

La odontopediatría como parte del equipo multidisciplinario hospitalario durante la rehabilitación bucal bajo anestesia general. Reporte de tres casos

Luis Alfonso Gutiérrez Facundo,* María Angélica Cárdenas Mendoza,**
 Luis Javier Guadarrama Quiroz***

RESUMEN

Realizar una rehabilitación bucal integral en un paciente pediátrico y otra intervención quirúrgica bajo el mismo tiempo de anestesia general es una práctica multidisciplinaria de la cual es partícipe el servicio de Estomatología Pediátrica del Centro de Especialidades Odontológicas del IMIEM, obteniendo como resultados, tratamientos dentales de mayor calidad, influencia positiva en la conducta del paciente, reducción del estrés y optimización del tiempo. Actualmente, la estomatología pediátrica forma parte del cuerpo profesional en actos hospitalarios, al ser combinada comúnmente con los servicios de Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía Pediátrica. Se presentan tres casos, en los cuales, se realizaron dos procedimientos quirúrgicos en conjunto bajo el mismo tiempo de anestesia general. **Objetivo:** Conocer cómo interactúan de forma multidisciplinaria dos servicios diferentes (Estomatología Pediátrica, Oftalmología y Cirugía Pediátrica) del Instituto Materno Infantil del Estado de México en el ámbito hospitalario, de forma ordenada y previamente acordada, en tres pacientes pediátricos al ejecutar rehabilitación bucal previa a una orquidopexia bilateral, una cirugía de estrabismo reconstructiva y posterior a

ABSTRACT

Performing a comprehensive oral rehabilitation in a pediatric patient and another surgery while under the same general anesthesia is a multidisciplinary practice in which the Pediatric Dentistry Specialties Center of the IMIEM is involved, obtaining, as a result, dental treatments of a greater quality, positive influence on the patient's behavior, stress reduction, and optimization of time. Currently, pediatric dentistry is part of the professional team in hospital procedures, being commonly combined with the services of Otolaryngology, Ophthalmology and Pediatric Surgery. We present three cases in which two surgical procedures were held together under the same time of general anesthesia. **Objective:** To know how two different services (Pediatric Dentistry, Ophthalmology and Pediatric Surgery) of the Maternity Institute of the State of Mexico interact in a multidisciplinary way in the hospital setting, in an orderly and prearranged manner, in three pediatric patients, by performing oral rehabilitation before bilateral orchidopexy, reconstructive strabismus surgery, and after nasolacrimal duct closed intubation, generating more interest in

Abreviaturas:

ASA = *American Society of Anesthesiology*.

CTI = Caries temprana de la infancia.

Dx = Diagnóstico.

EA = Electiva fuera de cavidad abdominal.

IMIEM = Instituto Materno Infantil del Estado de México.

* Pasante de Cirujano Dentista, Facultad de Odontología.

** Estomatóloga Pediatra adscrita al Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México y Profesora titular de la Especialidad de Odontopediatría.

*** Estomatólogo Pediatra. Profesor de tiempo completo de la Licenciatura y Especialidad en Odontopediatría. Facultad de Odontología.

Universidad Autónoma del Estado de México.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/maternoinfantil>

una dacriointubación, generando así mayor interés tanto en odontopediatras como en médicos especialistas en la realización de esta práctica.

Palabras clave: Rehabilitación bucal, anestesia general, cirugía multidisciplinaria.

INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica bajo anestesia general, como lo reconoce la Academia Americana de Odontología Pediátrica, está indicada en pacientes con alteraciones sistémicas o conductuales, con poca o nula cooperación, que experimentan significativa ansiedad, para quienes la anestesia local es ineficiente y para quienes la anestesia general puede proteger el desarrollo de la psique. En el país, el Programa de Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General se realiza en instituciones públicas como el Instituto Nacional de Pediatría, el Centro de Especialidades Odontológicas del IMIEM, el Hospital Infantil de México «Federico Gómez», el Hospital Infantil de Tamaulipas, el Hospital del Niño Poblano y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Tradicionalmente, la atención de un paciente pediátrico en un medio hospitalario ha estado circunscrita a casos de cirugía maxilofacial como consecuencia de una patología; afortunadamente, las actividades intrahospitalarias han cambiado, ya que el odontólogo pediatra se ha integrado en el cuerpo multidisciplinario del ámbito médico,¹ lo que ha permitido realizar la rehabilitación bucal bajo anestesia general con la ejecución de otra intervención quirúrgica en el mismo tiempo; esto, cuando se sabe que el paciente presenta múltiples lesiones cariosas y también alguna patología sistémica cuya técnica de tratamiento es relativamente sencilla, su tiempo de ejecución corto, y requiere realizarse bajo anestesia general.

