



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM

Facultad de
Ciencias Médicas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**“ESPACIOS QUE PUEDEN REPRESENTAR VÍAS DE
PROPAGACIÓN DE AFECCIONES DE LA BOCA A
REGIONES VECINAS”**

TESISTA:

OD. ROSA EMMA BONINO

DIRECTOR:

PROF. DR. ALFREDO MARTÍNEZ CARRERAS

CÓRDOBA, 1952



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Espacios que Pueden Representar

Vías de Propagación de Afeccio-

nes de la Boca a Regiones Vecinas

Rosa Emma Bonino

ODONTOLOGO

AÑO 1952

N.º de Orden

Inventariado: Dic. 20. 2. 953
Ca. legajo
Ficha:
Número inventario: 1555

Córdoba, Octubre 14 de 1952.-

Certifico que la odontólogo Rosa E. Bonino ha preparado su
trabajo de tesis en la Cátedra a mi cargo.-



Alfredo Martínez Carreras
Profesor

T
D11
B715
q. 1

2648

5.1

Dedico este trabajo como esfuerzo realizado hacia mi propia superación, a la memoria de :

Eva Perón, que moldeó con su ejemplo la conciencia de la mujer argentina para las luchas presentes y futuras.

Al Gran conductor del Pueblo Argentino Gral. Juan Peron, que con su doctrina está demostrando al mundo, en grandesa de un pueblo que marcha seguro en pos de su propio destino.

A la memoria de mis padres, que desde las alturas interpretan y sienten mis propias inquietudes espirituales.

Esta tesis ha sido hecha en la Cátedra de Anatomía de la Escuela de Odontología que dirige el Prof. Dr. Alfredo Martínez Carreras a quien agradezco sus consejos y su orientación.

Agradezco a todo el personal de la Cátedra de Anatomía todo el apoyo y la colaboración que me han prestado.

ESPACIOS QUE PUEDEN REPRESENTAR VIAS DE PROPAGACION DE AFECIONES

DE LA BOCA A REGIONES VECINAS

Se ha parecido de interés el análisis anatómico de los espacios, todos ellos rellenos de tejido celular adiposo, que pueden representar posibles rutas para facilitar la propagación de afecciones de la boca, en especial de la región del piso de la misma, a otras regiones vecinas.

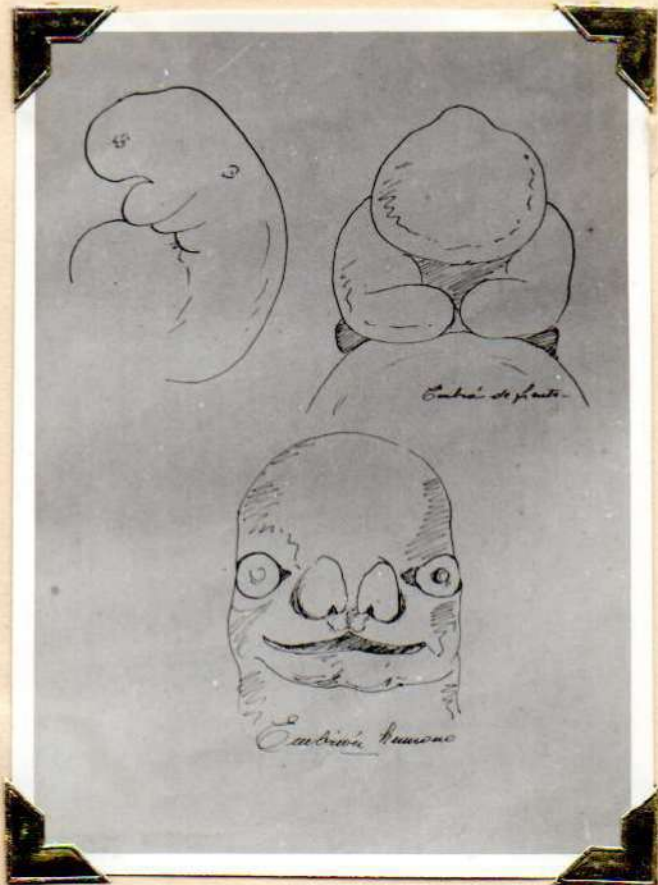
Adquiere importancia el estudio de estos espacios bajo el punto de vista anatómico en tanto que de esta manera el conocimiento puede tener una aplicación práctica en el campo de la odontología tanto clínica como quirúrgica.

