

180
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

TECNICAS DE BLOQUEO.

TESIS PARA OBIENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA.

PRESENIA: ROBERTA MORALES REZA.

MEXICO D.F.

1 9 9 1.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. GENERALIDADES	3
I.1. DESCRIPCION TOPOGRAFICA DEL MAXILAR .	3
I.2. DESCRIPCION TOPOGRAFICA DE LA MANDI- BULA	4
I.3. DESCRIPCION TOPOGRAFICA DEL NERVIIO - TRIGEMINO	5
CAPITULO II. INYECCION SUPRAPERIOSTICA	8
II.1 NERVIIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR	8
II.2 NERVIIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO	8
II.3 NERVIIO ALVEOLAR SUPEROANTERIOR	9
II.4 INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES	9
II.5 INCISIVOS LATERALES SUPERIORES	10
II.6 CANINOS. SUPERIORES	10
II.7 PRIMER PREHOLAR SUPERIOR	11
II.8 SEGUNDO PREHOLAR Y RAIZ MESIAL DEL - PRIMER MOLAR SUPERIOR	11
II.9 INCISIVOS INFERIORES	11
CAPITULO III. BLOQUEO TRONCULAR	13
III.1 INYECCION CIGOMATICA	13
III.2 INYECCION INFRAORBITARIA	14
III.3 INYECCION MANDIBULAR	15
III.4 INYECCION MENTONIANA	16
III.5 INYECCION BUCAL	17
III.6 INYECCION LINGUAL	17

CAPITULO IV. ANESTESIA DE LOS NERVIOS PALATINOS	19
IV.1 INYECCION NASOPALATINA	19
IV.2 INYECCION PALATINA POSTERIOR	20
IV.3 INYECCION PALATINA PARCIAL	21
CAPITULO V. ACCIDENTES	22
V.1 DOLOR	22
V.2 LIPOTIMIA, Y SINCOPEN	23
V.3 SHOCK	24
V.4 CAIDA DEL PARIADO	25
V.5 PARESTESIA	25
V.6 HEMATOMA	26
V.7 IZQUEQUIA	27
V.8 ANESTESIA DE ORGANOS VECINOS	27
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29

Doy gracias a DIOS por la vida y por todo cuanto me há dado.

Con cariño a mis padres GREGORIO HORALES E. y SATURNINA REZA A. por su amor y la educación que me dieron sin escatimar esfuerzos.

A mis hermanos Francisco, Artemio, Gregorio, Norma, Evaristo y Ana Lilia. Por el cariño, apoyo y comprensión que en todo momento me han brindado.

A mi esposo ANTONIO DEL ANGEL H. Que con su apoyo, ayuda, amor y confianza me há motivado a seguir adelante.

A mis hijas Diana Celina e Iris. Por su comprensión y paciencia y porque a pesar de su corta edad me han alentado para terminar mi carrera.

A todos los familiares que de ningún modo me han impulsado a seguir.

A todos mis amigos, a quienes no menciono por no hacer omisiones por la amistad que me brindan y por su apoyo moral.

A todos mis maestros desde mis primeras letras hasta mis estudios profesionales por su paciencia y por los conocimientos que gracias a ellos obtuve.

Al doctor Victor Manuel Barrios por darnos su tiempo, paciencia y conocimientos.

Al doctor Belmont y al doctor Ríos por darnos su tiempo y conocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y

A la Facultad de Odontología.

INTRODUCCION

El uso de los anestésicos locales há sido de gran utilidad tanto en la medicina general como en la práctica odontológica. Desde tiempos remotos se buscaron métodos para evitar el dolor durante el tratamiento de las afecciones bucales, hoy en día existe una amplia gama de anestésicos, tanto generales como locales, en odontología los más usados son los anestésicos locales debido a su fácil manejo en el consultorio.

La aplicación de anestesia nos brinda mejores condiciones para trabajar y a nuestro paciente le ahorra dolor y muchas molestias.

Para obtener mejores resultados es necesario tener presente :

- 1) Los conocimientos en anatomía, fisiología y farmacología,.
- 2) Destreza en el uso del instrumental y material adecuado,
- 3) Considerar cuidadosamente los requerimientos

de cada paciente.

4) Una actitud de firmeza y confianza frente al paciente.

