

20
83

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICAS DE BLOQUEO MAS USUALES EN ODONTOLOGIA

TESINA

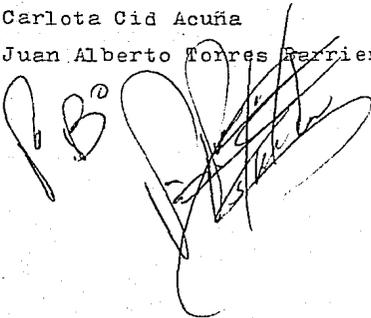
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN

Carlota Cid Acuña

Juan Alberto Torres Parrientos



FALLA DE ORIGEN

1959



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

INTRODUCCION

	PAGINA
I.- SINTESIS HISTORICA DE LA ANESTESIA LOCAL	1,2,3
II.-TECNICAS DE BLOQUEO PARA EL MAXILAR SUPERIOR	
a).- Bloqueo de los nervios dentarios posteriores	4,5
b).- Bloqueo de los nervios dentarios anteriores	6,7
c).- Bloqueo del nervio nasopalatino	8
d).- Bloqueo de los nervios palatinos	9
III.-TECNICAS DE BLOQUEO PARA EL MAXILAR INFERIOR	
a).- Bloqueo del nervio dentario inferior	10,11,12
b).- Bloqueo del nervio mentoniano	13
c).- Bloqueo del nervio bucal	14,15

INTRODUCCION

En la práctica de la odontología, tanto el estudiante de la carrera de Cirujano Dentista, como el profesional de la misma. Se enfrentan en su práctica diaria a una serie de situaciones, ante las cuales existe ó exige la necesidad de la aplicación de sus conocimientos en la práctica en lo que a la anestesia se refiere, es por ello que tanto uno como otro, deben de tener siempre presente tanto las zonas y los elementos ú organos que componen cada una de ellas; tejidos duros como tejidos blandos.

Lo anteriormente dicho tiene una importancia relevante ya que si lo apresiamos tanto el estudiante como el profesional van a tener una doble función, una como anestesiadore y otra como operador en el acto quirúrgico.

La anestesia en odontología a tenido grandes avances en cuanto a la investigación de las soluciones anestésicas y su aplicación en el ser humano, los resultados han sido positivos esto lo podemos constatar al ver que hay una gran utilización de estas en la práctica diaria y de acuerdo a nuestras necesidades en el bloqueo de los impulsos sensitivos en la cavidad bucal.

Para la aplicación de estos anestésicos nos valemos ^{de} ciertas técnicas de bloqueo ya sea para el maxilar superior ó para el maxilar inferior y de acuerdo a las necesidades requeridas al tipo de intervención a realizar.

En épocas antiguas se usaban efectos hipnóticos y narcóticos como anestesia, pero hoy en día estos métodos no son aplicables. Es hasta 1806 cuando Sertunius logra aislar el ingrediente activo del opio al cual da el nombre de "morfina", en honor a morfeo, dios romano del sueño. En esa época solo el alcohol y el opio tenían cierta cualidad de controlar el dolor en cirugía, pero por sus efectos que provocaban, tanto la depresión respiratoria como la náusea posoperatoria, a dosis para provocar sueño se suspendió el uso de estos .

Fue hasta 1855 cuando Alexander Wood, administró por primera vez el opio con una jeringa. El uso clínico de la cocaína, obtenida de las hojas de coca y conocida en Sudamérica desde mucho tiempo atrás, se retrasó casi treinta años. El descubrimiento hecho por Horacio Wells que era cirujano dentista data de 1844 sobre la aplicación de la anestesia por inhalación. En ese año Wells asistió con un químico llamado Colton que iba a dar a conocer los efectos de un gas llamado óxido nitroso. Inmediatamente Wells se reunió con John Riggs para discutir las ventajas y peligros que podía tener la aplicación de dicho gas en el hombre, y deciden probar al día siguiente y Riggs le extrae una muela después de haberlo anestesiado. A partir de esto Wells se dedica a la experimentación, para que en 1845, en la Universidad de Harvard da una demos---

tración con óxido nitroso para extraer una muela, pero --
como el paciente gimió el experimento fue un fracaso, --
pero sin haber sentido dolor durante la extracción.

Wells, comprendió que la anestesia por inhalación ayuda--
ría rápidamente a formar una clientela dental; el apa--
rato utilizado por Morton fue el mismo utilizado con el
óxido nitroso, únicamente con un gas aconsejado por un --
físico químico llamado C. T. Jackson y fue el Eter, en --
esta ocasión fue Morton el afortunado ya que lo admini--
stro cuando Warren operaba pero se honra a Warren ya --
que él supo reconocer a la anestesia quirúrgica.