Se preferido llamar "espacios de propagación" a estas vías y no espacios de comunicación por que de esta manera se sitúa en la realidad de los hechos anatómicos. En efecto: todos los espacios que he de describir no representan una comunicación verdadera, real y normal de la boca con otras regiones y si solo deben ser tenidas en cuenta como zonas de disposición y textura especial que hacen factibles en estados patológicos la propagación a distancia, por su intermedio, de distintas afecciones que se asientan en la boca y muy especialmente en el piso de la misma.

Antes de entrar en la descripción de esos espacios, se ha parecido útil y conveniente hacer antes una descripción de la boca y lógicamente para ello nada más acertado que anteponer al análisis anatómico en su aspecto morfológico, los elementales conocimientos



Lamina Nº. I



Lamina Nº.2

que nos brinda la embriología.

RESUMEN ELEMENTAL DE LA EMBRIOLOGÍA DE LA BOCA

Siguiendo a Sabrodanne efectuaré un esquema de la embriología, sin ninguna pretensión de enfocar este aspecto en el estricto sentido científico, sino para conformar pura y exclusivamente la idea de su crecimiento y formación.

En los primeros días del desarrollo embrionario podemos observar que el embrión presenta un abultamiento cefálico y más abajo de éste, otro producido por el crecimiento de los elementos que han de constituir el aparato cardio vascular. Lámina n° 1.

El abultamiento superior se lo conoce con el nombre de cefálico o polo frontal y al inferior con el nombre de abultamiento cardíaco. Entre ambas formaciones media un espacio conocido con el nombre de estomodeo, en cuyo fondo encontramos la membrana faríngea, en el sitio donde se abrirá el tubo intestinal primitivo.

En este espacio y a punto de partida de los arcos bronquiales, se efectúa el crecimiento de los botones mandibulares, maxilares y frontal, como así también, el botón que da origen a la lengua; y entre ellos conforman la boca definitiva y modelan los contornos faciales. Lámina n° 2.

Los botones maxilares crecen tratando de llegar a la línea media desde las porciones laterales y externas hacia el sitio de unión. Simultáneamente a este crecimiento se produce el desarrollo de una conexión frontal que desciende y se encruza entre ambas for-

naciones de los maxilares.

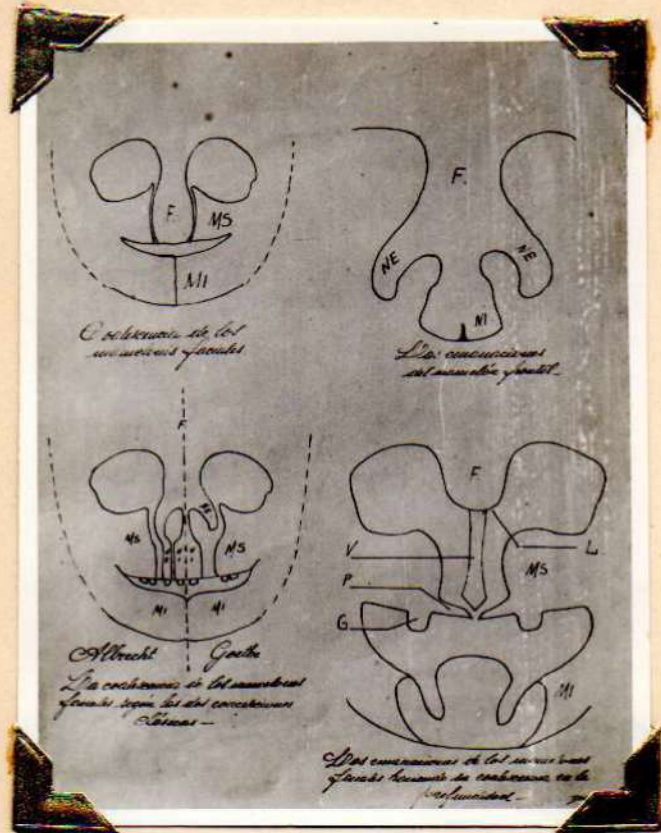
En el crecimiento superior se forma la órbita, el canal lágrimo nasal, las fosas nasales y la nariz que primitivamente aparecen como dos entidades distintas pero que al final del desarrollo se fusionan para constituir dos fosas nasales independientes dentro de una unidad externa única, la nariz con sus correspondientes partes de constitución.