Tomando en cuenta que el paciente asista a la consulta en busca de alivio al dolor que padece y en vista de que las inyecciones de cualquier tipo son bastante desagradables y más aún las que se aplican en la cavidad bucal, debemos tratar de causar la menor molestia posible y disminuir así la tensión emocional que lleva el paciente por lo general al asistir al consultorio dental.

CAPITULO I

GENERALIDADES

En éste capítulo haremos una pequeña descripción de los huesos que contienen los órganos dentarios y del nervio trigémino que inerva al aparato masticador.

1.1 DESCRIPCION TOPOGRAFICA DEL MAXILAR

Hueso par plano. Presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

CARA INTERNA. Presente una apófisis palatina que forma parte del piso de las fosas nasales y de la bóveda palatina, existe un surco que con el del otro maxilar, origina el conducto palatino anterior.

CARA EXTERNA. Presenta una foseta mirtiliforme limitada por la giba canina por detrás de ésta se encuentra la apófisis piramidal, se articula con el malar y forma parte del piso de la órbita y lleva un canal o conducto suborbitario.

BORDE ANTERIOR. Forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba el borde anterior de la apófisis ascendente.

BORDE POSTERIOR. Constituye la tuberosidad del maxilar, forma la pared anterior de las fosa pterigomaxilar y presenta rugosidades para la apófisis orbitaria del palatino, su articulación con la apófisis piramidal del palatino y la apófisis pterigoides forma el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

BORDE SUPERIOR. Limita la pared inferior de la órbita. Se articula con el unguis, etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

BORDE INFERO-ALVEOLAR. Presenta los alveolos que alojan las raíces de los dientes, dichos alveolos se encuentran separados por tabiques óseos o apófisis interdientaria.

1.2 DESCRIPCIÓN TOPOGRÁFICA DE LA MANDÍBULA

Hueso impar situado en la parte inferior de la cara. Está formado por un cuerpo y dos ramas, es el único hueso móvil de la cara.

CUERPO. Tiene forma de herradura. Su cara anterior presenta en la línea media. La sinfisis mentoniana. Hacia atrás el agujero mentoniano y la línea oblicua externa.

En su cara interna cerca de la línea media presenta

las apófisis geni, hacia abajo y adelante está la línea oblicua interna o milohioides. Por encima de ésta a un lado de las apófisis geni está la fosa sublingual que aloja a la glándula del mismo nombre. Por debajo de dicha línea está la fosa submaxilar que aloja la glándula submaxilar. El borde inferior es romo, presenta dos fosetas. El borde superior presenta los alveolos dentarios que separados por las apófisis interdientarias alojan a los dientes.

RAMAS. Derecha e izquierda, son verticales de forma cuadrangular, en su cara externa se inserta el músculo masetero. Su cara interna presenta el orificio superior del conducto dentario; presenta también en su parte media la espina de Spix.

BORDE SUPERIOR. Dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante, el posterior liso y obtuso, se relaciona con la glándula parótida. El superior posee una escotadura sigmoides entre la apófisis coronoides, por delante y el cóndilo hacia atrás, éste es de forma elipsoidal se articula con la cavidad glenoides del temporal. El borde inferior forma el ángulo de la mandíbula o GONION.

1.3 DESCRIPCIÓN TOPOGRÁFICA DEL NERVIIO TRIGEMINO

Es un nervio-mixto formado por una raíz sensitiva

y una motora, dá sensibilidad a la cara, órbita y fosas nasales y ramas motoras a los músculos masticadores.

Tienen su origen aparente en la protuberancia, y su origen real en el gánglio de Gasser o gánglio semilunar.

Es el nervio craneal de mayor sección, dá origen a tres ramas que son:

EL NERVIO OFTÁLMICO que sale del cráneo a través de la fisura orbitaria superior es exclusivamente sensitivo, inerva la frente, la órbita, la glándula lagrimal y la nariz.

EL NERVIO MAXILAR también es únicamente sensitivo, sale del cráneo a través del agujero redondo mayor, se divide en tres ramas principales; el nervio pterigopalatino, el suborbitario y el cigomático, inerva el paladar duro y blando, las amígdalas, la mucosa gingival, los senos maxilares y los dientes superiores, el párpado inferior, la piel de la nariz y del labio.