Planear la combinación de procedimientos electivos en un solo ingreso hospitalario permite minimizar el número de hospitalizaciones por procedimientos bajo anestesia general, reduce los riesgos de complicaciones anestésicas, así como la posibilidad de un trauma psicológico; asegura mayor calidad de los tratamientos realizados, y la atención que se brinda al paciente es de forma integral.^{2,3}

En este artículo se reportan tres casos de cirugías multidisciplinarias en las cuales intervino el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Se realizaron la rehabilitación bucal integral y los tratamientos de orquidopexia bilateral, cirugía de estrabismo reconstructiva y dacriointubación por diferentes servicios del Hospital para el Niño del IMIEM, siguiendo un protocolo de anestesia general y cirugía segura.

CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA

La Academia Americana de Odontopediatría ha acordado en el 2003 la siguiente definición para la caries

pediatric dentists but also in medical specialists in performing this practice.

Key words: Oral rehabilitation, general anesthesia, multidisciplinary surgery.

temprana de la infancia (CTI): es la presencia de una o más superficies cariadas en dientes temporales (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad.⁴⁻⁶

Se considera caries severa temprana de la infancia cuando el índice de órganos dentales cariados, extraídos y obturados a los 3 años es ≥ 4 , a los 4 años es ≥ 5 y a los 5 años es ≥ 6 . Esta patología se debe a la interacción entre bacterias productoras de ácidos y la presencia de carbohidratos fermentables.⁴

CRIPTORQUIDIA

A la falta de descenso testicular se le conoce como criptorquidia, la cual tiene gran importancia clínica dadas sus implicaciones tanto en la fecundidad como en el desarrollo de tumores malignos. Su incidencia es de 3% en recién nacidos a término y hasta 33% en recién nacidos pretérmino, presentándose con diferentes características de evolución en niños mayores de un año de edad, en quienes la resolución de la patología será de manera quirúrgica en la gran mayoría de los casos. El tratamiento quirúrgico es la orquidopexia, que permite realizar el descenso testicular sin tener que realizar una incisión adicional.^{7,8}

ESTRABISMO

Es una alteración en el alineamiento de los ejes visuales;⁹ provoca desviación del globo ocular, alteración de los movimientos oculares y, en algunos casos, posición anómala de la cabeza. La exotropía congénita consiste en la desviación hacia fuera de uno de los ejes oculares en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro fija un objeto;¹⁰ corresponde al 15% de todos los estrabismos.¹¹

La corrección de la desviación en el estrabismo congénito se hace realizando debilitamiento de los músculos en hiperfunción y reforzamiento de los músculos en hipofunción, y retroinsertando los músculos afectados, generalmente en forma simétrica.¹¹⁻¹³

DACRIOESTENOSIS

La obstrucción congénita del conducto nasolagrimal es la patología más frecuente de la vía lagrimal. La canalización incompleta del conducto nasolagrimal causa una obstrucción a la salida de lágrimas. Clínicamente, se presenta lagrimeo, secreción mucosa, dermatitis secundaria, conjuntivitis y, en menor gra-

do, celulitis palpebral y dacriocistitis. Afecta aproximadamente de 6 a 10% de los recién nacidos a término y a un 11% de los pretérmino.^{14,15}

El tratamiento consiste en la intubación bi- o monocanalicular, con un tubo de silicona.^{16,17}

PRIMER CASO: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CARIES TEMPRANA SEVERA DE LA INFANCIA Y CRIPTORQUIDIA

Masculino de 5 años 8 meses de edad. Clínicamente, no existía sobremordida vertical y horizontal determinada debido a la pérdida de las coronas clínicas de los incisivos centrales y laterales superiores derechos e izquierdos (*Figura 1a*). El paciente presentaba lesiones cariosas múltiples y extensas del 90% en los órganos dentales de las arcadas superior e inferior (*Figuras 1b y 1d*).

