

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Director: Miguel Sáenz de Pipaón D. D. S.

VOL. VI

MAYO

NUM. 65

ANESTESIA DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR

Vía de acceso lateral

por el

PROF. FERNANDO ORENSANZ GUTIÉRREZ

616.314-089.5]-31.85

En la práctica de la anestesia troncular del nervio dentario inferior, siguiendo las técnicas corrientes por vía intrabucal, sucede que en cierto número de casos no se logra la anestesia buscada.

Con pocas diferencias, en estas técnicas a que aludimos, se inserta la aguja en el borde anterior de la rama mandibular ascendente, lado interno, y después se dirige de delante hacia atrás, resbalando sobre el hueso en busca del nervio.

En otros, la punción se hace en un vaso arterial o venoso, con el riesgo de producir trastornos, que no por ser ligeros se han de despreciar, sino que ha de procurarse evitarlos.

Por todo ello, con la idea de disminuir estos riesgos y anular aquel tanto por de fracasos, nos resolvimos a hacer un ensayo de la anestesia del nervio dentario inferior, siguiendo una vía lateral, previo estudio anatómico topográfico de la región pterigoidea inferior o de la llamada *Ingula*.

Dividimos nuestro trabajo en dos partes: en la primera se hace el estudio anatomo-topográfico de la región pterigoidea inferior, como resumen de las disecciones practicadas en dicha región. En la segunda parte se hace el estudio clínico de la técnica de anestesia troncular del nervio dentario inferior por la vía lateral.

I. REGIÓN PTERIGOIDEA INFERIOR

La región cigomática o pterigoidea ofrece un gran interés para el estomatólogo, por ser región de paso de ramas trigeminales, cuyo perfecto conocimiento es indispensable para realizar anestésias correctas.

Disección de esta región por vía faríngea. Dado un corte sagital a la cabeza en estudio, presenta el aspecto de la foto número 1. Para llegar a la pared lateral de la faringe y boca es preciso eliminar los cuerpos de las vértebras cervicales, parte del velo del paladar y tabique nasal.

En la disección por planos de esta región encontramos primeramente el plano mucoso, formado por la mucosa, que, después de tapizar la boca, va a tapizar el istmo de las fauces y la región amigdalina.

Por debajo hay un primer plano muscular, formado por el músculo buccinador y el constrictor superior de la faringe, atravesado de arriba a abajo por los músculos de los pilares anterior o glosostafilino y posterior o faringoestafilino. Cubierto por leve aponeurosis y ocupando un plano más exterior está el músculo pterigoideo interno, carnoso en este punto y bastante grueso; su borde anterior es cruzado de arriba abajo y adentro por el nervio lingual.

