

# TEMA 14: INDICACIONES Y FRACASOS DE LA ANESTESIA LOCAL.

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 1- Técnica incorrecta

- Bloqueo mandibular medial (ptorigoideo medial)
- Bloqueo mandibular profundo (parótida)
- Retraso en el momento de la intervención

## 2- Anestésico no efectivo:

- Mal estado del cartucho
- Infección de los tejidos
- Inflamación de la zona anestesiada

## 3- Hueso compacto denso en las técnicas infiltrativas.

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 4.-Variaciones de la normalidad:

- N. mandibular bífido
- Agujero retromolar

## 5.- Anastomosis nerviosas:

- Inervación contralateral anteriores

## 6.- Inervación vicariante

- Molares inferiores el nervio milohiideo

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 1- TÉCNICA INCORRECTA

- **Bloqueo mandibular**
  - Inyección alta o baja
  - Inyección profunda o superficial
  - Inyección medial
- **Inyección intravascular**

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 2- ANESTÉSICO NO EFECTIVO

Tejidos inflamados (pH ácido)



**ANESTESIA TRONCULAR**

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 3- HUESO COMPACTO DENSO

Hueso compacto alrededor dientes mandibulares



ANESTESIA TRONCULAR

ANESTESIA INTRALIGAMENTOSA

ANESTESIA INTRAÓSEA

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

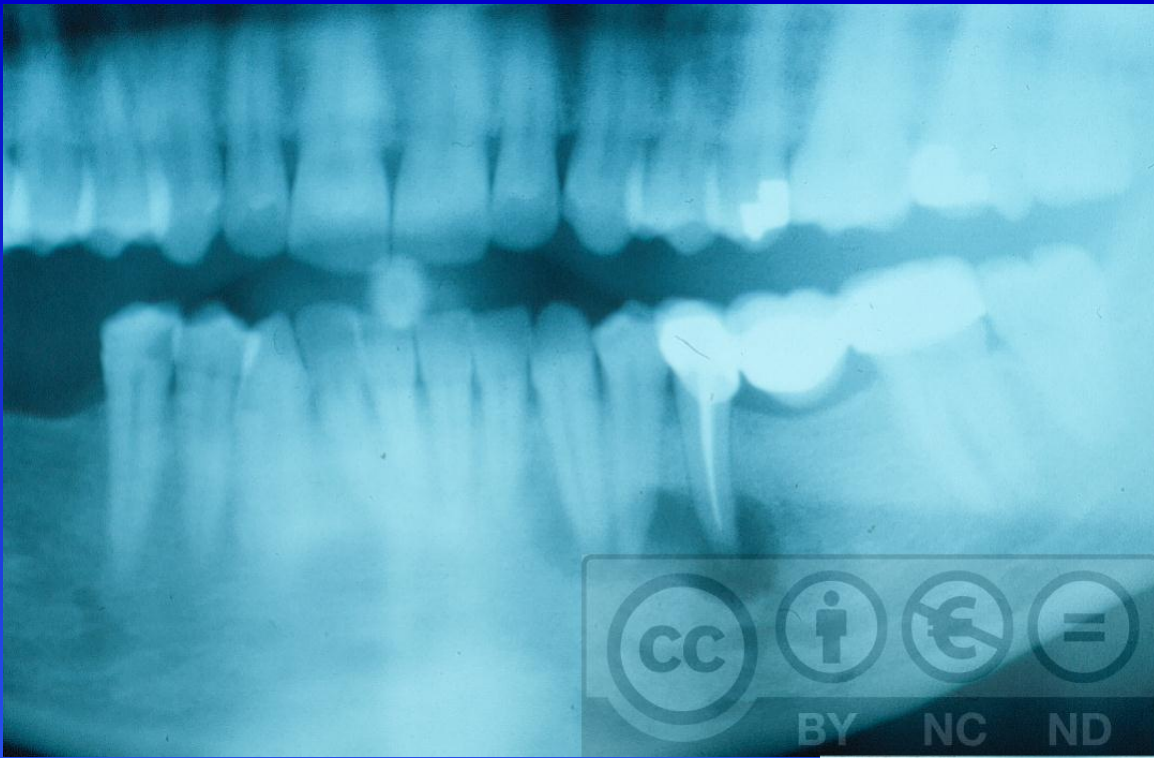
## 4- VARIACIONES DE LA NORMALIDAD

- **Nervio mandibular bífido:**

- Nortje y cols. (1977): 0'9% (39 pac/3612 pac)
- Grover y Lorton (1983): 0'08% (4 pac/5000 pac)
- Desantis y Liebow (1996): **técnica de Gow-Gates**

- **Agujero retromolar:**

- Carter y Keen (1991): 4% de pacientes
- Sawyer y Kiely (1991): 7% de pacientes
- Wong y Jacobsen (1997): **técnica de Gow-Gates e infiltración local**





# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 4- VARIACIONES DE LA NORMALIDAD

- **Inervaciones vicariantes:**

- En ocasiones molares inferiores inervados por ramos sensitivos del **N. Milohioideo**. Inyectar por lingual a nivel del tercer molar

- En ocasiones molares inferiores inervados por **ramos cervicales superiores**. Inyectar por vestibular a nivel del tercer molar

# FRACASOS DE LA ANESTESIA

## 5.- Anastomosis nerviosas:

- Inervación contralateral anteriores

## 6.- Inervación vicariante

- Molares inferiores del milohiideo

# **VARIACIONES ANATÓMICAS**

**1- Ausencia de molares**

**2- Prognatismo**

**3- Anomalías anatómicas**

**4- Niños**

# VARIACIONES ANATÓMICAS

## 1- Ausencia de molares:

- Importante mantener la jeringa en el plano horizontal correcto
- En edéntulos tener en cuenta la resorción ósea mandibular. No debajo de la espina de Spix
- Si se introduce demasiado la aguja puede producir una paresia facial (celda parotídea)

# VARIACIONES ANATÓMICAS

## 2- Prognatismo:

- La espina de Spix y el agujero mandibular quedan más altos de lo normal
- Inyectar discretamente más craneal

# VARIACIONES ANATÓMICAS

## 3- Anomalías anatómicas:

- En ocasiones molares inferiores inervados por ramos sensitivos del N. Milohioideo. Inyectar por lingual a nivel del tercer molar
- En ocasiones molares inferiores inervados por ramos cervicales superiores. Inyectar por vestibular a nivel del tercer molar

# VARIACIONES ANATÓMICAS

## 4- Niños:

- Similar a adultos

Menor densidad ósea facilita infiltración, algunos autores proponen la infiltrativa frente al bloqueo para molares temporales

Altura de espina de Spix debajo plano oclusal de 4-6 años, a nivel del plano 6-10 años, de 10-12 años 5mm encima del plano

## Niños de 4-6 años

- Espina de Spix ligeramente bajo del plano oclusal y 8 mm por detrás del plano anterior del triángulo.
- Inyección para bloqueo del alveolar inferior inclinando la jeringa 20° sobre plano oclusal.



## Niños de 6-10 años

- Espina de Spix a nivel del plano oclusal y 10 mm por detrás del plano anterior del triángulo.
- Inyección para bloqueo del alveolar inferior inclinando la jeringa  $15^{\circ}$  sobre plano oclusal.

## Niños de 10-12 años

-Espina de Spix 5 mm encima del plano oclusal y 12 mm por detrás del plano anterior del triángulo.

-Inyección para bloqueo del alveolar inferior inclinando la jeringa 5-10° sobre plano oclusal.