

Desbridación de abscesos submandibulares bajo bloqueo locoregional

ALEJANDRO OVIEDO MONTES*
PAULINA RAMBLAS ANGELES*
EDGAR SAUCEDO NAJERA**
JOSE ANTONIO SANCHEZ DE OVANDO*

Se investigó la eficacia del bloqueo analgésico de los nervios alveolar inferior, auriculotemporal, lingual, bucal y plexo cervical superficial en pacientes que requerían desbridación de abscesos submandibulares unilaterales.

La técnica fue significativamente más útil ($p < 0.001$) al compararse con otras técnicas de bloqueo analgésico utilizadas en estos casos. Este tratamiento puede efectuarse en cualquier consultorio médico, con mínimos recursos utilizándose como una alternativa de la anestesia general.

CLAVES: Desbridación, analgesia local, dolor facial.

summary

The efficiency of analgesic block of the inferior alveolar, auriculotemporal, lingual, bucal and superficial cervical plexus in patients requires debridement of unilateral submandibular abscess has been investigated.

The technique was significantly more useful ($p < 0.001$) when compared with other analgesic block techniques utilized in these cases. This treatment can be performed in any medical office with minimal resources and be of use as an alternative for general anesthesia.

KEY WORDS: Debridement, local analgesia, facial pain.

Introducción

Los abscesos originados en un proceso infeccioso pueden provocar daño severo a los tejidos que los circundan, su diseminación afecta órganos vitales que a su vez provocan fallas sistémicas graves que hacen fallecer al paciente o le ocasionan daños irreversibles.^{1,3}

El tratamiento indicado para todo absceso consiste en su oportuna y eficaz desbridación que permita evacuar del organismo afectado toda la secreción purulenta, permitiendo así a los mecanismos de reparación tisular restituir incluso *ad integrum* las estructuras afectadas por la infección.^{2,4}

Cuando un absceso se encuentra en las regiones cervicofaciales el peligro de diseminación hacia zonas vitales es muy grande, por lo que su desbridación es esencial, debiendo efectuarse con rapidez y en el menor tiempo posible.⁴

Frecuentemente esta operación se realiza bajo anestesia general lo que implica que se disponga rápidamente de quirófano, de la ayuda de un anestesiólogo y del personal de enfermería experimentado para resolver esta urgencia; en caso de infección submandibular, para practicar la anestesia general siempre existe el riesgo de ruptura de las paredes que limitan la infección, proyectándola a la faringe y ocasionando su

* Departamento de Maxilofacial, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

** Residente de 3er. año, especialidad en Cirugía Maxilofacial.

aspiración bronquial. Por otra parte, en países subdesarrollados donde no se cuenta frecuentemente con las condiciones quirúrgicas óptimas para atender estas urgencias en quirófano y bajo anestesia general, es práctica frecuente realizar la desbridación incluso sin ningún método analgésico local, por lo que la maniobra se practica con la mayor rapidez aunque con grandes molestias para el enfermo, práctica muy similar a la de épocas anteriores al descubrimiento de la anestesia.⁵

Las regiones cervicofaciales poseen una inervación muy rica que presenta trayectos nerviosos accesibles al clínico para su bloqueo analgésico.⁶

Todas las técnicas de bloqueo para la cara y el cuello han sido ampliamente utilizadas en el tratamiento endoperiodontico, en operatoria dental, para el diagnóstico de dolor neuralgiforme, etc., de tal manera que su eficacia, bajo riesgo y utilidad permiten su fácil utilización en todo consultorio médico.

Se expone a continuación un estudio realizado en pacientes que presentaban absceso submandibular unilateral, los cuales fueron intervenidos bajo bloqueo locoregional comparando su efectividad analgésica.

