

Técnica de Akinosi-Vazirani o Técnica de la tuberosidad

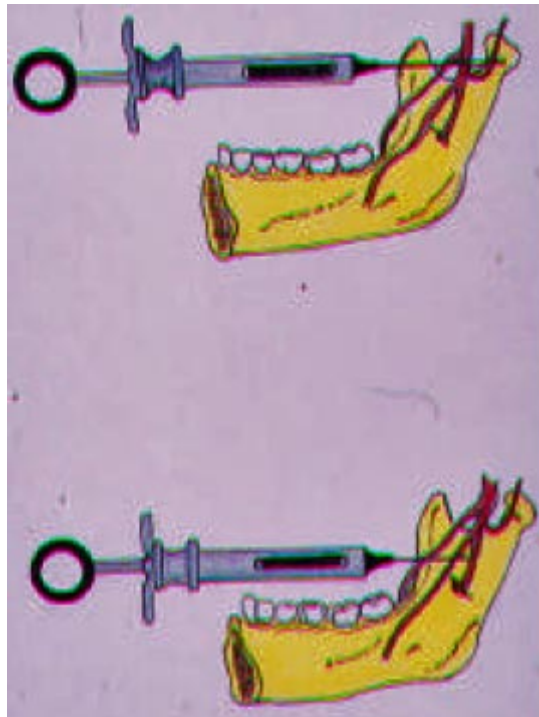
Fue descrita por (Akinosi, 1977), en la cual la anestesia se realiza proximal a la salida del nervio (Fig.5). Esta técnica tiene muy bajo índice de fracaso y produce muy buena anestesia, se diferencia de la Gow-Gates porque la técnica de anestesia de Akinosi se hace con la boca cerrada. (Donkar y col, 1991; Ekive, 1991; Gaillard y Charlot, 1988; Heine, 1985; ; Vaillard, 1985; Sinal y Waters, 1983; Gustainis y Peterson, 1981).

Produce un bloqueo de los nervios:

- Dentario inferior
- Incisivo, mentoniano
- Lingual
- Milohioideo (inerva músculo milohioideo, que eleva el hioides, el suelo de la boca y desciende la mandíbula, y el digástrico que hace descender la mandíbula o subir el hioides)

Zonas anestesiadas:

- Piezas dentarias mandibulares hasta la línea media
- Cuerpo de la mandíbula y porción inferior de la rama mandibular
- Mucoperiostio bucal y mucosas anteriores al orificio mentoniano
- Dos tercios anteriores de la lengua y suelo de cavidad oral
- Tejidos blandos linguales y periostio



Las referencias anatómicas que utiliza la técnica de Akinosi son:

- Apófisis coronoides.
- Plano oclusal.
- Rafe pterigomandibular.

TECNICA ANESTESICA

- El paciente se coloca en posición reclinada en el sillón, echado o semisentado,
- Los tejidos orales se separan ligeramente (si es del lado dch. con el dedo pulgar se retraen los tejidos blandos vestibulares lateralmente y con el dedo índice si es el izqd). La apófisis coronoides se identifica fácilmente.
- La boca está cerrada, las caras oclusales de los dientes se encuentran en contacto, los tejidos musculares y mucosas se encuentran relajados.
- La jeringa se coloca paralela al plano oclusal de los molares superiores y a un centímetro por encima del borde gingival de los mismos (Fig.6), (otros autores directamente sobre el borde).
- El punto de introducción es en la mucosa lingual mandibular paralela a los alvéolos maxilares, a la altura de 2 o 3 molar superior, en la unión mucogingival.
- La aguja es introducida con una profundidad de aproximadamente entre 2.5 a 3 centímetros en los tejidos blandos descansando en la rama mandibular entre la porción vertical de la rama de la mandíbula y la tuberosidad del maxilar. Discurre medialmente a la inserción en la apófisis coronoides del músculo temporal y lateral al m. pterigoideo interno. Por debajo del borde inferior del m. pterigoideo externo (precaución con la a. maxilar interna, que discurre por el borde inferior de pterigoideo externo, aunque su trayecto es posterior y superior-habría que hacer una punción muy profunda, y hacia arriba para lesionarla, totalmente fuera del área a localizar)).
- La solución anestésica (1,5-1,8 mL) es depositada en la mitad del camino entre el forámen mandibular y el cuello del cóndilo a lo largo del trayecto del nervio dentario inferior (Fig.7).
- Podemos doblar ligeramente la aguja con el capuchón para que la dirección se mantenga posterior y lateral o que el bisel de la aguja se dirija medial, favoreciendo una trayectoria lateral.