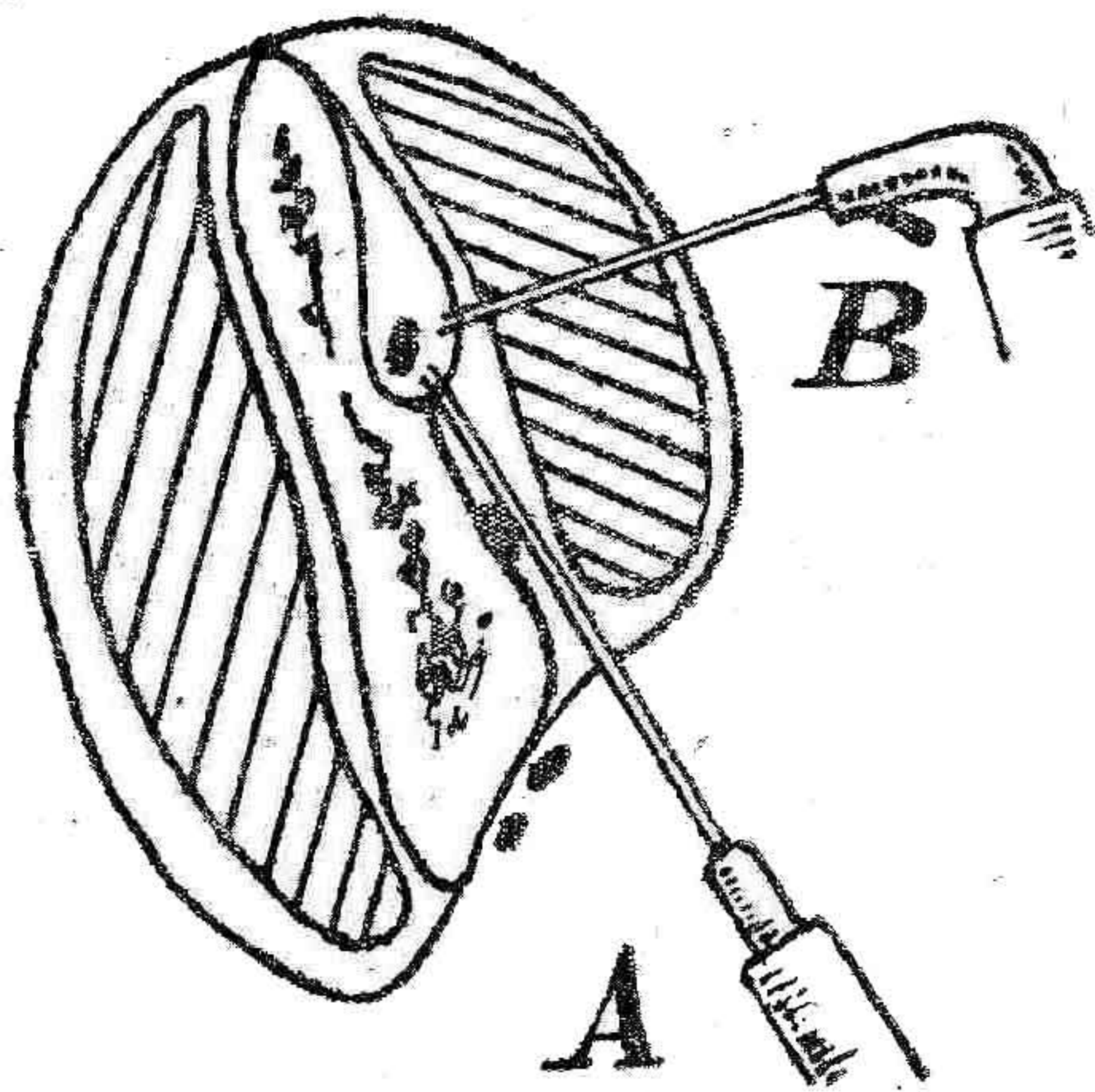
Eliminado el músculo pterigoideo interno, vemos la aponeurosis inter-pterigoidea que, viniendo a insertarse en la lín-gula y cara interna de la rama mandibular ascendente, en compañía del ligamento esfenomaxilar, nos oculta a los nervios lingual, dentario y milohioideo.

Este verdadero tabique ligamentoso, juntamente con el saliente de la espina de Spix y contornos del agujero dentario inferior, contribuye a formar una celda o espacio, limitado por fuera por el hueso, de forma de embudo, de base superior, en el que se encuentra el nervio dentario inferior.

“Este tabique ligamentoso, juntamente con el saliente de la lín-gula, que se prolonga hacia atrás y cubre al nervio, son los que en la anestesia por vía anterior hacen que la aguja resbale hacia atrás, quedando la punta lejos del nervio y no se consiga la anestesia en muchos casos” (De la Villa).

Sub-región de la lín-gula.—La celda a que nos hemos referido es una realidad anatómica y clínica, y por la importancia que su exis-

tencia y conocimiento representan para nosotros justificarían su diferenciación dentro de la región cigomática, como sub-región. Angelman lo llama espacio pterigo mandibular. Podría denominarse región cigomática, o pterigo-dea, *inferior*, o bien región de la lín-gula.



Esquema de corte horizontal pasando por la lín-gula: A, vía anterior; B, vía lateral

Su forma es de pirámide cuadrangular de base superior. Sus paredes son: La superior o plano horizontal, pasando por el borde inferior del músculo pterigoideo externo. La externa, formada por el hueso maxilar inferior excavado en este punto para formar la embocadura del conducto dentario.

