

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA “CELIA SÁNCHEZ MANDULEY”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

LA TÉCNICA ANESTÉSICA GOW-GATES COMO OPCIÓN EN EL BLOQUEO MANDIBULAR

Por:

Dra. Yanisel Lucía Moya Yeras¹, Dra. Lazmary Moya Yeras² y Dra. Marisol Georgina Yeras García³

1. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Policlínico “Ramón Pando Ferrer”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: marisolyg@capiro.vcl.sld.cu
2. Estomatólogo General Básico. Clínica Dental de Manicaragua.
3. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Asistente. ISCM-VC. e-mail: marisolyg@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor deCS:

BLOQUEO NERVIOSO
NERVIO MANDIBULAR
ANESTESIA/métodos

Subject headings:

NERVE BLOCK
MANDIBULAR NERVE
ANESTHESIA /methods

La técnica anestésica Gow-Gates se utiliza en el bloqueo mandibular y no está muy difundida en nuestro país. Propuesta por George A. Gow-Gates desde 1973, ha tenido gran aceptación por parte de pacientes y estomatólogos. Esta técnica, además de referencias anatómicas intraorales, usa referencias extraorales; aplica el líquido anestésico en un punto más elevado que en el método convencional, es decir, a nivel del cuello del proceso condilar para anestesiar las principales ramas del nervio mandibular, como son los nervios alveolar inferior, lingual, bucal y suplementarios. Las referencias extraorales consisten únicamente en la escotadura intertrágica (entre trago y antitrago) de la oreja y la comisura bucal^{1,2}. Con el paciente acostado, se indica abrir la boca lo más posible, y se palpa el borde anterior de la rama con el dedo índice o pulgar, fijándose en el proceso coronoideo para ayudar a la retracción hística. En la cara interna de la mejilla, el punto de punción corresponde a la intersección de dos planos imaginarios: uno representa la cara distal del segundo molar superior, y el otro, el plano oclusal de esta misma pieza, a nivel de su cúspide distopalatina. Si esta está ausente, se hace la proyección imaginaria de ella, y se toma entonces como principal referencia la apófisis coronoides, palpando su cara interna. Se dirige la jeringa hacia el lugar de la inyección, desde la comisura bucal del lado opuesto; se distienden los tejidos a puncionar con el pulgar o índice de la mano izquierda; de esta forma, la técnica se hace menos traumática y se visualiza mejor el sitio de punción. Se inserta la aguja suavemente, luego se alinea intrabucalmente con el plano que se extiende desde la comisura labial homolateral al borde inferior del trago y paralela a la angulación de la oreja y la cara. Con la jeringa así ubicada, solo basta profundizar la aguja para llegar a contactar nuestra área objetivo (cuello del cóndilo). Se introduce la aguja aproximadamente de 25-27 mm hasta que toque el hueso (el cuello del proceso condilar). Después de retirarla 1 a 2 mm se efectúa la aspiración, y si esta resulta negativa, se inyecta seguidamente el contenido total del cartucho. Se debe retirar lentamente la aguja, y se solicita al paciente que

mantenga la boca abierta 30 segundos para permitir la difusión de la solución anestésica³. A diferencia de la técnica conductiva, el período de latencia es mayor (alrededor de 10 minutos)^{3,4}, y puede faltar anestesia del nervio bucal, probablemente debido a que este está más distante del lugar donde se deposita la anestesia; sin embargo, posee una serie de ventajas, como son:

- Se logra la anestesia profunda de las pulpas mandibulares, encías y mucosa alveolar, desde el tercer molar al incisivo central con una sola inyección⁵.
- Es infrecuente la inyección intravascular debido al depósito de la anestesia en el lado anterolateral del cuello mandibular, ya que para llegar a esta posición, la aguja pasa lateral a las posiciones usuales de las arterias maxilar interna, alveolar inferior y arteria meníngea media, e inferior a la arteria maseterina. El número de aspiraciones positivas va desde un 1,6 a un 1,9 %, mientras que en el bloqueo tradicional hay entre un 10 y un 15 %.
- Menor ocurrencia de trismo.
- Mayor grado de éxito.
- Referencias anatómicas constantes (surco intertragiano).
- Raro hallazgo de problemas de anestesia parcial o incompleta de la región posterior mandibular.
- Mediante la técnica de Gow-Gates se anestesia también el nervio milohioideo, por lo que si este contribuyese a la inervación en algún punto del arco mandibular, quedaría bloqueado.
- Rara presentación de reacciones adversas (síncope, lipotimias, entre otras).
- Vasoconstrictores innecesarios en el anestésico.
- Ausencia de paresias faciales^{3,6,7}.

Como puede observarse, son varias las ventajas que ofrece esta técnica y, además, resulta bastante sencilla, por lo que debiera ser incluida en el programa de Cirugía Bucal u Operatoria Dental para que se conozca y constituya otra opción durante los procedimientos que requieran un bloqueo mandibular.

Referencias bibliográficas

1. Proano de Casalino D, Guillén Galarza MF. Comparación de las técnicas anestésicas de bloqueo mandibular troncular convencional directa y Gow-Gates en exodoncia de molares mandibulares. Rev Estomatol Herediana. 2005;15(1):30-5.
2. Jonson TM, Badovinac R, Shaefer J. Teaching alternatives to the standard inferior alveolar nerve block in dental education: outcomes in clinical practice. J Dent Educ. 2007;71(9):1145-52.
3. García-Peñin A, Guisado-Moya B, Montalvo-Moreno JJ. Riesgos y complicaciones de la anestesia local en la consulta dental. Estado actual. RCOE. 2003;8(1):41-63.
4. Kohler BR, Castellón L, Laissle G. Gow-Gates technique: a pilot study for extraction procedures with clinical evaluation and review. Anaesth Prog. 2008;55(1):2-8.
5. Kaufman E, Epstein JB, Naveh E, Gorsky M, Gross A, Cohen G. A survey of pain, pressure, and discomfort induced by commonly used oral local anaesthesia injections. Anaesth Prog. 2005;52(4):122-7.
6. Mariuzzi ML, Tregnaghil A, Zanette G, Manani G, Robb ND. Comparison between two regional anaesthesia techniques performed by novices: the Gow-Gates block versus the Kenneth Reed Block. Anaesth Prog. 2007;54(3):131-49.
7. Viana AM, Campos AC, Morlin MT, Chin VK. Plasma catecholamine concentrations and hemodynamic responses to vasoconstrictor during conventional or Gow-Gates mandibular anaesthesia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;100(4):415-9.

Recibido: 7 de mayo de 2008

Aprobado: 22 de julio de 2008