, es necesaria la discusión acerca de la posibilidad de su aplicación como terapéutica en nuestro país, que permita a los profesionales la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica disponible. Se sabe que para un correcto manejo y prescripción de la terapia cannabinoide es necesaria su personalización⁴⁸, la cual varía dependiendo de múltiples factores como ser el estado de salud del paciente, condiciones y naturaleza de la patología presente, prescripción de otros medicamentos, así como también del producto al cual se accede³⁵.

Es importante que el odontólogo reciba una formación apropiada para la prescripción de derivados de cannabis medicinal⁴⁹. Además, son necesarios más estudios que evalúen las diversas posibilidades

que ofrecen los cannabinoides en el campo odontológico, por lo que las instituciones educativas y sanitarias deberán adquirir un rol activo en el fomento de la investigación científica que genere evidencia de calidad a modo de sustentar dichas terapéuticas⁵⁰. Los trabajos llevados adelante, deberán ser rigurosos en cuanto a su metodología y especificar adecuadamente la información acerca de la terapéutica cannabinoide utilizada, como ser la composición completa, componente activo, origen (experimental o comercial), dosis, y que exista un control de calidad de los productos, ya que no todos los trabajos lo relatan, siendo esto una de las principales limitaciones de los datos hallados en la literatura¹².

Conclusiones

La evidencia disponible sobre los cannabinoides y sus posibilidades terapéuticas en diferentes condiciones de la región orofacial aún es escasa pero se muestra prometedora. Son necesarios más estudios que evalúen aspectos clínicos de presentaciones, dosificación y de las diferentes formulaciones químicas que permite esta nueva herramienta terapéutica. Además, es pertinente la formación y actualización de los odontólogos sobre el nuevo campo terapéutico que plantea la incorporación de los derivados del cannabis en la prevención de las patologías de la cavidad bucal y su tratamiento.

Referencias bibliográficas

- Pratt M, Stevens A, Thuku M, Butler C, Skidmore B, Wieland LS, et al. Beneficios y daños del cannabis medicinal: una revisión exploratoria de las revisiones sistemáticas. *Syst Rev*. 2019;8(1):320. doi:10.1186/s13643-019-1243-x
- Radwan MM, Chandra S, Gul S, ElSohly MA. Cannabinoids, phenolics, terpenes and alkaloids of cannabis. *Molecules*. 2021;26(9):2774. doi:10.3390/molecules26092774
- Lowe H, Toyang N, Steele B, Bryant J, Ngwa W. The endocannabinoid system: a potential target for the treatment of various diseases. *Int J Mol Sci*. 2021;22(17):9472. doi:10.3390/ijms22179472
- MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med*. 2018;49:12-19. doi:10.1016/j.ejim.2018.01.004
- Mederos M, Francia A, Chisini LA, Grazioli G, Andrade E. Influencia del consumo de cannabis en la enfermedad periodontal: una scoping review. *Odontostomatol*. 2018;20(31):4-15. doi:10.22592/ode2018n31a2
- Chisini LA, Cademartori MG, Francia A, Mederos M, Grazioli G, Conde MCM, et al. Is the use of cannabis associated with periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *J Periodontol Res*. 2019;54(4):311-317. doi:10.1111/jre.12639
- Cretu B, Zamfir A, Bucurica S, Scheau AE, Savulescu Fiedler I, Caruntu C, et al. Role of cannabinoids in oral cancer. *Int J Mol Sci*. 2024;25(2):969. doi:10.3390/ijms25020969
- Helmi M, Aldawood A, AlOtaibi M, Alnasser E, AlSubaie A, Aldosari M. Oral health status among recreational cannabis users in the USA: a NHANES-based cross-sectional study. *Saudi Dent J*. 2024;36(4):596-602. doi:10.1016/j.sdentj.2024.01.015
- Yoshida R, Ohkuri T, Jyotaki M, Yasuo T, Horio N, Yasumatsu K, et al. Endocannabinoids selectively enhance sweet taste. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(2):935-939. doi:10.1073/pnas.0912048107
- Beneng K, Renton T, Yilmaz Z, Yiangou Y, Anand P. Cannabinoid receptor CB1-immunoreactive nerve fibres in painful and non-painful human tooth pulp. *J Clin Neurosci*. 2010;17(11):1476-1479. doi:10.1016/j.jocn.2010.04.005
- Borsani E, Majorana A, Cocchi MA, Conti G, Bona-deo S, Padovani A, et al. Epithelial expression of vanilloid and cannabinoid receptors: a potential role in burning mouth syndrome pathogenesis. *Histol Histopathol*. 2014;29(4):523-533. doi:10.14670/HH-29.10.523
- Mederos M, Francia A. Medicina cannabinoide en el territorio orofacial: estado actual y perspectivas a futuro. *Odontol Sanmarquina*. 2023;26(4):e26154. doi:10.15381/os.v26i4.26154
- David C, Elizalde-Hernández A, Barboza AS, Cardoso GC, Santos MBF, Moraes RR. Cannabidiol in dentistry: a scoping review. *Dent J (Basel)*. 2022;10(10):193. doi:10.3390/dj10100193
- Mederos M, Grazioli G. Biomateriales con el agregado de cannabinoides para uso odontológico. *Rev Med Urug*. 2024;40(3):e901. doi:10.29193/rmu.40.3.10
- Jirasek P, Jusku A, Frankova J, Urbankova M, Diabelko D, Ruzicka F, et al. Phytocannabinoids and gingival inflammation: preclinical findings and a placebo-controlled double-blind randomized clinical trial with cannabidiol. *J Periodontol Res*. 2024;59(3):468-479. doi:10.1111/jre.13234
- Torabi J, Luis HPS, Mkrtchyan G, Alavijeh SD, Dezfoli S, Hurlbutt M. Antimicrobial effects of cannabidiol (CBD)-infused lozenges against *Streptococcus mutans* in oral health. *Braz Dent J*. 2024;35:e24-5988. doi:10.1590/0103-644020245988