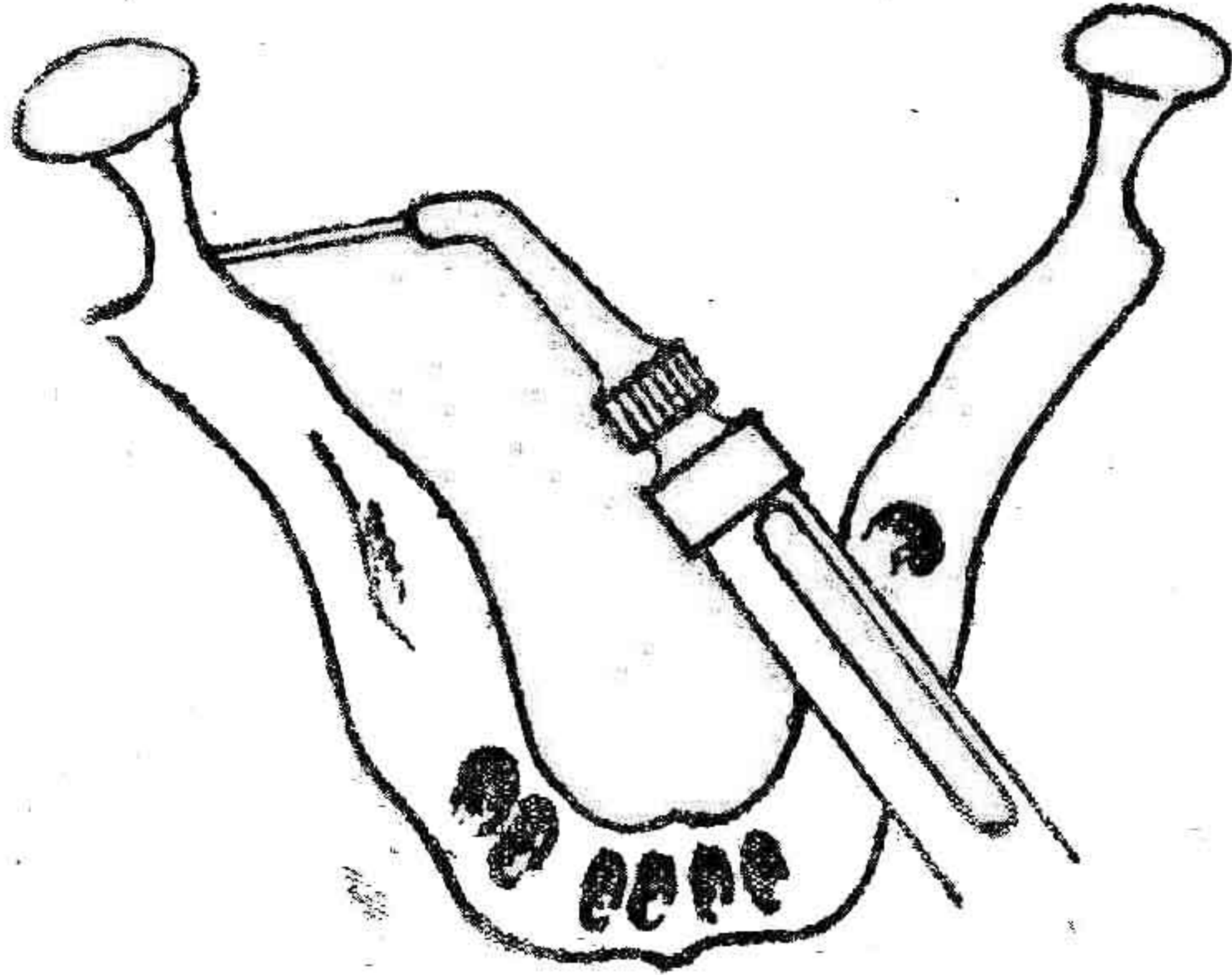
La interna, por la cara externa del músculo pterigoideo interno... La anterior, por el plano mucoso-muscular anterior. Posterior, es la región parotídea.

Vértice, que corresponde al comienzo del conducto dentario inferior.

Contenido.—El órgano más importante para nosotros es el nervio dentario inferior, que en este punto lleva dirección descendente y hacia afuera, hasta penetrar en el conducto dentario en un punto situado unos 26 mm. por detrás del borde anterior de la rama mandibular ascendente y a 28 mm. por encima del borde inferior de la

misma rama ósea. Poco antes da un ramo anastomótico con el nervio lingual, y el nervio milohuideo, a veces da un ramo para el nervio anticulotemporal.

Vías de acceso.—Nos interesan ahora las antero-posteriores y la lateral. Ambas están representadas en el esquema adjunto. Las antero-posteriores son las ya conocidas, realmente fáciles de ejecutar. Pero a veces son dificultadas por el relieve de la língula y de la línea oblicua interna.



Croquis A.—La aguja, que forma con el cuerpo de la jeringa un ángulo de 90-100 gr^{os}, se hace penetrar hasta que es detenida por el hueso. Demostración de la técnica anestésica del nervio dentario: vía de acceso lateral

La vía lateral que nosotros proponemos salva este inconveniente al seguir una dirección perpendicular al hueso.

Nervio lingual.—Está situado por delante del anterior, con dirección hacia abajo, adentro y adelante; a unos 6 mm. del dentario, y envuelto en la aponeurosis interpterigoidea, pasa por dentro y delante de la língula; da ramos mucosos y el anastomótico.

Arteria dentaria inferior.—Rama de la maxilar interna, desciende con el nervio dentario y penetra en el agujero dentario. De pequeño calibre.