Los ojos que se han ubicado en las excavaciones orbitarias aparecen al principio, como estas mismas, francamente lateralizadas, para ir a ocupar su sitio de armonía facial al final del crecimiento.

Los botones maxilares contribuyen a formar los maxilares superiores y la parte correspondiente del aparato dentario con sus elementos de cubierta.

El botón frontal al descender verticalmente forma el tabique de división de las fosas nasales y termina la formación del aparato dentario ya que por emanación de este brote frontal se forma el proceso alveolar anterior. Este brote se divide en dos emanaciones, una interna y otra externa. La emanación interna contribuye a formar el proceso alveolar donde se implantan los incisivos centrales y continúa en su seno a los gérmenes dentarios de estas piezas. Por este motivo a esta emanación se le conoce con el nombre de brote incisivo.

El brote o emanación externa contribuye a formar el proceso alveolar de los incisivos laterales y las partes de cubierta corres-



Lamina N^o.3

pendiente conteniendo los gérmenes de los incisivos laterales.

De esta manera entre el crecimiento de los brotes maxilares que constituyen el maxilar superior y el brote frontal con sus correspondientes emanaciones se forma el techo (paladar) de la boca y las fosas nasales divididas por el vómer, el tabique y el subtabique.

Sincrónicamente los botones mandibulares han ido creciendo y cerrando el espacio estomodeal en la parte inferior donde se han formado no sólo los elementos de la porción basal de la mandíbula sino también el aparato dentario y las correspondientes partes blandas del piso y de la cara.

Con el mismo sincronismo, a punto de partida del botón que da origen a la lengua, se produce el crecimiento de ésta, que contribuye al soldamiento de la cavidad bucal.

Las láminas de embrión que acompaño a esta tesis son lo suficientemente ilustrativas y esquemáticas para aclarar el problema. Láminas n^o 2 y 3.

BOCA

Al efectuar la descripción de la boca he de referirme a la boca del adulto, es decir a aquella que ha adquirido ya su completo desarrollo.

Efectuaré la descripción de la boca guiada por los conceptos clásicos de la anatomía pero sin ajustarme a los esquemas que todos conocemos. Para efectuar el estudio de la boca me he valido de la

inspección de una persona en la que se podrán individualizar todos los elementos anatómicos tal cual se presentan en el ser humano dotado de vida.

Estando el sujeto con la boca abierta se nos presenta como un espacio (no lo llamo cavidad porque creo que el significado de la palabra es otro que lo que en realidad la boca representa)

Este espacio real se nos presenta con una forma ovalada y limitada en la mayor parte de su periferia por las arcadas gingivo-dentarias.

Las arcadas dentarias al abrisarse delimitan entre las superficies de los dientes oponentes laterales un ángulo cuyo vértice está dirigido hacia atrás. En la parte anterior los dientes describen un sector de arco que al cierre de la boca en la oclusión céntrica normal tienen caracteres de concetricidad sobrepasando sobre el arco inferior el superior. Este amplio espacio de dimensiones máximas en la parte anterior, va disminuyendo las mismas hacia atrás, donde se comunica con la faringe y la laringe y también por intermedio de las osnas con las fosas nasales, a travez del istmo naso faríngeo.

De esta manera la boca representa la porción inicial del aparato digestivo y también juntamente con las fosas nasales la parte más superficial del aparato respiratorio.

Circundada por las arcadas inferiores, en el centro de la boca, reposando en el piso de la misma, encontramos la lengua que por su importancia anatómica y funcional merece un estudio aparte

como individualidad morfológica y como entidad especial donde radica el sentido del gusto.

Por fuera de las arcadas dentarias encontramos adosada a las mismas hacia adelante los labios y hacia los lados las mejillas cuyos caracteres daré al ocuparme de la región gingivo dentaria.

Si enfocamos su estudio bajo el punto de vista topográfico podemos dividir la boca en las siguientes regiones (Testut-Jacob)

- 1ª.- Región Palatina
- 2ª.- Región Sublingual
- 3ª.- Región Gingivodentaria
- 4ª.- Región Tonsilar

Región Palatina:

Esta región que constituye la pared superior y posterior del corredor digestivo-respiratorio, está formada por dos porciones de diferente textura anatómica. La porción anterior constituye la bóveda palatina y la posterior está formada por el velo palatino o paladar musculoespurótico-membranoso.