Sir James Simpson médico Escocés utiliza por primera --
vez en 1847 el cloroformo, de estos tres gases --
enun--
ciados se siguieron utilizando durante los tres años --
siguientes, como práctica odontológica.

Dos jóvenes médicos Carl Köller y Sigmund Freud investi--
garon el efecto Psíquico de la cocaína, ya que en 1860 --
este alcaloide fue aislado por Niemann quien es el que
informa que la cocaína producía cierta insensibilidad --
pasajera en la parte con que toca. Freud y Köller lo --
ingirieron para experimentar los efectos producidos por
esta substancia, este último hizo experimentos en los --
ojos de rana, de conejillos de indias, y en los suyos. --
Poco después de la publicación de Köller, un cirujano --

llamado Halstead empezó a inyectar cocaína en la proximidad de los troncos nerviosos para bloquear la región inervada, y a partir de esto también se llevó a cabo la perfección de la jeringa hipodérmica.

Ya por 1885 y 1900 muchos médicos habían usado en la práctica en miles de casos los bloqueos regionales.

Braun mezcla extracto de las capsulas suprarrenales de animales con una solución de cocaína y se la inyecta en el antebrazo, en 1903 mezcla soluciones de cocaína y epinefrina dando como principio buenos resultados y que además de obtener larga duración de la anestesia obtiene resultados con menos cantidad de anestésico, también aminora la hemorragia y principalmente reduce la absorción del anestésico local.

La aparición de la novocaína sintetizada por Einhorn en 1905 transforma la anestesia local en una realidad, aunque actualmente ésta ha sido suplantada por el clorhidrato de lidocaína y mepivacaína.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar superior, en la fosa pterigomaxilar, antes de la entrada del mismo al conducto infraorbitario. Siguiendo una dirección hacia abajo, saliendo de dicha fosa, recorren la tuberosidad del maxilar y penetran en los orificios (los agujeros dentarios posteriores y superiores) dichos orificios ó agujeros se hallan situados en la tuberosidad a 2 ó 3cm aproximadamente por arriba del angulo distocervical del tercer molar ó de la zona que ocuparía este diente. Después estos nervios se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan los tres molares superiores. La anastomosis de dichos nervios forman el arco nervioso externo, plexo del que salen ramos nerviosos para los premolares y molares superiores, el hueso y la mucosa gingival y del seno maxilar.

TECNICA

VIAS DE ACCESO. Separamos la comisura bucal del lado a anestesiar con la ayuda de un separador ó espejo bucal. Con estos instrumentos o simplemente con los dedos índice y mediano de la mano izquierda para apartar el carrillo en toda su extensión que permita su elasticidad tratando de poner a la vista la región del tercer molar superior.

Efectuamos nuestra punción en el pliegue de la mucosa en el fondo del surco vestibular a nivel de la raíz disto---bucal del segundo molar ó del tercero en caso de existir. Después que la aguja ha atravesado, la mucosa y el buccinador depositando una cantidad de nuestro anestésico, y se avanza, en un angulo de 45o respecto del plano oclusal de los molares superiores (la punta de la aguja hacia arriba atrás y adentro) para alcanzar la zona requerida (orificios dentarios superiores).

La aguja debe penetrar 2cm después que ha atravesado el -surco. A ese nivel depositamos una cantidad mayor de ---nuestro anestésico para con ello lograr un bloqueo ade---cuado a nuestras necesidades.

Es una guía importante llevar la aguja siempre en contac- to con el hueso, para con ello evitar punzar órganos im---portantes, tales como la arteria maxilar interna, el ple- xo venoso pterigoideo, la bola adiposa de bichat, ó el --músculo pterigoideo externo. Esto se puede evitar al no - introducir la aguja más de 2cm atrás y arriba de los ori- ficios dentarios antes mencionados.

En ocasiones es necesaria una inyección submucosa a nivel de los ápices del primer molar pues parte de este diente está en relación con el dentario medio

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. Los nervios dentarios anteriores se separan del nervio maxilar superior a nivel del conducto infraorbitario que lo aloja, 0.5cm por detrás del agujero infraorbitario; descienden por delante de la pared anterior del seno maxilar y se dividen en tres ramas, que inervan el incisivo central, lateral y canino; del lado en que depositemos nuestro anestésico; por su anastomosis con los nervios dentarios medios, puede tomar parte en la inervación de los premolares. Por otro lado el nervio maxilar superior sigue su recorrido por el conducto infraorbitario y al salir de este se ramifica, inervando el párpado inferior, el ala de la nariz, labio superior, en su parte dérmica, muscular, mucosa y la parte bucal de la encía.