EL NERVIO MANDIBULAR. Es un nervio mixto formado por la unión de la raíz motora y la raíz sensitiva; sale del cráneo a través del agujero oval.

Se divide en: nervio bucal que inerva los músculos

masticadores, la mucosa de la mejilla y la encía.

Nervio Auriculotemporal. Inerva en parte la articulación (A.T.H.), oído, región temporal y glándula parótida.

Nervio Lingual. Inerva la lengua, glándulas submaxilares y sublinguales.

Nervio dental. Inferior. Inerva los dientes parcialmente el mentón, el labio y la superficie alveolar.

CAPITULO II

INYECCION SUPRAPERIOSTICA

Se practica para anestesar la arcada superior y los dientes anteriores, de la arcada inferior.

Una vez colocado al paciente en una posición cómoda se realiza la asepsia del área de la inyección con una gasa estéril con isodine o merthiolate y se aplica anestesia tópica cuando há hecho efecto se limpia nuevamente y se aplica la inyección.

II.1 NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR

Inerva el segundo y tercer molares y parte del primero. Esta inyección anestesia el segundo, tercer molar y la raíz distal del primero.

La punción se hace en el fondo de saco en el pliegue mucobucal a nivel del segundo molar, dirigiendo la aguja hacia arriba y atrás, al penetrar la aguja se deposita el anestésico sobre los ápices de las raíces del tercer molar.

II.2 NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO

Está indicada anestesar los dos premolares y la

raíz mesial del primer molar. Se palpa el hueso cuidadosamente para determinar su contorno a fin de colocar la aguja en el sitio adecuado. La punción se hace en el pliegue mucobucal a nivel del primer premolar, dirigiéndose la aguja hacia arriba hasta llegar por encima del ápice de la raíz y se deposita la solución lentamente.

11.3 NERVIOS ALVEOLARES SUPEROANTERIORES

La inyección sobre éste nervio produce anestesia en los incisivos y canino del lado que se inyecta, si se aplica sobre los dos caninos anestesia los seis dientes anteriores.

Su punción se hace en el pliegue mucolabial por el lado mesial del canino. antes de inyectar se debe palpar la zona para introducir la aguja correctamente. Esta debe avanzar hacia arriba y ligeramente hacia atrás, hasta llegar un poco por encima del ápice de la raíz del canino, ahí se deposita lentamente al anestésico.

11.4 INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES

Indicada para anestesiar los incisivos centrales con fines operatorios.

La punción se hace sobre el incisivo que se desea

anestesiar, dirigiendo la aguja hacia arriba y se deposita el anestésico por encima del ápice muy lentamente.

Para lograr una anestesia más profunda, después de haber depositado parte de la solución como se ha mencionado, se retira un poco la aguja y se dirige hacia el ápice del otro incisivo central y se deposita otra parte del anestésico.

II.5 INCISIVOS LATERALES SUPERIORES

Se hace la punción en el pliegue mucolabial a nivel del incisivo lateral que se desea anestesiar, dirigiendo la aguja hacia arriba y ligeramente hacia atrás y se deposita la solución por encima del ápice. Esta técnica está indicada para operatorio en el incisivo lateral.

II.6 CANINOS SUPERIORES

Para anestesiar el canino superior la punción se hace entre las raíces del canino y el incisivo lateral, se introduce la aguja dirigiendole hacia arriba y un poco hacia atrás y se deposita la solución por encima del ápice del canino.

11.7 PRIMER PREMOLAR SUPERIOR

Para anestesiarse el primer premolar, se hace la punción en el pliegue mucolabial a nivel del primer premolar, dirigiendo la aguja hacia arriba y se deposita el anestésico por encima del ápice del diente, está indicada para operatoria.

11.8 SEGUNDO PREMOLAR Y RAIZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR

Para anestesiarse estos dientes se procede de igual manera que para el primer premolar. Solo que la punción se hace a nivel del segundo premolar y la solución, se deposita sobre el ápice del canino.

Para completarse la anestesia del primer molar debe depositarse anestésico sobre las raíces del segundo molar de la forma antes mencionada.