En su conjunto, ambas porciones bajo el punto de vista topográfico constituyen una sola región que se encuentra por debajo de las fosas nasales y por delante de la faringe continuándose hacia los lados y hacia adelante con la región gingivo-dentario superior y con la región tonsilar.

Hacia atrás el paladar termina en un borde libre que limita con la base de la lengua el ítemo de las fauces.

En esta región observamos en la línea media un rafe mediano fibroso, que es más o menos marcado según los sujetos.

En la porción anterior y a ambos lados del rafe medio se encuentran crestas rugosas frecuentemente transversales u oblicuas y por detrás de ellas la superficie lisa del resto del paladar.

Toda la superficie está cubierta por la mucosa que le da un color rosado y presenta en su superficie numerosos orificios de desembocadura de las glándulas.

Esta región es dura por su formación esquelética en la parte anterior y es blanda y móvil en la parte posterior donde encontramos elementos musculares que permiten asegurar y responder al papel funcional que le está asignado a esta porción, en la succión, deglución y fonación.

Si examinamos el paladar en un sujeto que respire normalmente el velo palatino pende verticalmente entre el espacio correspondiente a la boca y aquel otro que corresponde a la faringe, de modo tal que la boca y la faringe, se comunican por intermedio del istmo de las fauces.

En el acto de la succión el paladar blando desciende hasta la base de la lengua e intercepta en forma de tabique, separando ambas porciones: boca y faringe.

En la deglución por medio del juego sincrónico de sus músculos, el paladar blando forma un tabique de separación entre la faringe bucal y la nasal, adaptándose en la parte posterior a la

pared faríngea contra la cresta nasavant que se forma a la altura del tubérculo anterior del atlas o por debajo de él al nivel del cuerpo del axis.

De esta ^{misma} manera se conduce en la fonación, impidiendo que la resonancia nasal se cumpla deficientemente y fuera de tiempo.

Hacia atrás la porción movable del paladar, termina por un borde libre, que ofrece a nuestra objetivación, primero la úvula, segundo los pilares del velo palatino. Ambas formaciones son dependientes de la textura músculo-aponneurótica que analizaré más adelante.

La porción palatina que se nos presenta a nuestra objetivación es la porción bucal del paladar o inferior del mismo. La parte superior lisa, constituye el piso de las fosas nasales y pertenece a esa región.

De esta manera nosotros debemos recordar en la constitución de la parte anterior o bóveda palatina propiamente dicha, cuatro capas que son:

- 1) Capa mucosa inferior
- 2) Capa glandular
- 3) Capa esquelética
- 4) Capa mucosa superior

La capa mucosa inferior es de color blanco rosado y de notable espesor presentando adherencias firmes al periostio. Esta mucosa se continúa con la fibromucosa que tapiza la región gingivodentaria

superior.

La capa esquelética está formada por la porción horizontal de ambos huesos maxilares que juntamente con los huesos palatinos forman, al unirse en la parte posterior la sutura crucial.

Signo de tener presente es el hecho que a veces en el sitio de unión o sutura ósea de ambos maxilares suele formarse un rodete óseo denominado "torus palatino" que estaría formado por el rebasamiento del tabique nasal, que ha crecido más rápidamente que las dependencias de los botones maxilares.

El torus palatino representa un accidente de gran interés protético, ya que él es en realidad un inconveniente a salvar, en la construcción del aparato protético restaurador del aparato dentario desaparecido.

En las porciones laterales encontramos el arranque en forma vertical del proceso alveolar estableciendo de esta manera una angulación con la porción esquelética del paladar que se aproxima según los casos, al ángulo recto. En el sitio de unión de estas porciones óseas, en lo que podríamos llamar el ángulo y a pocos milímetros del mismo, encontramos un canal, por donde corren los vasos y nervios palatinos. Este canal nos conduce hacia atrás a los orificios palatinos posteriores formado, por los huesos palatinos por dentro, y por el proceso alveolar, por fuera.