Para localizar el agujero infraorbitario, trazamos una línea vertical partiendo de la pupila y que coincida con el eje longitudinal del segundo premolar, y una línea horizontal que una ambos rebordes orbitarios inferiores. El agujero infraorbitario lo localizamos a 6/7cm por debajo del reborde orbitario tomando como referencia la unión de las dos líneas mencionadas. El conducto que sigue al orificio se dirige de adelante atrás y de adentro afuera, en su desembocadura se inician los conductillos con los nervios destinados a los incisivos y caninos superiores. El camino ó vía de acceso puede ser intrabucal y extrabucal.

TECNICA

7

VIAS DE ACCESO. Con el dedo indice de la mano izquierda -- reconocemos los elementos anatómicos, quedando el dedo fijo sobre el orificio infraorbitario, con el dedo pulgar se -- levanta el labio superior dejando al descubierto la región del ápice del canino. punzamos en el fondo del surco ves-- tibular, y conducimos la jeringa desde el canino en direc-- ción a la pupila, sin tocar el hueso, hasta llegar a nuestro objetivo (agujero infraorbitario). Cuando el dedo indice -- percibe la aguja estamos en el sitio adecuado, se inyectan unas gotas de la solución anestésica y después de unos se-- gundos procedemos a realizar las maniobras posteriores le-- vantando un poco la jeringa, buscando la dirección del con-- ducto. Algunos autores concideran necesaria la penetración de la aguja en el agujero infraorbitario; nosotros opina-- mos que no es necesaria dicha penetración, pero si deposi-- tar lo mas cercano posible la solución anestésica a dicho agujero infraorbitario. Como nota a conciderar diremos que la otra via de acceso es la extrabucal pero que es poco -- usada en la práctica odontológica.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. En la bóveda palatina, sobre la línea media y por detrás de los incisivos centrales superiores, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino anterior, formado a su vez por la unión de dos canales palatinos. pertenecientes cada uno al borde interno de las apófisis palatinas del hueso maxilar superior de cada uno de sus lados. En el fondo del conducto se encuentran dos orificios uno anterior y otro posterior, por donde emergen los nervios nasopalatinos ó palatinos anteriores, los cuales inervan la parte anterior del paladar hasta la altura del canino.

Es la mayor de las ramas nasales posterosuperiores, corre hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y da ramas a la porción más anterior del paladar duro y a la encía que rodea los incisivos superiores.

TECNICA

VIAS DE ACCESO. Efectuamos nuestra punción a uno ó otro lado de dicho agujero tomando como referencia la base de la papila de los incisivos centrales superiores.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. Los nervios palatinos, anterior, medio y posterior, son ramas eferentes del ganglio esfenopalatino, descienden a la bóveda palatina; el primero lo hace por el conducto palatino posterior; el medio y el posterior, por los conductos accesorios.

El nervio palatino anterior inerva la fibromucosa y encía palatina y se dirige hacia adelante donde se anastomosa con el esfenopalatino interno. El agujero palatino posterior está situado, en la bóveda palatina, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la línea media y del borde gingival.

La anestesia de los nervios palatinos se realiza, por lo común, como anestesia de complemento.

TECNICA

VIAS DE ACCESO. La técnica de punción de cada uno de los nervios palatinos para su adecuado bloqueo, se puede realizar tanto en el agujero del que emergen, como en el trayecto de de sus ramificaciones nerviosas

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. El nervio dentario inferior es un nervio sensitivo, constituye junto con el nervio oftálmico y el nervio maxilar superior las tres ramas que forman el nervio trigémino ó quinto par craneal.

El dentario inferior continúa aproximadamente la dirección del tronco de origen al salir éste del cráneo por el agujero oval y situarse en la fosa cigomática. Se dirige hacia abajo y adelante y se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior, al que recorre en toda su extensión en compañía de la arteria y venas dentarias inferiores a su vez que da filetes nerviosos (destinados a los molares y premolares), gingivales (que comprenden la cara externa del hueso hasta el primer premolar), y óseos (hueso y periostio). Sus ramas terminales son el nervio mentoniano y el nervio incisivo inferior. El primero emerge por el agujero mentoniano e inerva la cara externa de la mandíbula ósea entre los premolarés y la línea media, la piel y la mucosa del labio inferior hasta la línea media. El nervio incisivo inferior por su parte, da filetes nerviosos para los incisivos central y lateral y caninos inferiores.

TECNICA.

