

TÉCNICA ANESTÉSICA PERIAPICAL EN SUTURA LABIAL Y PERIAPICAL

Raquel Vallejo de la Paz
Enfermera. Complejo Hospitalario de Jaén

RESUMEN

Los traumatismos faciales que afectan al área bucal, suelen asociar heridas inciso-contusas tanto externas, "deterioro de la integridad cutánea", como internas, "deterioro de la integridad tisular". La sutura de estas lesiones resulta muy dolorosa, por lo que la supresión del dolor con anestesia se hace imprescindible como en cualquier intervención quirúrgica.

Normalmente la administración de la anestesia se realiza en los bordes de la herida, lo que aumenta el edema / inflamación de la zona traumatizada, lo que puede suponer menor efectividad en la analgesia y mayor dificultad en la aproximación de los bordes, de ahí la necesidad de usar otras técnicas de infiltración en este tipo de heridas como es la que sigue, que se centra básicamente en bloquear dos terminaciones nerviosas, el nervio dentario o alveolar superior anterior para heridas situadas en el maxilar superior, y el nervio mentoniano para las que se sitúen en la zona perilabial inferior.

Esta técnica es fácil y cómoda para el profesional y apenas nada dolorosa para el paciente.

PALABRAS CLAVE

- Periapical: zona situada alrededor del ápice de una pieza dental.
- Ápice dental: extremo del diente opuesto a la corona que queda anclado en el hueso alveolar.
- Vestíbulo o fondo vestibular: zona de la mucosa oral que hace límite entre la encía insertada o fija y la móvil.
- Obturación: empaste
- Exodoncia: extracción de una pieza dentaria.

INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias donde son atendidos los traumatismos faciales, podemos encontrar heridas en cualquier parte del rostro, muchas de las cuales son suturadas por el personal de enfermería. La técnica anestésica empleada para ello es la local, que consigue una abolición de la sensibilidad dolorosa de una zona limitada infiltrando el anestésico en los bordes.

Cuando la herida se sitúa en el área labial implicando en ocasiones la mucosa oral, resulta complicada la infiltración en los bordes, la inflamación debido al traumatismo y la que causamos con la anestesia hace aun más difícil su aproximación.

La técnica anestésica periapical es idónea para este tipo de heridas puesto que la infiltración la realizamos en el vestíbulo de la mucosa oral y no causamos mas inflamación a la ya existente. Es una de las formas de anestesiarse que utilizan los odontólogos para realizar algunos tratamientos dentales, tales como obturaciones, exodoncias, raspajes, ... cuando es administrada en la arcada superior a nivel del 1º y 2º premolar bloquea la transmisión de los estímulos dolorosos desde la mucosa y la zona labial hasta la parte inferior del ojo del mismo lado.

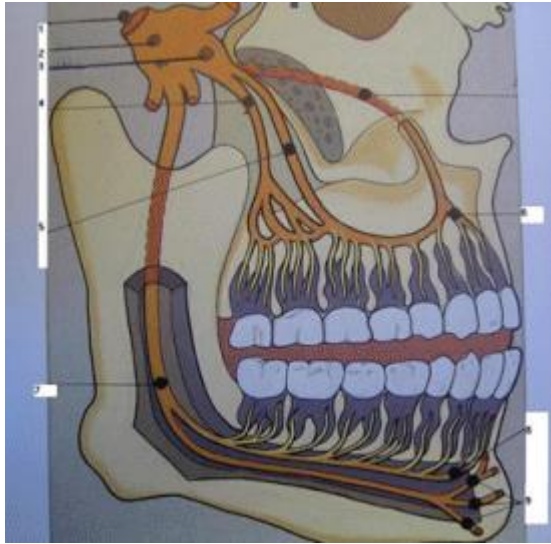
Para ello podremos utilizar una jeringa y aguja convencional o usar una jeringa odontológica y así anestesiarse de una manera nada dolorosa para el paciente, disminuyendo su ansiedad.

Introducir este nuevo método de control del dolor en nuestro trabajo diario hace que adaptemos nuestra actividad a la necesidad de cada paciente.