En la parte anterior, el paladar se continúa en pendiente suave con el proceso alveolar; recordemos que esta porción ante-



Lámina N^o.4
(Preparado)

rior se forma a expensas de un brote frontal, en tanto que a los lados la formación depende del crecimiento de los botones maxilares. Aquí encontramos a la altura de los incisivos centrales superiores el orificio palatino anterior. Lámina 4 (fotografía del preparado)

Paladar blando:

Como creo que es de suyo interés la recordación de esta porción del paladar y como al mismo tiempo ese interés resulta de la aplicación de los conocimientos anatómicos en relación con el arte odontológico, me ha parecido útil y conveniente utilizar a tal fin el trabajo del Prof. A. M. Carreras "Análisis anatómico del Passavant"; en este trabajo encontramos no sólo la descripción anatómica de la musculatura del velo del paladar sino también la función de los distintos elementos y del velo mismo.

ANÁLISIS ANATÓMICO DEL PASSAVANT Y SU IMPORTANCIA PROTÉTICA

Prof. A. Martínez Carreras - Dr. Enrique Sechi - Dr. Antonio L. Sucoz

Prof. Dr. Carlos Sennini Astudillo

" La indiscutible importancia protética que el relieve que los distintos autores denominan Passavant tiene, nos ha decidido a realizar un análisis anatómico funcional de los distintos elementos que concurren a su formación y también aquellos otros que intervienen en el acto de la deglución.

" El protésista le asigna a la cresta que se forma en la pared faríngea de los fisurados palatinos una capital importancia, ya que es en relación a la misma que deberá ajustar su conducta para asegu-

rar el éxito de su aparato protésico, que siendo una unidad estática, espera el complemento del factor funcional para conseguir su propia finalidad."

"Normalmente el paladar blando juega un importante rol en el acto de la deglución bloqueando el espacio rinofaríngeo para que de esa manera el bolo alimenticio se deslice hacia la faringe de acuerdo al impulso dado al mismo por la acción sincrónica de los distintos elementos que funcionalmente aseguran el acto deglutorio."

"Para asegurar ese tabicamiento, el paladar blando se mueve hacia la pared de la faringe y su extremo libre llega hasta el tubérculo anterior del atlas y unas veces la adaptación se hace más perfecta siendo la porción convexa de la bóveda la que contacta con esa eminencia adaptándose el borde libre al cuerpo de la segunda vértebra."

"Haciendo caso omiso de las variaciones individuales podemos decir que el paladar blando se mueve hacia el sitio donde en los fisurados palatinos se observa la formación de la cresta de Passavant."

"No sólo tiene importancia la acción funcional del paladar blando en el acto deglutorio, sino que ella se establece con igual categoría para la fonación. Sabemos que en la emisión de los sonidos el istmo faríngeo, juega un rol de importancia, cerrándose para la emisión de la mayoría de las consonantes y permanece incompletamente cerrado para la emisión de la mayoría de las vocales."

" El protesista tiene que tener presente en forma clara no sólo la anatomía del paladar y de la faringe sino también el juego funcional de lo que podríamos denominar aparato de la deglución."

" Es por esto que antes de entrar al enfoque anatómico de la región donde se forma el relieve que denominaremos Passavant, efectuaremos en forma sintética la recordación de los distintos elementos anatómicos que intervienen en ese acto funcional."

VELO DEL PALADAR

" El velo del paladar llamado también paladar blando, está formado por una aponeurosis palatina, que hace las veces de esqueleto, un núcleo de núcleos que aseguran la función de esta parte del paladar y pliegues mucosos que tapizan a los distintos elementos anteriormente esbozados."

MUSCULOS DEL VELO DEL PALADAR:

" La musculatura del velo palatino está compuesto por cinco pares de músculos que son:

- 1º/. Periestafilino externo o esfeno salpingo estafilino.-
- 2º/. Periestafilino externos o potro salpingo estafilino.-
- 3º/. Palato estafilino o coligos de la úvula o simplemente músculos de la úvula.
- 4º/. Palatogloso o gloso estafilino.
- 5º/. Palato faríngeo o faringo estafilino.-

MUSCULO PERIESTAFILINO EXTERNO

" Este músculo nace en la fosa escafoideo de la apófisis Pte-

rigoidea, en la espina de la esfenoides y toma pié en la cara esterna de la trompa de Eustaquio; desde estos sitios de origen y después de haber rodeado el gancho de la apófisis Pterigoidea se expande en el velo del paladar donde termina."