VIAS DE ACCESO. Colocamos el dedo indice de la mano izquierda sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, para desplazar

lateralmente esa porción, hasta que el dedo se apoye contra la escotadura coronoides, y palpemos al mismo tiempo para localizar el tendón profundo del temporal. Se apoya la jeringa sobre los premolares del lado opuesto y puncionamos la mucosa, a la altura de la escotadura coronoides por fuera del rafé. Tan cerca como sea posible del tendón profundo del temporal, pero por la parte interna del cuerpo adioso. La aguja se detiene en cuanto a penetrado la mucosa. Después moviendo con suavidad la aguja lateralmente, para sentir el tendón profundo del temporal. Desde este punto -- hasta la espina de spix hay aproximadamente una distancia de un centimetro, introducimos mas nuestra aguja para anestesiar al nervio lingual. Para anestesiar el nervio --- dentario inferior penetramos un poco mas (unos milímetros) y depositamos un poco de anestésico antes que toque el periostio situado por delante de la espina de spix. Después hacemos una pausa, deslizamos la aguja suavemente a lo largo del periostio y sobre la escotadura de la espina hacia el surco donde depositamos una cantidad mayor de nuestra solución anestésica. La velocidad para depositar nuestro anestésico es aproximadamente de un minuto por un mililitro.

ACCESO DIRECTO. Conciste en que, coloquemos la punta de --- nuestro dedo indice en la escotadura coronoides y después

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. Se origina en el conducto dentario inferior a partir del nervio alveolar inferior y sale a través del agujero mentoniano a la altura del primero y segundo premolar a uno y otro lado de la línea media de la mandíbula, inerva la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la mandíbula y los dientes correspondientes a dicha zona.

TECNICA

VIAS DE ACCESO. Podemos efectuarla tanto intraoral o extraoral, citaremos a continuación la primera por ser la más usual. Se separa la mejilla, con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vasculo-nervioso a su salida del agujero mentoniano, situado a nivel de los tercios apicales del primero y segundo premolares inferiores. Dirigimos la aguja de nuestra jeringa hacia abajo y adentro formando un ángulo de 45° en relación al plano aclusal o bucal de la mandíbula hacia el apice de la línea media del primero y segundo premolar, se introduce la aguja hasta tocar hueso, se deposita aproximadamente 0.5ml de solución anestésica. Se espera unos segundos manteniendo la aguja en el mismo ángulo evitando cualquier desplazamiento al mismo tiempo que depositamos otra cantidad suficiente de anestésico 0.5ml y lograr con ello el bloqueo de dicha zona.

colocamos nuestra jeringa por encima de los premolares inferiores contralaterales de la zona a intervenir. Se elige la altura adecuada (un centimetro por arriba de las caras oclusales aproximadamente). Se inserta la aguja en la mucosa por fuera del refé, se hace abanzar hacia el piso del surco mandibular, y se deposita la solución anestésica para lograr el bloqueo de dicho nervio

CONSIDERACIONES ANATOMICAS. El nervio bucal, rama del maxilar inferior, del cual se separa luego que éste atraviesa -- el agujero oval, pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo y dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera -- entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar inferior, corre por dentro del temporal, hasta el músculo -- buccinador, al cual atraviesa para dar inervación a la encía del lado bucal, del maxilar inferior. La anestesia del nervio bucal es de considerar ya que con ello bloquearemos la sensibilidad de la cara externa del maxilar inferior, desde la zona del tercer molar al primer premolar de la zona a -- intervenir.

TECNICA

VIAS DE ACCESO. La punción se realiza en el centro del triángulo retromolar, 1 cm por encima del plano oclusal de los molares inferiores; la aguja se dirige hacia atrás, y ligeramente hacia afuera atravesando la mucosa, el músculo buccinador, la vaina y las fibras de la porción inferior del temporal hasta tocar el hueso. También podemos realizar nuestra punción en submucosa esto es, se aplica a 1cm por debajo del conducto parotídeo. Al ir inyectando nuestro anestésico dirigimos lentamente la aguja en dirección distal, nos valemos de esta vía de acceso cuando el vestibulo bucal ó el -- área retromolar están inflamados ó infectados.

Otra via de acceso comúnmente usada consiste en aplicar ó depositar nuestro anestésico en el vestibulo bucal, en el punto opuesto a los molares; de esta forma se bloquean las ramas terminales del nervio bucal antes de que alcancen la mucosa gingival alveolar.

CONCLUSIONES

Podemos decir que, tanto el estudiante, como el profesional en la practica odontológica, tienen la obligación de aplicar correctamente, sus conocimientos y experiencias. Lo cual los llevara a obtener buenos resultados y sobre todo cuidar la integridad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Niels Bjorn Jorgensen, Jess Hayden, Jr.
Anestesia Odontológica, Editorial Interamericana, S.A.
3a. Edición.
- 2.- Guillermo A. Ries Centeno, Cirugía Bucal.
Editorial "El Ateneo", 9a. Edición
- 3.- Diccionario Terminológico, de Ciencias Médicas.
Salvat. Mexicana de Ediciones, s.a. de C.V.
11a. Edición.
- 4.- Manual Ilustrado de Odontología de Astra.