Arteria maxilar interna.—Rama de la carótida externa, penetra en la región por su pared posterior y, rodeando el borde inferior del músculo pterigoideo externo, asciende para distribuirse por ella. Casi siempre está alejada de esta zona del nervio dentario, pero en algunos casos la hemos visto muy cerca; como tiene un calibre considerable, puede ser alcanzada en las punciones.

Plexo venoso.—Es muy abundante; numerosas venas confluyen aquí y forman un rico plexo.

Tejido adiposo.—Depende de la bola adiposa de Bichat y contribuye, en compañía del plexo venoso, a rellenar el espacio que estudiamos.

II. TÉCNICA DE LA ANESTESIA DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR EN LA REGIÓN DE LA LÍNGULA, POR VÍA LATERAL.

Instrumental.—Se necesita una jeringa con depósito de cristal de capacidad mínima de 2 c. c.; ha de estar graduada y con dispositivo acodado para la aguja. Esta aguja debe tener una longitud de dos centímetros y medio. El depósito de cristal nos permite ver la sangre en un caso de punción en un vaso arterial o venoso. La aguja debe formar con el cuerpo de la jeringa un ángulo de 90 a 100 grados (croquis A).

Manipulación.—Montada la jeringa con la aguja en el ángulo ya señalado, se introduce en la boca con la mano derecha (para el lado derecho), mientras la izquierda palpa con el dedo índice el borde anterior mandibular ascendente.

Se clava la aguja perpendicularmente al plano óseo, en un punto situado por delante del pilar anterior; en el plano que pasa por encima de la cara oclusal los molares inferiores y a dos centímetros del borde anterior.

Se hace penetrar la aguja hasta que es detenida por el hueso, con lo cual la punta queda en la inmediata vecindad del nervio dentario con toda certeza.

Una vez realizado esto, se da tiempo para ver si entra sangre en la jeringa o aspiramos con el émbolo para asegurarnos de no haber penetrado en un vaso.

Después inyectaremos con lentitud la cantidad de anestesia que juzguemos necesaria (dos o tres centímetros cúbicos).

En el lado izquierdo se puede realizar de igual manera, pero palpando el borde óseo con el pulgar de la mano izquierda y manteniendo la jeringa con la mano derecha, pero con la aguja dirigida hacia la palma de la mano.

La mano que palpa debe estar en contacto con la que inyecta para darle firmeza y calcular mejor el punto de la punción.

Observaciones.—La anestesia se establece rápidamente, y si el punto de punción está bien elegido, no deja de ocurrir siempre. Con gran frecuencia, mero menor que en las técnicas por vía anterior, se anestesia simultáneamente el nervio lingual, nunca el nervio bucal.

La aguja atraviesa los planos ya estudiados y que pueden verse en cortes seriados: Mucosa, músculo pterigoideo interno, aponeurosis interpterigoidea y ligamento esfeno maxilar, y acaba tocando el hueso, salvando el escollo de la llingula o espina de Spix (esquema B).

Está indicada esta técnica siempre que se desee conseguir la anestesia del nervio dentario. En cierto número de pacientes, en los que se palpa a duras penas el borde anterior de la rama ascendente y que la abertura bucal es pequeña, es preferible usar la vía anterior.

Fuera de esto, no vemos presenciado nada que contraindique el empleo de esta vía. Por el contrario, como la aguja no puede penetrar en la región paratídea y carotídea superior, por encontrar el tope óseo, no existe el peligro que presenta la vía anterior, en este sentido.

Todas las referencias intrabucales que pudéramos dar, a las que otros autores son tan inclinados, nos parecen inexactas. Las mejores referencias son los bordes anterior, inferior y aun el posterior de la rama mandibular ascendente. Palpando estos salientes óseos, después de bien conocido el punto en donde yace el nervio dentario, bien por disecciones o por el estudio de láminas o fotografías, con cierto hábito podrá fácilmente alcanzarse el nervio dentario inferior.

Resumimos en forma de conclusiones:

1.º La llingula impide que el nervio dentario pueda ser fácilmente alcanzado desde la boca.

2.º El ligamento esfeno-maxilar y la aponeurosis interpterigoidea contribuyen al aislamiento del nervio y lo hacen inaccesible.

3.º En virtud de estas conclusiones, para tener acceso seguro al nervio dentario inferior, en este punto, será preciso salvar en la punción el saliente que forma la llingula y penetrar en la celda estudiada.

4.º Por lo tanto, la vía de acceso lateral propuesta es más racional y en la práctica se muestra más eficaz.