

Anestesia del nervio maxilar inferior a nivel de la espina de Spix.

NUEVA TÉCNICA

POR

D. AGUSTÍN CAMPOS IGUAL

Médico ayudante de la clínica de Oto-rino de
la Facultad de Medicina

No me detendré exponiendo los diferentes anestésicos ensayados y propuestos con este fin, pero sí procuraré exponer las consecuencias tan favorables que con mi método se obtienen para el tratamiento de las neuralgias faciales y para las intervenciones quirúrgicas, desde las secruetrotomias limitadas a medio maxilar, extracciones dentarias y sobre todo, *desvitalizaciones inmediata**, que por este procedimiento estamos seguros de practicarlas sin causar el menor daño; e incluso se pueden practicar operaciones en los labios, como extirpación de neoplasias, etc.

Algunas dificultades en la técnica seguida hasta ahora y muchos fracasos me han inducido a estudiar este punto tan importante en la práctica diaria.

En la técnica seguida hasta hoy teníamos que introducir un dedo en la boca, buscar los bordes anteriores del maxilar (rama ascendente), limitando la iniciación de la línea oblicua interna y externa, buscar el triángulo retromolar de Brann, y teniendo presentes estos datos anatómicos, con la

complicación de no poder ver lo que se hacía por tapar el campo operatorio la mano indicadora del operador, se introducía una cánula de unos 7 cmrs. de longitud acoplada a la jeringa dental, se introducía de 15 a 18 mm. de profundidad (y rasando la cara interna de la rama ascendente) la punta de la cánula, depositando en este sitio la cantidad de líquido anestésico deseado. Este líquido al cabo de algunos minutos, produce una anestesia más o menos profunda, debido a la infiltración del anestésico por el área regional, pero la inyección no ha sido depositada en la entrada del conducto dentario inferior, sino en su alrededor.; Ocorre algunas veces que el ligamento pterigo maxilar, estando distendido y siempre lo está, por ser preciso abrir la boca, es motivo de error, el líquido anestésico es depositado unas veces en la vaina del terigoideo interno y produce la anestesia de la faringe, pared interna correspondiente, otras veces el líquido se deposita en el espesor de) músculo, produciendo la misma

anestesia anterior y una disfagia muy modesta y otras veces se deposita entre el músculo y el maxilar, produciendo la anestesia deseada, pero no en la intensidad que era de esperar.

Otros autores usan una técnica parecida a la anterior, pero la cánula tiene que recorrer un gran trayecto: primero introducen la cánula horizontal mente y a un centímetro de profundidad, siguiendo la cara oclusal del maxilar inferior y después la hacen recorrer un círculo, teniendo fija la punta para llevar la jeringa a nivel del primer premolar contrario al sitio de la inyección.

Los inconvenientes para trabajar a ciegas; las molestias que se causan al paciente de tener colocado un dedo dentro de la boca mientras se opera, han sido las inductoras de la modificación que propongo.

Conocemos por la anatomía topográfica el sitio exacto del agu-

jero dentario, antes de convertirse en conducto, presenta una eminencia protectora de forma triangular de base inferior y vértice dirigido hacia arriba y atrás; es la espina de Sprix, donde **viene** insertarse el ligamento estilo mastoideo; por su forma en arco de concavidad posterior hace un saliente óseo, donde viene a chocar la punta de la cánula, deteniéndose en este sitio o traspasándolo, cayendo por lo tanto el líquido en una región más o menos cercana del agujero dentario; cutáneamente podemos proyectar la situación de dicho agujero, pues sabido es que se encuentra en un punto equidistante del borde anterior y posterior y de los bordes superior e inferior. Muchos autores dan multitud de detalles y cifras, cada uno expone un procedimiento para esta proyección, pero en resumen he sacado la conclusión con todos los datos a la vista, que es más sen-

cilla y comprensible mi fórmula de llamar equidistante de los cuatro bordes, que el sin fin de números y mediciones que tenemos que hacer; una vez averiguado este punto lo marcaremos con lápiz dermatográfico, y tomaremos un compás de gruesos; en uno de sus extremos tendrá una esferita, para no herir la piel, en el otro extremo pondremos otra esferita perforada que nos permitirá introducir un lápiz de nitrato de plata o una gota de argentofenol: haciendo abrir la boca al sujeto, objeto de nuestra intervención, colocaremos el extremo no perforado en la superficie cutánea y cerrando el compás, previa introducción de la otra rama en la boca, nos marcará la esferita cargada con nitrato de plata o argentofenol un punto blanco, que como se comprende corresponde exactamente a la entrada del conducto dentario superior; sin necesidad de otro instrumental cogemos la jeringa dental ordinaria, con el aditamento curvo y una cánula larga, pudiendo perforar la mucosa de atrás a delante y caemos matemáticamente en el agujero dentario, hemos salvado todos los escollos anatómicos y no hemos molestado al paciente. La operación completa dura escasamente un minuto, teniendo la seguridad de ser completamente inofensiva dicha inyección.

La anestesia empieza a manifestarse de los seis a los siete minutos, pero no se debe interve-

nir, para que el éxito sea completo, hasta pasada media hora; la anestesia dura profundamente de cuatro a cinco horas, tiempo más que suficiente para hacer cualquier intervención por larga que fuera. Una vez pasado el efecto anestésico, el operado no siente ninguna molestia.

Si esta inyección, con esta técnica, la practicamos con la jeringa dental del doctor Landete, las ventajas se aumentan, por cuanto con esta jeringa nos permite dosar la cantidad anestésica que depositamos, ya que tiene la ventaja de dejar escapar el líquido gota a gota.

De lo expuesto se deduce.

1° Que con el mismo instrumental que ordinariamente se emplea en la clínica se puede operar.

2° Que proyectado cutáneamente el agujero dentario superior lo encontramos fácilmente proyectado en la mucosa por la mancha que dejamos.

3° La picadura es indolora y aséptica.

4° La inyección la hacemos de atrás a delante hasta el hueso sin encontrar obstáculo alguno.

5° Podemos dosar la cantidad de anestésico desde una gota.

6° La anestesia empieza a los pocos minutos y dura 4 o 5 horas profundamente.

7° Con las inyecciones de alcohol o de glicerina fenicada podemos suprimir los dolores de la neuralgia facial.

Valencia. 20 de enero de 1931.

De la Revista Médica de Valencia.