OBJETIVO

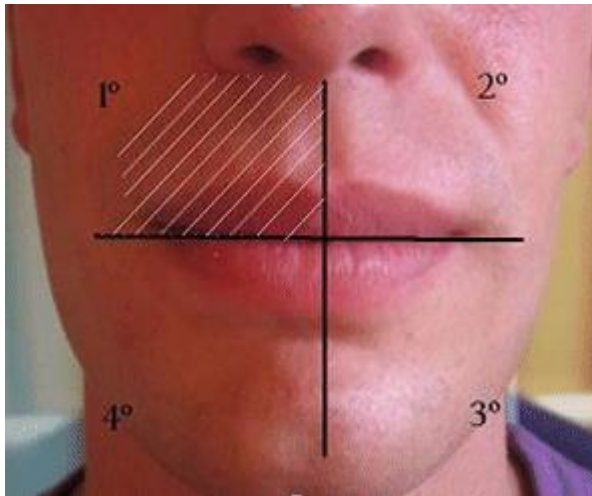
Exponer de manera resumida y fotográfica la técnica anestésica periapical (usada en odontología), de utilidad en la sutura de las heridas labiales y perilabiales, por contribuir al confort y disminución de la ansiedad de los pacientes que sufren este tipo de lesiones.

RECUERDO ANATÓMICO DE LAS RAMAS NERVIOSAS DE LA CARA



1. Nervio Trigémino (V par craneal): es sensitivo y motor que inerva los músculos masticatorios, cara, órbita, fosas nasales, cavidad bucal...
2. Ganglio de Gasser: engrosamiento del N. Trigémino.
3. Nervio Maxilar superior: ramas 4, 5 y 6 que a su vez se subdividen en ramas terminales inervando el párpado inferior, conjuntiva, ala de la nariz, mejilla, labio superior comisura labial.
4. Nervio dentario o alveolar superior posterior: inerva 2º y 3º molar.
5. N. dentario o alveolar superior medio: inerva premo lares y 1º molar.
6. Nervio dentario o alveolar superior anterior. Inerva canino e incisivos.
7. Nervio maxilar inferior: que se divide en ramas 8 y 9.
8. Nervio dentario inferior: que inerva además las piezas dentarias y a nivel de los incisivos se anastomosa con el mismo nervio del lado contrario.
9. Nervio Mentoniano: que inerva también las glándulas bucales, mucosa labial y piel de los labios

CUADRANTES BUCALES



De manera imaginaria podemos establecer dos líneas perpendiculares que nos dividan la cavidad oral en cuatro partes: 1º cuadrante o superior derecho, 2º o superior izquierdo, 3º o cuadrante inferior izquierdo y 4º o inferior derecho.

Según la localización de la herida en relación con los cuadrantes, la infiltración anestésica estará dirigida al bloqueo de los nervios de esa zona. En la foto 2 se puede ver la inervación de los cuadrantes.

En los casos de heridas que ocupan el lado derecho e izquierdo, la infiltración tendrá que realizarse en los cuadrantes implicados.

Los bloqueos que veremos a continuación será el del Nervio dentario superior anterior para las heridas situadas en el área perilabial superior, y el Nervio mentoniano para aquellas que se sitúen en el inferior.

ANESTÉSICOS

La función del anestésico es permitir las maniobras y la reparación de las heridas, interrumpiendo la conducción de los impulsos nerviosos motores y sensitivos, eliminando por tanto el dolor. Las fibras finas son más vulnerables, son las que inervan las zonas de la mucosa oral y labial.

La anestesia oral puede ser: a) tópica b) infiltrativa (la utilizada para la técnica periapical) c) regional o troncular d) general.

Los anestésicos infiltrativos más usados para la mucosa oral son los anestésicos del grupo amida (mepivacaína, lidocaína, articaina), de acción inmediata y carentes de dolor inicial en la punción. El usarlos con o sin vasoconstrictor (habitualmente epinefrina) va a depender del paciente y de la herida, sin vasoconstrictor tiene menos reacciones adversas y además es aconsejable su uso en pacientes con HTA, taquicardias, arritmias y glaucoma.



MATERIAL PARA LA INFILTRACIÓN Y MONTAJE DE LA JERINGA ODONTOLÓGICA



Podemos realizar la infiltración de dos formas :

Jeringa odontológica, podremos realizar la punción con agujas mucho más finas y prácticamente indoloras. Hay dos tipos:

Jeringa metálica con agujas de un solo uso enroscables en el cuerpo de la jeringa, a ser posibles cortas.