Material y métodos

Se trataron sesenta pacientes ambulatorios con un rango de edad de 20 a 60 años atendidos en centro hospitalario de Tercer Nivel que no presentaban antecedentes clínicos de importancia y que cursaban con abscesos submandibulares de origen dentario, 36 pacientes afectados en el lado derecho y 24 en el lado izquierdo. Todos habían recibido como única terapia antimicrobiana 800.000 U. I. de Penicilina G Procaína vía intramuscular cada 12 horas durante seis días y 300 mg de acetaminofén cada seis horas según dolor. Ninguno de los pacientes recibió sedación ni cursaban con alteración de la conciencia hasta el momento previo al bloqueo. Todos reportaban dolor moderado que cedía al analgésico prescrito. Ninguno había sido sometido a desbridación previa, ni habían requerido cirugía de este tipo anteriormente. Los pacientes incluidos en el estudio cursaban afebriles, sin alteración del estado general, aunque acusaban dificultad para la apertura bucal máxima, no existía fistulización intra o extra bucal.

Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo operador dentro del consultorio y en un sillón dental convencional, en posición semifowler, sin venoclisis, utilizando lidocaína epinefrina al 1:100.000 U. I. para cada paciente, administrando el analgésico local por medio de cartuchos de 1.8 ml. con dos jeringas Carpule, una para bloqueo intrabucal, la otra para bloqueo externo, y agujas calibre 27.

Las técnicas de bloqueo utilizadas comprendieron: bloqueo regional con boca abierta, técnica Gow-Gates,⁷ bloqueo

al nervio bucal⁸ y bloqueo del plexo cervical superficial,^{8,9} utilizándose sólo un cartucho para cada uno de los bloques. Se formaron tres grupos de 20 pacientes cada uno, identificándose como: grupo I, aquel a quien se aplicó 1.8 ml. de lidocaína epinefrina al 1:100.000 U. I. en bloqueo regional al plexo cervical superficial; al grupo II se le administraron 3.6 ml. de lidocaína epinefrina al 1:100.000 U. I. bloqueando el plexo cervical y al nervio bucal; y al grupo III se le aplicaron 5.8 ml. de lidocaína epinefrina al 1:100.000 U. I. en bloqueo regional con boca abierta técnica Gow-Gates, bloqueo al nervio bucal y al plexo cervical superficial.

Previo antisepsia y colocación de campos quirúrgicos, se procedió al bloqueo intrabucal y extrabucal, según correspondió a cada grupo de pacientes, esperando diez minutos posteriores a la infiltración analgésica, se procedió a localizar el sitio más conveniente para la desbridación. Habiéndolo determinado se efectuó una sola incisión lineal de aproximadamente 1.5 a 2.5 cm abarcando piel y tejido celular subcutáneo, a través de la incisión se puncionó con una pinza mosco, dirigiéndola al interior de la tumoración facial hasta obtener la salida del material purulento y habiéndose descartado la participación de otros espacios suprahiodeos, se retiró la pinza mosco y se procedió a expulsar exhaustivamente y por compresión bimanual la secreción purulenta, en seguida se aplicó canalización de pen-rose, en todos los casos, la cual se sujetó en un borde con la piel por medio de un punto de nylon 4-0, cubriéndose el área intervenida con un apósito de gasa estéril, se dió por terminada la operación.

Durante todo el procedimiento se registró cualquier queja del paciente interpretada como dolor real, y el operador procedía inmediatamente a interrogar al paciente, solicitando calificara la intensidad del dolor, si éste lo definía como mínimo, moderado o máximo. Así también al concluir el tratamiento el operador reinterrogó a cada paciente, solicitando tratara de definir si había experimentado dolor, si éste había sido mínimo, moderado o máximo. Todas las respuestas de cada paciente fueron anotadas por el mismo personal auxiliar en la nota operatoria correspondiente en el expediente clínico.

Resultados

En el grupo uno, todos los pacientes experimentaron dolor moderado a la incisión. A la manipulación con pinza mosco y compresión bimanual, nueve pacientes reportaron dolor moderado y 11 pacientes lo catalogaron como dolor intenso.

A la colocación de la canalización de pen-rose, 15 pacientes refirieron dolor intenso y cinco lo definieron como dolor moderado. (Cuadro I). En el grupo dos, 16 pacientes refirieron dolor mínimo a la incisión, los otros cuatro pacientes reportaron dolor moderado.