Las técnicas descritas hasta aquí son adecuadas para tratamiento de operatoria dental, para extracciones, cirugía y parodontia, es necesario complementarlas con inyecciones palatinas que se describe en el capítulo siguiente.

11.9 INCISIVOS INFERIORES

En la arcada inferior únicamente los cuatro incisivos

pueden anesthesiarse satisfactoriamente con la técnica suprape-
rióstica, debido a la densidad del tejido óseo.

La punción se hace en el pliegue mucolabial a nivel
de los incisivos dirigiendo la aguja hacia abajo, hasta que
llegue a la punta del ápice.

Para extracciones se debe aplicar también una
inyección lingual.

CAPITULO III

BLOQUEO TRONCULAR

Cuando por alguna razón está contraindicada la inyección suprapariósica, como puede ser, la presencia de infección, o inflamación, o cuando se requiere anestésiar una área extensa; por ejemplo: en cirugía resulta conveniente anestésiar en el tronco nervioso, en vez de sus ramas periféricas, interrumpiendo así la conducción nerviosa y la percepción de dolor.

III.1 INYECCION CIGONATICA

Está indicada para anestésiar los nervios dentales posteriores, proporciona anestesia profunda.

La punción se hace en el punto más alto del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz distal del segundo molar superior, estirando la mejilla hacia arriba y afuera, con el pulgar, con la boca del paciente ligeramente abierta e inclinando la mandíbula hacia el lado de la inyección. Al atravesar la mucosa se deposita una gota de solución, después de unos segundos se hace avanzar la aguja hacia arriba, hacia adentro y atrás y se deposita una gota antes de tocar el periostio, se desliza la aguja a lo largo del periostio, dejando gotas de solución en el trayecto, al perderse el con-

tacto con la curva de la tuberosidad, se deposita lentamente el resto de la solución.

Esta inyección no anestesia por completo al primer molar, se debe completar con una inyección sobre la raíz del segundo premolar, como se há indicado anteriormente.

III.2 INYECCION INFRAORBITARIA

Esta inyección está indicada cuando por inflamación o infección está contraindicada la técnica suprapariética y cuando se hace un tratamiento quirúrgico, como abrir el seno maxilar, extracción de dientes impactados, alveolectomía, etc.

Esta técnica sirve para anestesar los incisivos centrales y laterales, el canino, los premolares y la raíz mesial del primer molar superior.

Por palpación se localiza el agujero infraorbitario, situado inmediatamente por debajo del reborde infraorbitario, en línea vertical con la papila del ojo (si el paciente está mirando al frente), con el agujero mentoniano, el segundo premolar y la escotadura supraorbitaria.

Se coloca suavemente la yema del dedo índice sobre

él, se levanta el labio y la mejilla hacia arriba con el pulgar. Se introduce la aguja en el pliegue mucolabial a nivel del segundo premolar, de forma que su extremidad se dirija hacia la punta del dedo, en cuanto penetra en la mucosa se deposita una gota de solución, luego se desliza la aguja paralela al eje mayor del segundo premolar, hasta que la punta del dedo perciba que la aguja há llegado a éste, entonces se deposita lentamente el anestésico.

Debe medirse la distancia entre el agujero infraorbitario y la cúspide bucal del premolar, para evitar el riesgo de penetrar en la órbita.

III.3 INYECCION MANDIBULAR

Está indicado para anestesiar los dientes de la arcada inferior, excepto los incisivos centrales y laterales ya que también reciben inervación del lado opuesto.

Se coloca el dedo índice sobre la fosa retromolar y la uña sobre la línea milohioidea, desplazando al mismo tiempo el carrillo hacia afuera. Se apoya la jeringa sobre los premolares del lado opuesto y se hace la punción en la mucosa, introduciendo la aguja paralela al plano oclusal de los dientes inferiores en dirección a la rama de la mandíbula y al dedo índice. En cuanto se há penetrado se detiene y se

deposita una gota de anestésico unos segundos, después se desliza la aguja aproximadamente unos 15 mm. hasta sentir la pared del surco mandibular, se deposita parte de la solución anestésica, para anestesiar el nervio lingual, se cambia la dirección de la jeringa apoyandola sobre los molares y premolares del lado inyectado y se desliza suavemente la aguja a lo largo del peristio sobre la escotadura de la espina de Spix y se deposita el resto de la solución.