Ingresó a quirófano con riesgo anestésico quirúrgico ASA I EA; se indujo anestesia general balanceada con intubación nasotraqueal para realizar los procedimientos quirúrgicos en dos tiempos.

Primera intervención: se realizó asepsia y antisepsia de la cavidad bucal, se colocó gasa retrofaríngea y, mediante aislamiento absoluto con dique de hule, se comenzó la rehabilitación bucal, constandingo de 25 procedimientos operatorios en total: 5 pulpotomías, 8 coronas níquel cromo y 12 exodoncias, previa infiltración local de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000

como vasoconstrictor y colocación de puntos simples de sutura Vicryl 4/0 (*Figuras 1c y 1e*).

Segunda intervención: a cargo del servicio de Cirugía Pediátrica, se realizó antisepsia de la zona, se inició técnica transescrotal realizando una incisión transversal en la región anterior del escroto del lado izquierdo de 2 cm de longitud; se disecó piel y facies del músculo dartos, se efectuó orquidopexia con dos puntos simples de sutura Vicryl 2/0 y se cerró piel colocando puntos en surgete continuo con el mismo tipo de sutura. Se repitió la misma técnica en el escroto derecho (*Figuras 2a y 2b*). El pronóstico en este paciente fue favorable; al eliminar focos de infección, se redujo el riesgo de complicaciones a nivel bucal y sistémico.

SEGUNDO CASO: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CARIES TEMPRANA SEVERA DE LA INFANCIA, ESTRABISMO, CRISIS CONVULSIVAS, RETRASO PSICOMOTOR

Paciente femenina de 4 años 9 meses. Clínicamente, presentaba lesiones cariosas en los tercios cervicales de las caras vestibulares de los incisivos centrales y laterales superiores e inferiores derechos e izquierdos (*Figura 3a*), así como en los primeros y segundos molares superiores e inferiores de ambos lados (*Figura 3b y 3d*). Presentaba un 90% de lesiones cariosas.