Cuando la técnica es correctamente utilizada la sensación anestésica de boca y labios la siente el paciente entre 40 y 90 segundos y el procedimiento quirúrgico puede empezar a realizarse a los 3 ó 4 minutos siguientes (**Heine, 1985**).

Indicaciones de la técnica de Akinosis

Según Ekive (**Ekive, 1991**), las indicaciones de la técnica de Akinosi son:

- Trismus.
- Fracaso de la técnica normal.
- Anquilosis de la A.T.M.
- Fractura del maxilar superior o inferior.
- Pacientes nerviosos.
- Fácilmente aplicable en niños.

Contraindicaciones según Ekive (**Ekive, 1991**):

- Infecciones agudas o crónicas de la región pterigomandibular.
- Poco conocimiento de la anatomía de la zona.
- Dificultad de acceso por poca visibilidad.

Desventajas de la técnica de Akinosi

- Insuficiente efecto anestésico por inervación accesoria.
- Cambios anatómicos del ala externa de la apófisis pterigoides del esfenoides

- Visibilidad limitada de las referencias anatómicas, esto produce sobre todo a los principiantes dificultad para realizarla.
- Posible aspiración positiva.

Ventajas de la técnica de Akinosi

- Disminución de molestias al paciente por ser menos dolorosa.
- Muy buena efectividad.
- Muy poca aspiración positiva.
- Muy poco trismus después de hacer la anestesia.
- Excelente anestesia de los nervios lingual, bucal y dentario inferior, en un solo paso anestésico.
- Fácil de administrar.
- Excelente en pacientes aprehensivos.
- Excelente también para niños.
- Es ideal utilizarla en pacientes con anquilosis de la A.T.M.
- Disminuye el estrés del paciente.
- Efecto anestésico entre 40 y 90 segundos.

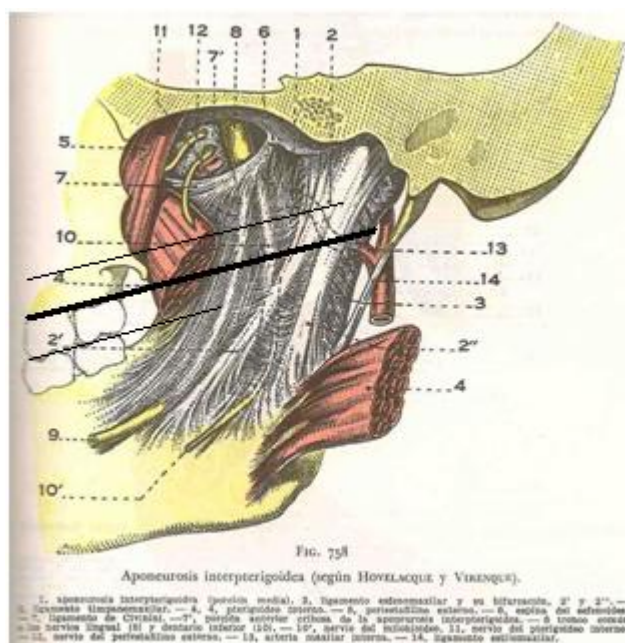
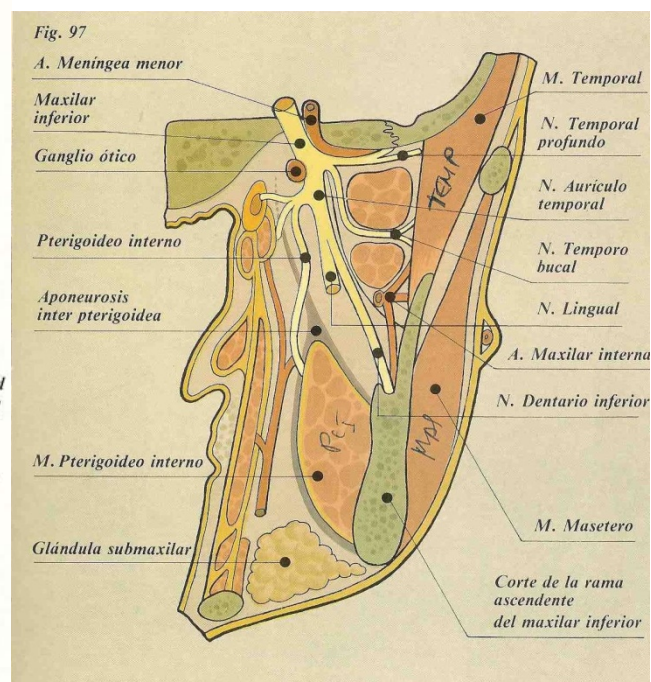
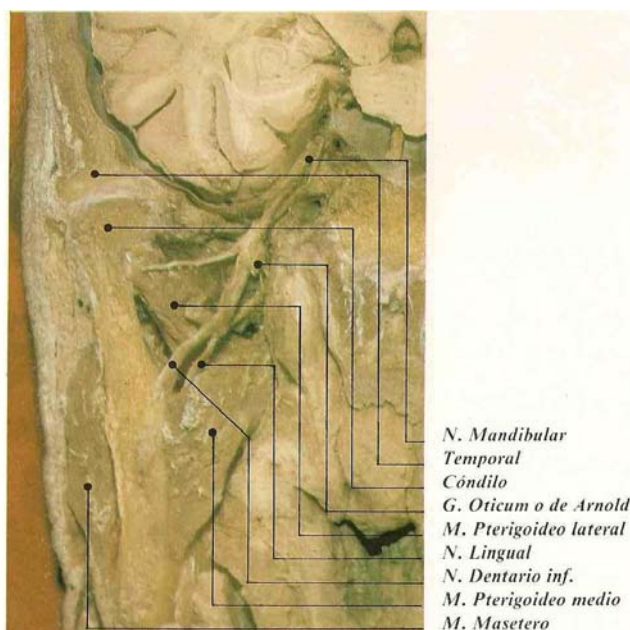
Desde que en 1973 Gow-Gates ideó su técnica la anestésica y Akinosi 1977 ideó la suya, se han tratado de comparar ambas con la técnica convencional troncular, haciendo estudios de las tres técnicas simultáneamente, así tenemos por ejemplo, los trabajos de Todoravic-Stoscic (**Todoravic y col, 1986**), que compara estas técnicas en 90 pacientes divididos en tres categorías de 30 pacientes cada uno, encontró que no existían variaciones de importancia en la eficacia de estas técnicas.