III.4 INYECCION MENTONIANA

Esta inyección está indicada para operatoria, en premolares, caninos e incisivos, para que la anestesia de los incisivos sea completa se debe anestesiar también el lado opuesto, para efectuar extracciones de éstos dientes, se debe complementar con una inyección lingual.

Se usa cuando el bloqueo completo es innecesario o está contraindicado.

La punción se hace separando la mejilla entre ambos premolares unos 10 mm por fuera del plano bucal de la mandibula, la aguja se dirige hacia abajo y adentro, formando un ángulo de 45° en relación al plano bucal orientandola hacia la raíz del segundo premolar, se deposita una gota de anestésico, se avanza la aguja hasta tocar hueso y se deposita parte

del anestésico, se espera unos segundos y se desliza la aguja hasta que se sienta caer en el agujero mentoniano y se inyecta lentamente el anestésico.

III.5 INYECCION BUCAL

La cara bucal de los molares inferiores, está parcialmente inervada; nervio bucal o bucinador, por lo que algunas veces es necesario complementar la anestesia con una inyección bucal, sobre todo, cuando se trate de extraer los molares o preparación de cavidades por debajo del margen gingival.

La punción se hace en el pliegue bucal, por detrás del molar que se desea anestésicar, dirigiendo la aguja hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta llegar por atrás de las raíces del diente, depositando el anestésico lentamente.

III.6 INYECCION LINGUAL

Algunas veces la inyección mentoniana y mandibular no producen anestesia de los tejidos blandos de la superficie lingual del maxilar inferior, entonces es necesario anestésicar el nervio lingual.

La punción se hace en el mucoperiostio, a nivel del tercio medio de la raíz del diente que se desea anestésicar

y se deposita la solución anestésica lentamente. La anestesia se produce rápidamente.

CAPITULO IV

ANESTESIA DE LOS NERVIOS PALATINOS

La anestesia de los nervios palatinos se realiza generalmente como anestesia de complemento o cierre de circuito, los síntomas de esta anestesia no son muy visibles ya que predomina la anestesia principal.

IV.1. INYECCION NASOPALATINA

Las ramas terminales del nervio nasopalatino intercaladas con algunas ramas terminales del palatino anterior inervan los tejidos blandos del tercio anterior del paladar.

Esta inyección anestesia el mucoperiostio de canino a canino generalmente se usa como complemento en extracciones o intervenciones quirúrgicas.

El bisel de la aguja se coloca en una posición plana sobre la mucosa un poco por fuera de la papila incisiva, se punciona y se deposita una gota de anestésico al atravesar la mucosa unos segundos después se desliza la aguja por debajo de la papila incisiva y se inyecta lentamente 0.5 ml. de la solución aproximadamente a nivel de la entrada del agujero palatino anterior.

Cuando se necesita anestésicar completamente el área del canino se practica una inyección palatina parcial.

IV.2. INYECCION PALATINA POSTERIOR

Esta inyección anestésica los dos tercios posteriores la mucosa palatina del lado inyectado, desde la tuberosidad hasta la región canina.

Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano contra la mucosa del paladar, distalmente al primer molar en posición intermedia entre el margen de la encía y el techo de la boca inclinando la aguja hacia arriba y en sentido distal, advirtiéndole al paciente que sentirá una sensación de presión. Se hace la punción y al atravesar la mucosa se deposita una gota de anestésico se espera unos segundos y enseguida se hace avanzar la aguja unos milímetros se deposita otra gota, se continúa este procedimiento hasta que la aguja haya penetrado el tejido fibroso duro, entonces se inyecta la solución anestésica. Generalmente con 0.5 ml. es suficiente.

Se inyecta una cantidad excesiva de anestésico o si se penetra el conducto palatino posterior se puede anestésicar el paladar blando lo que produce una sensación muy desagradable.

IV.3. INYECCION PALATINA PARCIAL

Esta inyección esta indicada como complemento de otras técnicas de anestesia, para extracciones y procedimientos quirúrgicos de poca extensión.

La punción se hace en cualquier zona del recorrido del nervio palatino anterior después de que sale del agujero palatino mayor, a nivel del diente que se desea anestésiar, dirigiendo la aguja hacia arriba y ligeramente hacia distal.