Cuadro I. GRUPO I CONTROL DEL DOLOR DURANTE LA DESBRIDACION DE ABSCESOS SUBMANDIBULARES BAJO BLOQUEO REGIONAL AL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL.*

	NO. PACIENTES	DOLOR
Incisión	20	Moderado ++
Exploración	9	Moderado ++
	11	Intenso +++
Compresión bimanual	9	Moderado ++
	11	Intenso +++
Colocación del tubo de canalización	15	Intenso +++
	5	Moderado ++

* Escala estimativa de dolor: Intenso +++, Moderado ++, Mínimo +, Asintomático -.

A la manipulación con pinza mosco, compresión bimanual y colocación de canalización de pen-rose todos los pacientes experimentaron dolor moderado. (Cuadro II).

Cuadro II. GRUPO II CONTROL DEL DOLOR DURANTE LA DESBRIDACION DE ABSCESOS SUBMANDIBULARES BAJO BLOQUEO REGIONAL AL PLEXO CERVICAL Y AL NERVIU BUCAL.*

	No. PACIENTES	DOLOR
Incisión	16	Mínimo +
	4	Moderado ++
Exploración	20	Moderado ++
Compresión bimanual	20	Moderado ++
Colocación del tubo de canalización	20	Moderado ++

* Escala estimativa de dolor: Intenso +++, Moderado ++, Mínimo +, Asintomático -.

En el grupo tres, ningún paciente refirió dolor a la incisión. Durante la manipulación con pinza mosco, compresión bimanual y colocación de canalización de pen-rose, 14 pacientes no reportaron ningún dolor, tres refirieron dolor mínimo y tres dolor moderado. (Cuadro III).

Durante el período postoperatorio inmediato, desde que se aplicó el apósito de gasa hasta que se inició la desaparición del efecto analgésico regional identificado por los pacientes como recuperación de la sensibilidad normal en labio inferior, carrillo, lengua, dientes, encías y piel de la porción lateral del carrillo, que se percibían "adormecidas", todos los pacientes de los grupos uno y dos experimentaron dolor moderado que cedió sólo a la administración de analgésico. En el grupo tres todos los pacientes, tanto los que habían referido dolor mínimo, moderado o ausencia de dolor transoperatorio, no presentaron ninguna molestia y solo hubieron de administrar el analgésico hasta que se inició la pérdida progresiva del bloqueo nervioso. (Cuadro IV).

Cuadro III. GRUPO III CONTROL DEL DOLOR DURANTE LA DESBRIDACION DE ABSCESOS SUBMANDIBULARES BAJO BLOQUEO REGIONAL CON BOCA ABIERTA TECNICA GOW-GATES, BLOQUEO AL NERVIU BUCAL Y AL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL.*

	No. PACIENTES	DOLOR
Incisión	20	Asintomático -
Exploración	14	Asintomático -
	3	Mínimo +
	3	Moderado ++
Compresión Bimanual	14	Asintomático -
	3	Mínimo +
	3	Moderado +++
Colocación del tubo	14	Asintomático -
	3	Mínimo +
	3	Moderado ++

* Escala estimativa de dolor: Intenso +++, Moderado ++, Mínimo +, Asintomático -.

Cuadro IV. CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO A LA DESBRIDACION Y CANALIZACION DE ABSCESOS SUBMANDIBULARES BAJO BLOQUEO REGIONAL AL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL, AL NERVIU BUCAL Y CON BOCA ABIERTA TECNICA GOW-GATES.*

	No. PACIENTES	DOLOR
Grupo I	20	Moderado ++
Grupo II	20	Moderado ++
Grupo III	20	Asintomático -

* Escala estimativa de dolor: Intenso +++, Moderado ++, Mínimo +, Asintomático -.

Los resultados obtenidos en cada uno de los tres grupos, fueron comparados y analizados por el método de la chi cuadrada, demostrándose que la técnica de bloqueo empleada en el grupo tres fue más efectiva que la utilizada en los grupos uno y dos, con un valor de $p < 0.001$.