Donkar y col, 1991 comparó la técnica de Akinosi con la técnica convencional en pacientes que necesitan alguna extracción de un premolar hasta un tercer molar no importando edad, sexo no estado de los dientes. Este autor encontró que la técnica anestésica convencional fue más efectiva para la anestesia del dentario inferior, lingual y bucal. Además, que se necesita un menor número de reforzamientos para el nervio bucal a diferencia de la técnica de Akinosi que fue mayor. En 200 pacientes estudiados, en el 29% de ellos fue necesario anestesiarse el nervio bucal. Trabajos similares realizó **Yucel y Hutchinson, 1995**.

Waika Kul y Punnutikorn, 1991, encontró por el contrario que entre las técnicas de Gow-Gates, Akinosi y convencional, Akinosi fue más efectiva en cuanto a que el número de reforzamientos fue menor y fue menos dolorosa.

Y así muchos autores como **Budenz y Osterman, 1995; Cruz y col, 1994; Ekive, 1991; Madrid y Reynes, 1989;**

Berezorwiski y col, 1988; Sisk, 1986; Carpentier, 1985; Montgnese y col, 1984; Acta Odontológica Venezolana AOV Vol. 37 N° 1 Enero – Abril 1999 Goebel, 1983; Sinal y Waters, 1983; Agreen, 1981; Malamed, 1981; Repa, 1980; Watson y Gow, 1976; Malantosh y Osthere, 1967; Sischer, 1966; Winter, 1947; Cook, 1919, han realizado trabajos experimentales tratando de comparar esta técnica de anestesia en cuanto a eficacia, durabilidad de la anestesia, comodidad del paciente, dolor, cuantas veces hubo necesidad de reforzar ésta, encontrándose diferencias bastantes marcadas entre estos trabajos.



La **arteria maxilar interna** segunda rama de bifurcación de la carótida ext., se extiende desde la región parotídea hasta la fosa pterigomaxilar.

Inmediatamente tras su origen rodea el cuello del cóndilo del max. inf, pasando por el ojal retrocondileo de Juvara. Después rodea de dentro afuera el borde inferior del m. pterigoideo externo y llega a su cara exterior. Se dirige entonces oblicuamente adelante, adentro y arriba, pasa entre el m. pterigoideo externo y el temporal, hasta la parte más elevada de la tuberosidad del maxilar.

En su trayecto describe flexuosidades muy

numerosas.