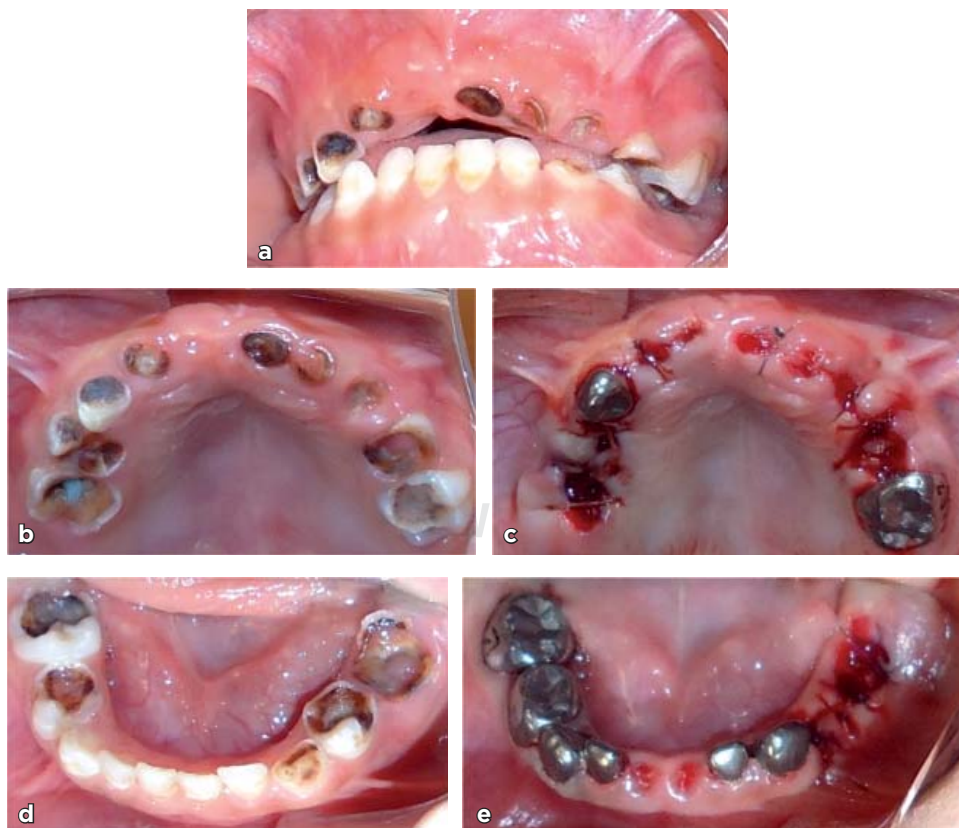


Figura 1.

Primer caso, paciente masculino de 5 años 8 meses. a) Vista frontal, caries temprana severa de la infancia; b) Vista superior, pretratamiento; c) Vista superior, postratamiento; d) Vista inferior, pretratamiento; e) Vista inferior, postratamiento.

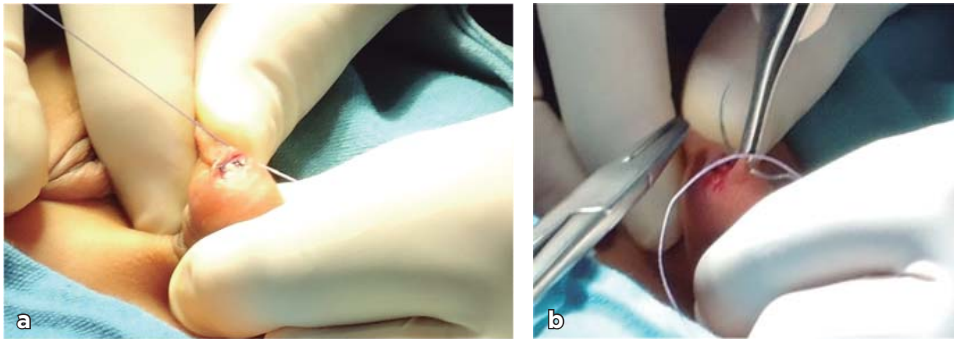


Figura 2.

Primer caso, paciente masculino de 5 años 8 meses. a) Orquidopexia en testículo derecho; b) Orquidopexia en testículo izquierdo.



Figura 3.

Segundo caso, paciente femenina de 4 años 9 meses. Rehabilitación bucal integral: a) Vista frontal de lesiones por caries anteriores; b) Vista superior pretratamiento; c) Vista superior postratamiento; d) Vista inferior pretratamiento; e) Vista inferior postratamiento.

Ingresó a quirófano con riesgo anestésico quirúrgico ASA II EA; se inició anestesia general con intubación nasotraqueal para realizar procedimientos quirúrgicos en dos tiempos.

Primera intervención: se realizó asepsia y antisepsia de la cavidad bucal, se colocó gasa retrofaríngea; mediante aislamiento absoluto con dique de hule, se inició rehabilitación bucal integral que consistió en 25 procedimientos operatorios en total: 17 coronas níquel cromo, 2 resinas, 5 pulpotomías y una exodoncia, previa infiltración local de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000 como vasoconstrictor y coloca-

ción de puntos simples de sutura Vicryl 4/0. Se devolvió armonía en ambas arcadas dentales, la función de masticación mejoró (*Figura 3c y 3e*).

Segundo tiempo quirúrgico, se realizó antisepsia de la zona a intervenir por el servicio de Oftalmología; se comenzó con el debilitamiento del músculo recto externo mediante retroimplante ecuatorial con dos cortes y, finalmente, se realizó el plegamiento en «U» del músculo recto interno, en el ojo izquierdo (*Figuras 4a y 4b*).

Pronóstico: favorable al eliminar focos de infección bucal, así como mejorar la calidad visual de la paciente.