Discusión

Los pacientes adultos tienden a tolerar mejor cualquier agresión, principalmente aquellos por arriba de la cuarta década de la vida,¹⁰ mientras que los individuos jóvenes tienden incluso con facilidad a confundir estímulos de presión, calor, etc., interpretándolos como dolor y expresándolo en varias formas, que en el caso de un tratamiento quirúrgico bajo anestesia local, generalmente provoca falta de cooperación y/o renuencia al tratamiento. En estos casos es recomendable administrar sedación, ya sea por vía bucal y/o endovenosa, previa al bloqueo, y sólo habiendo fracasado este método deberá considerarse al paciente candidato a la anestesia general.⁵

Todos los pacientes incluidos en el estudio pudieron comunicarse en forma espontánea y de manera oportuna con el operador, por lo que fueron excluidos todos aquellos pacientes poco cooperadores o que presentaban algún impedimento que dificultara un registro eficiente de la sintomatología experimentada por cada enfermo durante y después del tratamiento.

En el grupo tres, algunos pacientes refirieron dolor, por lo que habrá que considerar algunos factores contribuyentes.

Tomando en cuenta que algunos individuos pudieran requerir un refuerzo analgésico, puede ser conveniente administrar una dosis mayor que no alcance niveles tóxicos y siempre habiendo practicado una aspiración previa a cada inyección analgésica,⁵ aunque las dosis totales máximas de lidocaína epinefrina utilizadas no debieran rebasar las dosis máximas de seguridad.

Así también debe considerarse la presencia de inervación accesoria que continua transmitiendo impulsos dolorosos aún después de haber practicado una técnica de bloqueo en forma adecuada.⁶

En aquellos casos que cursen con trismus moderado o severo, y donde sea imposible aplicar un bloqueo Gow-Gates, se sugiere un bloqueo a boca cerrada,¹¹ siendo necesario bloquear independientemente los nervios bucal y auriculotemporal, así como el plexo cervical superficial.

La analgesia local que provoca el bloqueo por técnica combinada Gow-Gates, al nervio bucal y al plexo cervical superficial, fue eficiente en los casos estudiados que requerían la desbridación y exploración de abscesos submandibulares.

Sin embargo, en caso de sospechar la participación de estructuras profundas del cuello, puede considerarse la aplicación concomitante de un bloqueo al plexo cervical profundo, teniendo siempre en cuenta que puede ocurrir inyección intravascular epidural o subaracnoidea, bloqueo simpático con Síndrome de Horner, parálisis al nervio frénico, parálisis

del nervio laríngeo recurrente y hematoma durante este bloqueo.

La técnica de bloqueo combinado no presenta un riesgo importante para el enfermo si se cumplen los requerimientos para su apropiada aplicación, aunque habrá que valorar adecuadamente al paciente a tratar, ya que este método requiere de un paciente alerta, en buenas condiciones generales.

Referencias

1. Barrat GE, Koopman C, Coulthand SW. Retropharyngeal abscess: a ten year experience. *Laryngoscope* 1984; 94: 455.
2. Dzyak WR, Zide MF. Diagnosis and treatment of lateral pharyngeal space infections. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42: 243.
3. Brad WN, Douglas DD, Dean KW, Charles AW. Infections Lea and Febiger. *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*. 1a. ed. London. Lea and Febiger, 1991; 89.
4. Goldberg MH, Topazian RG. Management of infections of the Oral and Maxillofacial Regions, 2a. ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia. 1981; 173.
5. Greene NM. A consideration of factors in the discovery of anesthesia and their effects on its development. *Anesthesiology* 1971; 35: 515.
6. Malamed SF. *Handbook of Local Anesthesia*. 2a. ed. The C. V. Mosby Co. Los Angeles, Calif. 1986; 128.
7. Gow-Gates GA. Mandibular conduction anesthesia: a new technique using extraoral landmarks. *Oral Surg* 1973; 36: 321.
8. Snow JC. *Anesthesia in Otolaryngology and Ophthalmology*. 1a. ed. Springfield, Ill. Boston. 1972; 210.
9. Stark DCC, Roberts RB. *Practical Points in Anesthesiology*. Flushing NY: Medical Examination Publishing, 1974.
10. Bell WE. *Orofacial pains*. 4a. ed. Year Book Medical Publishers. Boca Ratón. 1990; 77.
11. Akinosi JO. A new approach to the mandibular nerve block. *Br J Oral Surg* 1977; 15: 83.