17. Chrepa V, Villasenor S, Mauney A, Kotsakis G, Macpherson L. Cannabidiol as an alternative analgesic for acute dental pain. *J Dent Res.* 2024;103(3):235-242. doi:10.1177/00220345231200814
18. de Andrade Silva S, Velozo C, de Almeida Souto Montenegro L, de Sousa WV, da Cunha Isaltino M, et al. Effect of preoperative oral cannabidiol-rich cannabis extract on anxiety and postoperative pain after endodontic treatment: a double-blind randomized clinical trial. *J Endod.* 2024;50(12):1698-1704. doi:10.1016/j.joen.2024.10.010
19. Puišys A, Auzbikaviciute V, Kubilius R, Linkevičius R, Razukevičius D, Linkevicius T. Postoperative healing assessment using cannabinoids in oral surgery. *Stomatologija.* 2019;18(4):1-7
20. Ostenfeld T, Price J, Albanese M, Bullman J, Guillard F, Meyer I, et al. A randomized, controlled study to investigate the analgesic efficacy of single doses of the cannabinoid receptor-2 agonist GW842166, ibuprofen or placebo in patients with acute pain following third molar tooth extraction. *Clin J Pain.* 2011;27(8):668-676. doi:10.1097/AJP.0b013e318219799a
21. Kalliomäki J, Segerdahl M, Webster L, Reimfeldt A, Huijar K, Annas P, et al. Evaluation of the analgesic efficacy of AZD1940, a novel cannabinoid agonist, on postoperative pain after lower third molar surgical removal. *Scand J Pain.* 2013;4(1):17-22. doi:10.1016/j.sjpain.2012.08.004
22. Umpreecha C, Bhalang K, Charnvanich D, Luckanagul J. Efficacy and safety of topical 0.1% cannabidiol for managing recurrent aphthous ulcers: a randomized controlled trial. *BMC Complement Med Ther.* 2023;23(1):57. doi:10.1186/s12906-023-03886-0
23. Nitecka-Buchta A, Nowak-Wachol A, Wachol K, Walczyńska-Dragon K, Olczyk P, Batoryna O, et al. Myorelaxant effect of transdermal cannabidiol application in patients with TMD: a randomized, double-blind trial. *J Clin Med.* 2019;8(11):1886. doi:10.3390/jcm8111886
24. Walczyńska-Dragon K, Kurek-Górecka A, Niemczyk W, Nowak Z, Baron S, Olczyk P, et al. Cannabidiol intervention for muscular tension, pain, and sleep bruxism intensity: a randomized, double-blind clinical trial. *J Clin Med.* 2024;13(5):1417. doi:10.3390/jcm13051417
25. Gambino A, Cabras M, Panagiotakos E, Calvo F, Macciotta A, Cafaro A, et al. Evaluating the suitability and potential efficiency of Cannabis sativa oil for patients with primary burning mouth syndrome: a prospective, open-label, single-arm pilot study. *Pain Med.* 2021;22(1):142-151. doi:10.1093/pm/pnaa318
26. Gajofatto A. Refractory trigeminal neuralgia responsive to nabiximols in a patient with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2016;8:64-65. doi:10.1016/j.msard.2016.05.004
27. Farokhnia M, McDiarmid GR, Newmeyer MN, Munjal V, Abulseoud OA, Huestis MA, et al. Effects of oral, smoked, and vaporized cannabis on endocrine pathways related to appetite and metabolism: a randomized, double-blind, placebo-controlled, human laboratory study. *Transl Psychiatry.* 2020;10(1):71. doi:10.1038/s41398-020-0756-3
28. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249-260. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
29. Bergamaschi MM, Queiroz RH, Chagas MH, de Oliveira DC, De Martinis BS, Kapczinski F, et al. Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(6):1219-1226. doi:10.1038/npp.2011.6
30. Martin EL, Strickland JC, Schlienz NJ, Munson J, Jackson H, Bonn-Miller MO, et al. Antidepressant and anxiolytic effects of medicinal cannabis use in an observational trial. *Front Psychiatry.* 2021;12:729800. doi:10.3389/fpsy.2021.729800
31. Lin CS, Wu SY, Yi CA. Association between anxiety and pain in dental treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2017;96(2):153-162. doi:10.1177/0022034516678168
32. Sermet S, Li J, Bach A, Crawford RB, Kaminski NE. Cannabidiol selectively modulates interleukin (IL)-1 β and IL-6 production in toll-like receptor activated human peripheral blood monocytes. *Toxicology.* 2021;464:153016. doi:10.1016/j.tox.2021.153016
33. Shebaby W, Saliba J, Faour WH, Ismail J, El Hage M, Daher CF, et al. In vivo and in vitro anti-inflammatory activity evaluation of Lebanese Cannabis sativa L. ssp. indica (Lam.). *J Ethnopharmacol.* 2021;270:113743. doi:10.1016/j.jep.2020.113743
34. Rodríguez Figueroa LA, Stefanelli L, Riva Bernasconi R. Efecto comparativo de la actividad física aeróbica y los dispositivos ortopédicos estabilizadores en el dolor orofacial de origen musculoesquelético en individuos con trastornos temporomandibulares. *Odontoestomatol.* 2020;22(36):15-23. doi:10.22592/ode2020n36a3