Al atravesar la mucosa se deposita una gota de anestésico, se espera unos segundos y se hace avanzar la aguja después de atravesar el tejido fibroso duro se deposita aproximadamente 0.5 ml. de solución anestésica muy lentamente.

CAPITULO V

ACCIDENTES

El uso de anestésicos locales se ha vuelto tan rutinario en el consultorio dental, que puede haber la tendencia a ignorar los riesgos relacionados con su empleo. Aunque en general carecen de peligro, ocasionalmente pueden producirse complicaciones. En este capítulo se mencionan únicamente las más frecuentes.

V.1. DOLOR

Al efectuar una inyección, la aguja puede tocar un nervio, originando dolor de diferente índole, intensidad, localización o irradiación que puede persistir durante varias horas o días.

El dolor post inyección puede deberse a inyecciones con agujas sin filo que desgarran los tejidos, la introducción de soluciones muy calientes o muy frías, soluciones no isotónicas o a la introducción demasiado rápido del anestésico.

El desgarro de tejidos gingivales sobre todo del periostio es causa de molestia postoperatoria de variable intensidad. No debe confundirse el dolor post-cirugía con

el dolor post inyección la mayoría de las veces el dolor se debe a la intervención operatoria en sí y no a la inyección anestésica.

V.2. HIPOTENSIÓN Y SÍNCOPE

La etiología de este accidente es compleja, la mayoría de las veces es de origen neurogénico, siendo el estrés emocional la principal causa desencadenante. En otras ocasiones la adrenalina del anestésico, juega un papel importante.

Es un accidente frecuente durante la aplicación de anestesia o algunos minutos después. El cuadro clínico es clásicamente el que sigue: palidez, taquicardia, sudor frío, nariz afilada, respiración ansiosa y caída de la presión arterial. De este estado el paciente puede recuperarse en pocos minutos. Y sólo en muy raras ocasiones el paciente puede entrar en un estado más serio, el síncope. Cuando este se presenta, el pulso se hace filiforme ó imperceptible, la respiración es angustiosa ó entrecortada. Este fenómeno puede producirse durante la aplicación de cualquier tipo de anestesia local, pero principalmente en la troncular, sobre todo si se inyecta anestésico en un vaso sanguíneo.

El tratamiento consiste en colocar la paciente con la cabeza más baja que el cuerpo, para facilitar la circulación

del cerebro, se dan inhalaciones de amoníaco ó sales aromáticas ó si es posible haciendole beber una taza de café.

Los casos graves pueden requerir de una inyección de cafeína.

El síncope puede evitarse de la siguiente manera:

1).- Inyectando el anestésico lentamente, 2).- Observando el cambio de color del paciente durante la inyección, 3).- Usar agujas afiladas, 4).- Aplicando anestesia tópica, 5).- Empleando bajas concentraciones de epinefrina ó un vaso constrictor mejor tolerado, 6).- Administrando medicación previa cuando sea necesario y 7).- Manejando al paciente con seguridad, para darle confianza.

V:3: SHOCK

Esta reacción es similar al síncope, pero mucho más intensa, con descenso súbito de la presión arterial y del volumen de sangre circulante; se pierde la conciencia y el pulso se hace rápido y débil; este cuadro puede ser debido a la inyección intravascular del anestésico y requiere algunas veces de medidas de urgencia:

El tratamiento consiste en colocar al paciente en

posición supina con la cabeza más baja que el cuerpo y administrar un estimulante cardíaco y respiratorio. Aunque la ideosincrasia a los anestésicos locales es rara debe investigarse cualquier antecedente de reacción intensa y en caso afirmativo evitar la medicación. Es conveniente administrar un antihistamínico y oxígeno.

V.4. CAIDA DEL PÁRPADO

Este accidente es muy común, después de la inyección mandibular. Se produce por una inyección demasiado profunda y alta, que anestesia los músculos orbiculares y provoca pérdida del tono muscular de los párpados.

Este accidente es bastante molesto para el paciente, pero desaparece en poco tiempo, en cuanto desaparece el efecto de la anestesia.