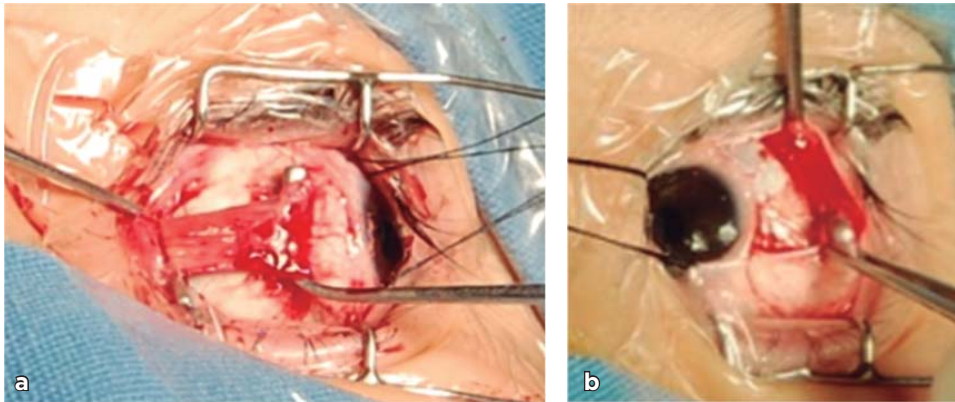


Figura 4.

Segundo caso, paciente femenina de 4 años 9 meses. Cirugía de estrabismo reconstructiva: a) Plegamiento en «U» del músculo recto interno del ojo izquierdo. b) Debilitamiento del músculo recto externo en el ojo izquierdo.

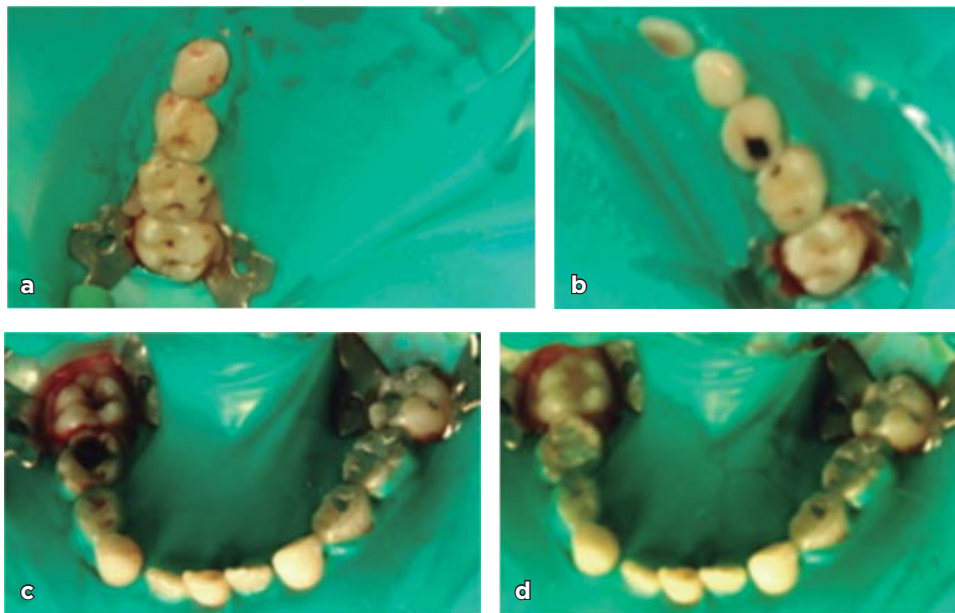


Figura 5.

Tercer caso, paciente masculino de 7 años 8 meses de edad. Rehabilitación bucal integral: a) Vista de hemiarcada superior derecha con lesiones por caries; b) Vista de hemiarcada superior izquierda con lesiones de caries severa; c) Vista inferior pretratamiento; y d) Vista inferior posttratamiento

TERCER CASO: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CARIES DENTAL SEVERA, DACRIOESTENOSIS BILATERAL, SÍNDROME DE DOWN, RETRASO PSICOMOTOR, CARDIOPATÍA CONGÉNITA (PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO Y COMUNICACIÓN INTERAURICULAR) E HIPOACUSIA