35. Klieger SB, Gutman A, Allen L, Pacula RL, Ibrahim JK, Burris S. Mapping medical marijuana: state laws regulating patients, product safety, supply chains and dispensaries, 2017. *Addiction*. 2017;112(12):2206-2216. doi:10.1111/add.13910
36. Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC. The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111(40):665-673. doi:10.3238/arztebl.2014.0665
37. Bulanda S, Ilczuk-Ryputa D, Nitecka-Buchta A, Nowak Z, Baron S, Postek-Stefańska L. Sleep bruxism in children: etiology, diagnosis, and treatment—a literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9544. doi:10.3390/ijerph18189544
38. Xiong X, Wang P, Su K, Cho WC, Xing Y. Chinese herbal medicine for coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacol Res*. 2020;160:105056. doi:10.1016/j.phrs.2020.105056
39. Rosenberg CR, Fang X, Allison KR. Potentiating aminoglycoside antibiotics to reduce their toxic side effects. *PLoS One*. 2020;15(9):e0237948. doi:10.1371/journal.pone.0237948
40. Corroon J, Sexton M, Bradley R. Indications and administration practices amongst medical cannabis health-care providers: a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):174. doi:10.1186/s12875-019-1059-8
41. Rosenthal MS, Pipitone RN. Demographics, perceptions, and use of medical marijuana among patients in Florida. *Med Cannabis Cannabinoids*. 2020;4(1):13-20. doi:10.1159/000512342
42. Ministerio de Salud/Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Resolución RDC N°660, del 30 de marzo de 2022.
43. Notejane M, Zunino C, Rodríguez A, Speranza N, Giachetto G, Bernadá M, et al. Derivados cannábicos para uso medicinal en niños y adolescentes: aportes para un uso responsable y seguro. *Arch Pediatr Urug*. 2018;89(3):187-193. doi:10.31134/ap.89.3.6
44. Galzerano Guida J, Orellana Navone CC, Ríos Pérez D, Coitiño González AL, Mariano P, Ramos V. Cannabis medicinal como recurso terapéutico. *Rev Med Urug*. 2019;35(4):289-297. doi:10.29193/rmu.35.4.5
45. Areosa M, Argañaraz M, Garrone N, Jeldres C, Legelen A, Pose B, et al. Farmacovigilancia activa y caracterización de una población de uruguayos usuarios de derivados de cannabis medicinal. *Bol Farmacol*. 2018;9(4). Disponible en: https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/images/2018/2018-4/6_farmacovigilancia_activa_y_caracterizacin_de_una_poblaci_n_de_uruguayos_usuarios_de_derivados_de_cannabis_medicinal.pdf
46. De Santis A, Wood I, Galarraga F, Jara J, Mansilla S, Tamosiunas G, et al. ¿Quiénes prescriben cannabis medicinal en Uruguay?: estudio preliminar sobre actitudes y conocimientos de los prescriptores. *Anfamed*. 2025;12(1):e205. doi:10.25184/anfamed2025v12n1a8
47. Galzerano J, Ríos MD, Velázquez PM. Beneficio clínico del tratamiento con cannabinoides para el dolor crónico no oncológico. *Rev Med Urug*. 2023;39(3):e201. doi:10.29193/rmu.39.3.1
48. Zeng L, Lytvyn L, Wang X, Kithulegoda N, Agterberg S, Shergill Y, et al. Values and preferences towards medical cannabis among people living with chronic pain: a mixed-methods systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(9):e050831. doi:10.1136/bmjopen-2021-050831
49. Evanoff AB, Quan T, Dufault C, Awad M, Bierut LJ. Physicians-in-training are not prepared to prescribe medical marijuana. *Drug Alcohol Depend*. 2017;180:151-155. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.08.010
50. Piovesan Suárez S. Un acercamiento a la situación de la salud bucal en Uruguay. *Odontol Sanmarquina*. 2020;23(3):333-340. doi:10.15381/os.v23i3.18134