

EL METODO DE ANESTESIA DE LA GUARDIA

por el

DR. JOSÉ ALVAREZ DE EULATE

616.314—031.83

La anestesia troncular se ha venido utilizando no sólo en procesos inflamatorios locales, sino aun para la preparación de cavidades, siempre que fueran dos o más los dientes que hubieran de ser devastados. Digamos, sin embargo, que no son éstas sus indicaciones, según nuestro criterio.

Dos fueron siempre las vías para obtener la anestesia del nervio dentario inferior: la extrabucal, más aparatosa, está un poco más relegada entre los odontólogos; la intrabucal resultaba de más difícil empleo, precisamente en los casos más indicados de recurrir a la anestesia troncular, como son todos aquellos de trismus, anquilosis, flemones difusos, etc.

No es necesario, en esta breve reseña, insistir en los detalles de la técnica de anestesia endobucal seguidamente habitualmente, hasta ahora, para establecer las diferencias con el método del uruguayo La Guardia. El método de este autor hace su técnica de elección en todos aquellos casos que antes era necesario recurrir a la vía exobucal.

El método La Guardia ha sido ampliamente difundido por la Europa central y encontrado muchos partidarios. En primer lugar se exige una aguja de unos 11 centímetros de largo, de gran elasticidad y lo más delgada posible para tal longitud. Esta elasticidad es necesaria para evitar inconvenientes al pasar la cresta cigomática alveolaris. La aguja debe deslizarse suavemente y dirigirse en dirección hacia afuera, pulsando sobre la superficie ósea el más fácil camino.

En los casos de trismus, etc., en los que los dientes están en oclusión, se ha de palpar la parte superior de la fovea temporalis. Y se seca la mucosa antes de embadurnarla con yodo o ácido crómico. Se orienta luego la larga aguja en dirección paralela a los cuellos de los molares superiores y se introduce en la mucosa, palpada la rama de la línea oblicua.

A pocos milímetros se infiltra algo de la solución anestésica, dedicada al nervio bucinador. Toma ahora la aguja la dirección hacia

abajo y adentro, en la dirección del sulcus mandibularis, pasando luego la línea oblicua. Esto supone, desde la cresta cigomática, unos 3 a 3,5 centímetros de profundidad.

Ha de cuidarse este paso para que la aguja se deslice suavemente, orientándonos con los apoyos en la cresta cigomática y, al mismo tiempo, sobre la línea oblicua.

Una pequeña cantidad del anestésico, después de atravesado el espacio buco-pterigo-temporal, se deja para el nervio lingualis. Se introduce más la aguja, y ya, a unos 4,5 centímetros de la cresta cigomática, depositamos el total del anestésico para el nervio mandibularis. La anestesia debe hacerse lentamente, manteniendo la aguja en contacto con el hueso.

La gran ventaja del método de La Guardia es que con una sola manipulación quedan anestesiados los más importantes nervios de la mandíbula. Una desventaja sería, sin embargo, el peligro de depositar la solución intravasalmente, por lo que es prudente, antes de inyectar, aspirar con la jeringa, para seguridad de no haber interesado algún vaso.

Con el método de La Guardia, la aguja corre paralela, aunque a altura superior, a la dirección que la misma lleva cuando se inyecta por el método habitual en la inyección troncular.

Nosotros, personalmente, no tenemos experiencia del método descrito, ya que, en la práctica privada, las ocasiones de este tipo de anestesia son relativamente raras. En la práctica hospitalaria, sin embargo, es en muchos casos el método de elección, habiendo sido favorablemente acogido por los sajones (Fischer, 1950; Bürmayer, 1951; Korkhaus, 1952); es decir, una década después de haber sido propugnado por su autor uruguayo.

Sólo nos queda ahora esperar los resultados que obtengan con esta técnica los autores españoles.