

UNIVERSIDAD DE BARCELONA — FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA
CATEDRA DE PROTESIS ESTOMATOLOGICA 2.º

ANESTESIA LOCAL EN ESTOMATOLOGIA

por el

Dr. EDUARDO CADAFALECH GABRIEL

Profesor Encargado

TARRASA (BARCELONA)

La importancia que tiene en todas las especialidades estomatológicas poder realizar los diferentes trabajos sobre regiones anestesiadas, tanto para tranquilidad del paciente como para mejor seguridad en el profesional, nos ha llevado a sistematizar las diferentes técnicas, según las regiones anatómicas sobre las que actuamos.

No es conveniente la anestesia general, porque de hacerlo debe ser en un quirófano, lo cual nos quita agilidad para el uso del instrumental a que estamos acostumbrados. Será difícil que en un quirófano podamos disponer de turbinas, micromotor, vibrador de amalgama o bruñidores, por ejemplo.

En muchas ocasiones debemos realizar trabajos prolongados, especialmente en cirugía, parodoncia y rehabilitación. Para ellos necesitamos una anestesia de larga duración. Frecuentemente vamos a emplear la anestesia regional que reúne estas condiciones.

También debemos recordar que al anestesiar el fondo del vestíbulo, es más fácil que la anestesia se difunda hacia los tejidos blandos (labios, mejillas) que hacia la encía adherida, donde encontrará más resistencia de penetración.

De preferencia, usaremos anestesia regional. Ello nos dará las siguientes ventajas sobre la anestesia por infiltración: mejor anestesia, más duración de la misma, más profundidad y mayor extensión de la zona anestesiada.

MAXILAR SUPERIOR

Para el maxilar superior se puede hacer una anestesia regional a nivel del suborbitario, en el palatino anterior, en el palatino posterior y en la tuberosidad del maxilar.

Suborbitario: nos da una anestesia de toda la zona vestibular, desde los incisivos centrales, hasta el primer molar. Pero debemos tener en cuenta que a nivel de los centrales y el premolar, estamos en los límites de dicha zona, donde existen anastómosis que precisa bloquear para lograr una buena anestesia.

También en las zonas profundas del maxilar superior, a nivel de la zona que va del central al primer molar, hay anastómosis con el palatino anterior y con el esfenopalatino y su unión es a nivel del conducto palatino anterior.

Por tanto, si queremos una buena anestesia regional de los incisivos centrales y laterales, conviene infiltrar los suborbitarios de ambos lados. Como también poner medio centímetro cúbico de anestesia en el conducto palatino anterior, a unos dos centímetros de su trayecto, después de entrar en el orificio palatino anterior, para alcanzar la anastómosis con el esfenopalatino.

Si vamos a intervenir sobre un canino. Bastará el suborbitario correspondiente, el palatino anterior e infiltrar ligeramente la línea media, para desensibilizar la anastómosis del lado contrario.

Para los premolares superiores hay que proceder a la anestesia del nervio alveolar medio. No es una verdadera anestesia regional, ya que es un haz terminal que emerge a través de la criba ósea situada a nivel de los ápices de los bicúspides.

El primer bicúspide recibe inervación también del nervio alveolar anterior, así como el segundo bicúspide acostumbra a recibirla del nervio alveolar o dental posterior superior.

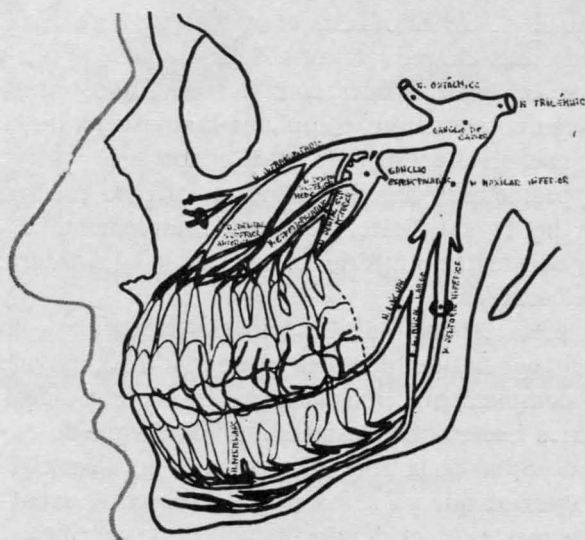
La anestesia del primer molar superior corresponde al nervio alveolar medio. Pero la raíz palatina casi siempre está inervada por el palatino posterior. Por ello no es posible una anestesia regional de este molar; para actuar sobre el mismo, precisa anestesiar el alveolar medio y el palatino posterior.