Masculino de 7 años 8 meses de edad. Clínicamente, se observaban lesiones por caries en los primeros y segundos molares temporales, así como en los primeros molares permanentes derecho e izquierdo de ambas arcadas superior e inferior (Figuras 5a, 5b y 5c). Presentaba un 80% de lesiones cariosas. Ingresó a quirófano con riesgo anestésico quirúrgico ASA III EA; bajo profilaxis antibiótica con penicilina procaínica 800 000 UI y penicilina sódica cristalina 500 000 UI vía intramuscular, se inició inducción de

anestesia general balanceada con intubación orotraqueal (Figura 6a). En este caso, se realizó primero la dacriointubación y posteriormente la rehabilitación bucal, por lo que se realizó el cambio a intubación nasotraqueal (Figura 6b), lo que permitió un mejor abordaje a la cavidad bucal para la rehabilitación dental.

Primera intervención: a cargo del servicio de Oftalmología, se realizó asepsia y antisepsia e iniciaron con la dilatación del punto lagrimal del ojo derecho (Figura 7a); se pasó suavemente una sonda de dacriointubación a través del canaliculo, rompiendo el sitio de la obstrucción o estenosis, hasta llegar a la pared medial del saco lagrimal (Figuras 7b y 7c). La sonda se rotó en sentido vertical y se pasó a través de la unión del saco lagrimal con el conducto nasolagrimal, siguiendo su trayecto anatómico hasta desembocar a nivel del meato inferior. A continuación, la sonda se sacó por la abertura de la fosa nasal (Figura

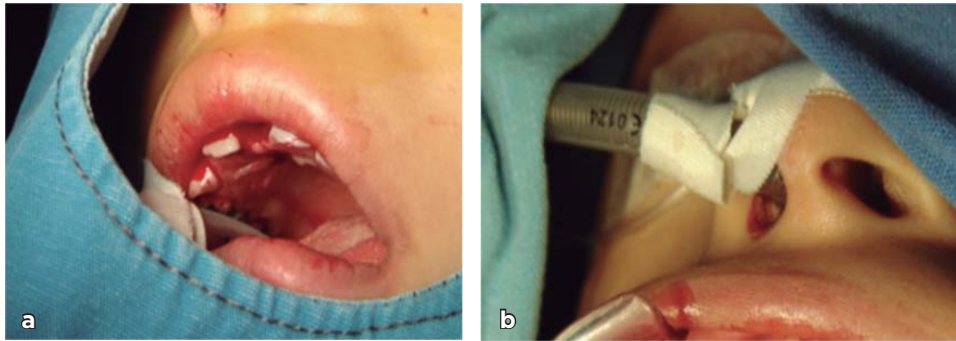


Figura 6.

Tercer caso, paciente masculino de 7 años 8 meses de edad. Cambio de intubación: a) intubación orotraqueal; b) intubación nasotraqueal.



Figura 7.

Tercer caso, paciente masculino de 7 años 8 meses de edad. Dacriointubación: a) Dilatación del punto lagrimal, ojo derecho; b) Sonda dentro del conducto lagrimal derecho; c) Sonda fijada al conducto lagrimal derecho; d) Sonda de dacriointubación en el conducto nasolagrimal izquierdo.

7d). Los dos cabos del tubo de silicona se anudaron entre sí con puntos simples de sutura Vicryl 4/0.

Segunda intervención: se realizó el cambio de intubación; se inició asepsia y antisepsia de la cavidad bucal, se colocó gasa retrofaríngea; bajo aislamiento absoluto, se desarrolló la rehabilitación bucal integral consistiendo en 16 procedimientos operatorios en total: una resina, 9 amalgamas, 2 coronas níquel cromo, 2 pulpotomías (Figura 5d) y 2 exodoncias de los órganos incisivo central superior derecho e incisivo central inferior derecho, ya que se encontraban próximos a exfoliar.

Pronóstico: favorable al eliminar focos de infección a nivel bucal así como mejorar la calidad visual del paciente.

DISCUSIÓN

Stapleton, Sheller, Williams y Mancl² refieren que los principales diagnósticos sistémicos en los que se realizan tratamientos múltiples bajo anestesia general balanceada son anomalías cardíacas en un 16%, convulsiones en un 17%, retraso del desarrollo en 50%, con lo cual coincidimos, ya que de los pacientes reportados, uno presenta anomalía cardíaca y otro convulsiones. De igual forma, los servicios médicos que frecuentemente son combinados con la odontología en el medio hospitalario son oftalmología y cirugía pediátrica.