Jeringa de un solo uso con la aguja incorporada a la que tendremos que montar el mango o émbolo sujetándolo firmemente por su parte móvil e introduciéndolo en la jeringa.



Con jeringa de 2 cc y una aguja lo más fina posible hipodérmica. Si el cartucho de anestesia es un blister de 1,8 cc, tendremos que empujar el tapón de goma de uno de sus extremos para poder aspirar el líquido de su interior

INFILTRACIÓN PERIAPICAL (HERIDAS EN LABIO SUPERIOR)



La infiltración va dirigida a bloquear el Nervio alveolar superior anterior (para dormir desde la comisura labial a la línea media, además de un perímetro de 2 a 3cm alrededor del labio superior) desde una penetración intrabucal. Se llama PERIAPICAL por actuar sobre el tronco sensitivo apical. La penetración real dentro del conducto solo puede conseguirse si se introduce la aguja inclinada, nosotros realizaremos una introducción paralela a los ejes dentales, de esta forma, no penetraremos en dicho conducto, sino que nos quedaremos justo en la entrada.

Lugar: punción en el fondo del vestíbulo (unión entre encía insertada y móvil) entre canino y premolar, paralela al eje dental, introduciendo la aguja 1cm aproximadamente. Para ello tiramos discretamente del labio superior hacia arriba para evitar la sensación desagradable de la punción.

Cantidad orientativa de solución a inyectar: será entre 0.6 a 0.9cc, pudiendo añadir 0.5cc más entre incisivo central y lateral de ese mismo lado según la extensión y lugar de la herida.



INFILTRACIÓN PERIAPICAL (HERIDAS EN LABIO INFERIOR)



La anestesia va dirigida a bloquear el Nervio mentoniano (para dormir desde la comisura labial a la línea media además de 2 a 3cm alrededor del labio inferior).

La técnica será igual que en el maxilar superior, solo que infiltraremos entre 1º y 2º premolar, pudiendo repetir la punción entre los incisivos.

La cantidad orientativa de anestésico será igual que el maxilar superior.

Tanto en el maxilar superior como en el inferior la infiltración será lenta, gota a gota, procurando no producir abultamiento. Podemos incluso hacer un leve masaje con nuestro dedo en el lugar de la punción por fuera de la boca una vez terminada la punción. El anestésico tendrá una temperatura ambiente y como en toda infiltración de medicamentos aspiraremos antes para evitar la punción intravenosa.



PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

Debemos tener en cuenta ante todo como en cualquier administración de :

- medicamentos el fenómeno alérgico, preguntando antes al paciente episodios previos de infiltración anestésica y tener a mano la medicación necesaria en caso de reacción alérgica, tanto al vasoconstrictor añadido a la solución como al propio anestésico.
- Contraindicaciones de la adrenalina: no usarla en hipertensos, distonías neurovegetativas, diabéticos e hipertiroideos. Cualquier vasoconstrictor no es aconsejable en HTA, taquicardias, arritmias y glaucoma.
- La aplicación intravenosa está contraindicada al igual que punción en lugares infectados.
- Es importante tener en cuenta que la infiltración sea muy lenta y no mover la aguja una vez dentro de la mucosa para evitar daños en las terminaciones nerviosas.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de esta técnica anestésica por parte de los profesionales de enfermería permite una mayor efectividad en la eliminación del dolor en aquellas heridas perilabiales y de la mucosa oral que requieren suturas, permite un mejor autocontrol de la ansiedad y que redundan en una mejor calidad de atención y confort en el paciente con dichos traumatismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Gay Escoda C., Berini Aytés L. Cirugía bucal. Ediciones Ergon, S.A. 1999
- Salagaray Lafargue F. Salagaray Lamberti V.M. La anestesia en odontoestomatología. Edita Hoechst Ibérica S.A. 1982
- Gay Escoda C., Berini Aytés L. Anestesia odontológica. 2ª ed. Madrid Avances, 2000
- Evers H., Haegerstam G. Manual de anestesia local en odontología. Barcelona: Salvat, 1983