Para los dos últimos molares superiores, podemos conseguir una buena anestesia infiltrando a nivel del orificio palatino posterior; se halla situado a 1 cm. por encima de la línea amelodentinal del segundo

molar superior y sigue una dirección ántero-posterior y ligeramente oblicua en sentido palatino-vestibular.

Si con una aguja fina profundizamos 1 cm. a través del conducto palatino posterior, conseguimos anestesiar el nervio alveolar posterior que inerva estos dos últimos molares y parte del primer molar.

También podemos conseguir la anestesia del alveolar posterior, infiltrando la zona de la tuberosidad del maxilar superior. Para esta técnica se introduce la aguja en el fondo del vestíbulo del maxilar superior, por debajo del arco cigomático en sentido ántero-posterior y ligeramente de abajo arriba; una vez sorteado el arco cigomático y haber progresado aproximadamente 1 cm., dirigimos la aguja hacia



dentro y más hacia arriba, rozando la zona de la tuberosidad. Hay que tener presente en esta fosa pterigomaxilar, que alcanzamos la existencia de un plexo venoso, el pterigomaxilar. Por ello se recomienda el uso de agujas finas, porque de lesionar dicho plexo con una aguja de regular calibre se produce un hematoma que es desagradable por su espectacular formación y lenta reabsorción.

MAXILAR INFERIOR

Para la anestesia de los dientes inferiores tendremos en cuenta que la inervación de los mismos corresponde a la rama inferior del trigémino,

que se divide en dentario inferior, lingual y bucal antes de llegar a la espina de Spix.

El dentario inferior entra en el conducto del mismo nombre a nivel de la espina de Spix. Antes, se ha separado el lingual, que se dirige hacia abajo y hacia adentro; y del bucal, que se dirige hacia fuera, para entrar en el fondo del vestíbulo por la parte posterior.

Parte del dentario inferior sale por el agujero mentoniano para inervar la zona anterior del vestíbulo. En la línea media se anastomosa con el lado contrario.

A nivel de los caninos inferiores, la lámina externa tiene una estructura cribosa, por la que salen terminaciones nerviosas del dentario inferior. De ello resulta que para anestesiar los dientes inferiores, desde los caninos de un lado hasta el otro lado, basta infiltrar esta zona cribosa de las fosas caninas de ambos lados, para poder operar sobre los incisivos y sólo precisa anestesiar por vestíbulo.

Para los caninos podemos completar la anestesia de la fosa canina, con la anestesia a nivel del orificio mentoniano.

Para los premolares basta infiltrar el orificio mentoniano correspondiente. Si no es suficiente, podemos complementarla con la anestesia regional del dentario inferior a nivel de la cara interna de la rama ascendente del maxilar.

Para los molares del maxilar inferior, la mejor y más duradera anestesia es la regional del dentario inferior a nivel de la misma espina de Spix, que complementaremos infiltrando la rama bucal de su bifurcación. Debemos hacer una anestesia alta, casi a medio cm. por encima de la espina de Spix. Si la anestesia es baja, no alcanzaremos la rama del dentario inferior que ya se ha introducido en el canal del mismo y sólo logramos anestesiar el nervio lingual, de lo que nos damos cuenta por producir hemianestesia de la lengua, sin anestesiar el labio.

Esta técnica regional debemos completarla con la de la rama bucal. Si hemos hecho una anestesia alta, es posible dejar anestesiada la rama bucal. Si no la hemos alcanzado, podemos localizarla en el fondo del vestíbulo, en la parte más posterior del maxilar inferior.

Con ello hemos descrito, esquemáticamente, la forma de anestesiar cada diente o grupos de dientes de ambos maxilares.