Stapleton, Sheller, Williams y Mancl,² así como Castillo, Perona, Kanashiro, Perea y Esteves¹ refieren

Cuadro I. Comparativo de procedimientos quirúrgicos, presentando resumen y comparación del tiempo operatorio, anestésico, así como el riesgo anestésico de los tres casos reportados.

	<i>Diagnóstico bucal</i>	<i>Riesgo anestésico</i>	<i>Profilaxis antibiótica</i>	<i>Primera intervención</i>	<i>Segunda intervención</i>	<i>Total de tiempo operatorio</i>	<i>Total de tiempo anestésico</i>
Primer caso, paciente sano	Caries temprana severa de la infancia	ASA I EA	No	Rehabilitación bucal (125 minutos) 25 tratamientos dentales, con un promedio de cinco minutos por procedimiento	Orquidopexia bilateral (20 minutos)	145 minutos	200 minutos
Segundo caso, paciente con retraso psicomotor	Caries temprana severa de la infancia	ASA II EA	No	Rehabilitación bucal (120 minutos) 25 tratamientos dentales, con un promedio de 4.8 minutos por procedimiento	Cirugía de estrabismo (55 minutos)	175 minutos	200 minutos
Tercer caso, paciente con Síndrome de Down, retraso psicomotor	Caries severa	ASA III EA	Sí Penicilina procaínica 800 000 UI y penicilina sódica cristalina 500 000 UI	Dacriointubación (45 minutos)	Rehabilitación bucal (125 minutos) 16 tratamientos dentales, con un promedio de 7.8 minutos por procedimiento	170 minutos	220 minutos

que al realizar tratamientos múltiples, podemos realizar diagnósticos integrales; por consiguiente, dar una atención integral al paciente, facilitando la interconsulta, para así poder tener un mejor control pre- y postoperatorio y, con esto, influir en la conducta del paciente de forma positiva.

Para los padres y para el equipo multidisciplinario se optimizan tiempos operatorios.

Rashewsky¹⁸ y Forsyth³ exponen que los pacientes pediátricos ingresados a anestesia general balanceada para rehabilitación bucal tienen un riesgo anestésico ASA I y II; esto coincide con dos de nuestros pacientes, ya que en los casos reportados, ingresaron con clasificación ASA I, II, y uno más con clasificación III.

Rashewsky, Parameswaran, Sloane y Ferguson,¹⁸ en su artículo publicado en el 2012, mencionan que el tiempo total de anestesia general es de 222 minutos sólo en rehabilitación bucal, lo que es un tiempo muy semejante al tiempo total de anestesia general que se obtuvo en los tres casos que se presentaron.

En el *cuadro I* se muestra un resumen y una comparación del tiempo operatorio, anestésico, así como el riesgo anestésico de los tres casos reportados.

Pizano y Bermúdez^{19,20} refieren que la anestesia general es una herramienta más del manejo de conducta, por lo que se indica en pacientes con extrema ansiedad, discapacidad motriz, conducta pésima y en quienes al realizar manejo de conducta, no se obtiene mejoría en ésta.

CONCLUSIONES

Realizar dos actos quirúrgicos diferentes bajo anestesia general permite influir positivamente en la conducta del paciente, mejorar el estado de salud general, se optimizan tiempos operatorios para el equipo multidisciplinario y se ofrece mayor calidad en los tratamientos realizados.

Este tipo de intervenciones múltiples se ejecutan en pacientes que requieren procedimientos de estancia corta, permitiendo el trabajo multidisciplinario en el ámbito hospitalario.