V.5. PARESTESIA

Este accidente ocurre generalmente después de una inyección mandibular o mentoniana, puede ocurrir que la anestesia se prolongue durante días, semanas y aún durante meses. Se presenta una sensación de cosquilleo en el labio inferior y pérdida de la sensibilidad. Esta complicación se debe al desgarro del nervio por agujas despuntadas ó durante las extrac

ciones cuando el nervio alveolar está en relación íntima con las raíces de los dientes posteriores. O cuando se acostumbra desinfectar el instrumental con alcohol y se inyectan residuos de éste junto con el anestésico.

Generalmente el nervio se recupera lentamente así como la sensibilidad, después de un período variable de tiempo. Puede ser conveniente aplicar masajes y fomentos fríos.

V.6. HEMATOMA

La punción de un vaso sanguíneo puede ocasionar un derrame de intensidad variable, sobre la región inyectada. Esta complicación no es muy frecuente ya que los vasos se desplazan y no son puncionados. Este accidente es más común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios y mentonianos sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su resolución. Carece de consecuencias a no ser que se infecta el hematoma.

Su tratamiento consiste en aplicar bolsas de hielo en la zona afectada.

V.7. IZQUEMIA

En algunas ocasiones a causa de cualquier anestesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidéz debidas a izquemia en ésta región. Esta izquemia es originada por la penetración y transporte de solución anestésica con adrenalina en la luz de una vena, lo que produce vasconstricción.

No requiere de ningún tratamiento específico, esta palidéz desaparece espontaneamente.

V.8. ANESTESIA DE ORGANOS VECINOS

Es un accidente poco común, el anestésico puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del maxilar superior, lo cual no es de consecuencias, solamente es un poco molesto.

La inyección en la órbita puede acarrear alteraciones que duran mientras dura la anestesia, no requiere tratamiento. La anestesia mal empleada del nervio trigémico puede ocasionar la penetración de la aguja en la cavidad craneana a través del agujero oval. Este es un accidente serio pero muy raro ya que además esta técnica casi no se usa en el consultorio.

CONCLUSIONES

En conclusión el uso de los anestésicos locales es de gran utilidad en la práctica odontológica pues nos permite trabajar con mayor comodidad, mientras el paciente se encuentra anestesiado ya que ello le permite un estado de mayor comodidad y tranquilidad debido a que al estar bloqueada la conducción nerviosa no percibe la sensación de dolor, únicamente siente algunas molestias que son mejor toleradas.

El uso de los anestésicos debe ser racional y bien fundamentado, en el conocimiento tanto de las estructuras anatómicas involucradas como de los anestésicos y sus indicaciones. Puesto que no todos los pacientes toleran de igual forma los medicamentos, en algunas ocasiones estará contraindicado el uso de los anestésicos locales. En tales casos estar pendientes de ellos mediante la elaboración adecuada de la historia clínica y evitar así complicaciones innecesarias.

En todo caso es conveniente contar con un botiquín de emergencia en el consultorio, para poder asistir a nuestro paciente en caso necesario.

BIBLIOGRAFIA

NIELS BJORN JORGENSEN JESS HAYDEN Jr. Drs.

Anestesia Odontológica Traducción Jorge A. Marigo 3/a.
Ed. 1982, Editorial Interamericana.

HANS EVERS D.D.S. GIJEN HAEGERSTAN M.D.

MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA, Traducción,
Alfonso Martínez Murio, revisó Félix Miravé C.D. Barcelo-
na, Editorial Salvat - México.

GERALD D. ALLER.

ANESTESIA y Analgesia dentales, versión española-Esther
Sanchez Iozano, 1/a. Edición 1989, noriega editores,
editorial Limusa.

FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ Dr.

Anatomía humana tomo I, II 25/a. edición editorial po-
rrúa, S.A. Av. república de argentina No. 15, México,
D.F. 1984.

GUILIERMO A. RIES CENTERO

CIRUGIA bucal, 7/a. edición, 3/a. reimpresión, Librería
"2el ataneo" editorial buenos aires-lima-rio de janeiro-
caracas México-Barcelona-Madrid-Bogotá.

SIGURD P. RANFJORD Dr. MAJOR N. ASH Jr. Dr.

OCCLUSION traducido ale español Dra. Irina Coll, 2/a.
Edición Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V.
México-España-Brasil-Ecuador-Colombia-El Iquai-Venezuela;
México, D.F. 1983.