Estos tres casos reafirman que la rehabilitación bucal es parte fundamental en los pacientes sometidos a anestesia general en el Instituto Materno Infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo MR, Perona MPG, Kanashiro IC, Perea PM, Silva-Esteves RF, *Estomatología Pediátrica*, Madrid: Ripano Editorial Médica; 2010.
2. Stapleton M, Sheller B, Williams BJ, Mancl L, Combining procedures under general anesthesia, *Pediatr Dent*, 2007; 29 (5): 397-402.
3. Forsyth AR, Seminario AL, Scott J, Berg J, Ivanova I, Lee H, General anesthesia time for pediatric dental cases, *Pediatr Dent*, 2012; 34 (5): 129-135.
4. García-Suárez A, De La Teja-Ángeles E, Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso, *Acta Pediatr Mex*, 2008; 29 (2): 69-72.
5. Montero CD, López MP, Castrejón PRC, Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar, *Rev Odontol Mex*, 2011; 15 (2): 96-102.
6. Zaror SC, Pineda TP, Orellana CJJ, Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años, *Int J Odontostomat*, 2011; 5 (2): 171-177.
7. Herrera-García WE, Cuevas-Alpuche JO, Olivera-Vázquez JL, Aguilar-Anzures R, Granados-Navas F, Orquidopexia paraescrotal en pacientes con criptorquidia inguinal, *Acta Pediatr Mex*, 2009; 30 (2): 89-93.
8. Herrera-García WE, Cuevas-Alpuche J, Solórzano-Morales SA, Aguilar-Anzures R, Olivera-Vasquez JL, Orquidopexia paraescrotal en niños con criptorquidia inguinal, *Rev Mex Cir Ped*, 2008; 15 (4): 161-168.
9. Valls-Ferrán MI, Estrabismo convergente, *Pediatra Integral*, 2002; 6 (7): 611-616.
10. Adán-Hurtado EE, Arroyo-Yllanes ME, Frecuencia de los diferentes tipos de estrabismo, *Rev Mex Oftalmol*, 2009; 83 (6): 340-348.
11. Camas-Benítez JT, Pérez-Pérez JF, Arroyo-Yllanes ME, Resultado de la retroinserción de ambos rectos externos en el tratamiento de la exotropía, *Rev Mex Oftalmol*, 2010; 84 (1): 55-60.
12. Ramos CML, Pérez PJF, Arroyo YME, Estabilidad de la retroinserción amplia de los rectos internos para el tratamiento de la endotropía congénita, *Rev Mex Oftalmol*, 2005; 79 (2): 75-78.
13. Arroyo-Yllanes ME, Pérez-Eslava EML, Pérez-Pérez JF, Murillo-Murillo L, Modificación de la posición horizontal con el plegamiento unilateral del músculo recto inferior para el tratamiento quirúrgico de la desviación vertical disociada, *Cir Ciruj*, 2009; 77 (3): 167-171.
14. Mesa JC, Mesa E, Actitud frente al niño con epifora, *Vox paediatrica*, 2008; 16 (1): 20-25.
15. Gómez T, Zaragoza P, Zato M, Obstrucción congénita del canal lagrimal, *An Pediatr Contin*, 2007; 5 (4): 235-238.
16. Trueba LA, Patología congénita de la vía lagrimal y patología palpebral, *Pediatr Integral*, 2013; 17 (7): 463-476.
17. Ansart-Berges AF, Sánchez-Navarro SV, Tovilla-Canales JL, Dacriointubación cerrada y tubo de silicona como tratamiento de la obstrucción adquirida de vía lagrimal alta en adultos, *Rev Mex Oftalmol*, 2006; 80 (5): 254-259.
18. Rashewsky S, Parameswaran A, Sloane C, Ferguson F, Epstein R, Time and cost analysis: pediatric dental rehabilitation with general anesthesia in the office and the hospital settings, *Anesth Prog*, 2012; 59 (4): 147-153.
19. Pizano DMI, Bermúdez RLF, Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. I: Evaluación del paciente e indicación de la técnica, *Revista ADM*, 2004; 61 (5): 165-170.
20. Pizano DMI, Bermúdez RLF, Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. II: Abordaje anestésico y evaluación del éxito, *Revista ADM*, 2004; 61 (6): 205-208.

Correspondencia:
Luis Alfonso Gutiérrez Facundo
 Cristóbal Colón Núm. 105,
 Col. San Mateo Oxtotitlán, 50100,
 Toluca, Estado de México.
 Tel. 01-726-26-820-50.
 E-mail: luisfacundo@outlook.es