"La acción del músculo precedentemente descrito es la de poner tenso el velo del paladar."

2º PERIESTAFILINO INTERNO:

"Nace en la porción petrosa inferior del temporal en la cara interna de la porción cartilaginosa de la trompa y termina en el velo del paladar cubriendo toda la porción posterior del velo palatino. Este músculo es elevador del velo palatino."

3º PALATO ESTAFILINO O MUSCULO DE LA UVULA:

"Este músculo nace en la porción posterior de la bóveda palatina en la espina nasal posterior y en la aponeurosis del velo del paladar desde cuyo sitio marcha hacia atrás y hacia abajo para terminar en la mucosa de la úvula. Este músculo es elevador de la úvula."

4º PALATOGLOSOS O GLOSO ESTAFILINO:

"Nace en la cara anterior e inferior del paladar membranoso y termina en los lados de la base de la lengua. Juntamente con la mucosa que la cubre forma el pilar anterior del velo del paladar. Este músculo eleva la raíz de la lengua y aproxima los pilares al plano medio."

5º PALATO FARINGEO O FARINGO ESTAFILINO:

"Este músculo del velo del paladar tiene a nuestro entender

una importancia especial no sólo por su distribución en relación con la cresta que tratamos de analizar, sino también por su función en relación con éxito del aparato protético en los fisurados. Este músculo lo encontramos en el velo del paladar dispuesto en dos capas separadas ellas por el músculo periestafilino interno. La capa posterior o superior está en contacto con la mucosa que cubre la cara posterior del paladar y sus fibras se unen con las del lado opuesto en el plano medio. La capa inferior más gruesa está situada entre los músculos periestafilino interno y externo. Nace del borde posterior del paladar óseo y de la aponeurosis palatina. En el borde póstero-externo del paladar, el músculo forma una unidad anatómica que se une a las fibras del músculo salpingo-faríngeo.

" Este músculo forma el pilar posterior del velo del paladar y va a terminar insertándose en los lados de la faringe y en el borde posterior del cartílago tiroideo de la laringe, como importante para nuestro cometido debemos hacer resaltar que algunas de las fibras de este músculo se dirigen hacia atrás cubriendo la faringe hasta llegar al plano medio de donde se unen las fibras del mismo lado del lado opuesto.

" La contracción de ambos estafilinos tienen como consecuencia inmediata la aproximación de los arcos palatos faríngeos los que a su vez se desplazan hacia adelante. Las paredes de la faringe son llevadas, por la contracción de estos músculos, hacia arriba, adelante y adentro, determinando el acortamiento del órgano.

FARINGE:

" La faringe es un conducto músculo membranoso situado en el fondo de la boca, detrás de las fosas nasales y de la faringe. Se extiende desde la base del craneo hasta la 6ª vértebra cervical y el borde inferior del cartílago cricoides. En este sitio la faringe se continúa con el esófago entanto que la laringe lo hace con la traquea."

" De acuerdo a nuestro campo, haremos solamente la descripción de los músculos de la faringe."

MÚSCULO DE LA FARINGE:

" Los músculos de la faringe están representados por el grupo de los contrictores el estileofaríngeo y el salpingo faríngeo estafilino."

CONTRICTOR SUPERIOR :

" Este músculo arranca de la lámina externa del apófisis pterigoides, del ligamento Pterigonaxilar de la línea milohioides del maxilar inferior y por algunas de sus fibras de las porciones laterales de la lengua desde estos sitios se incurvan hacia atrás para terminar en el rafe medio de la faringe y en su porción alta termina insertándose por medio de una aponeurosis en el tubérculo faríngeo."

" Este músculo, en la expansión de sus fibras, forma un borde superior que delimita con la base del craneo un espacio ocupado por la aponeurosis faringo basilar por el cual pasan la tropa

de Eustaquio y el músculo periestafilino."

" De la aponeurosis del velo del paladar nace un haz fibroso que dirigiéndose hacia atrás va a terminar en el borde superior del constrictor superior."

" Esta faja aponeurótica está, según la descripción de los autores, muy desarrollada en los fisurados palatinos.(Cunnighan). Para otros autores esa cinta está constituida por las fibras musculares que partiendo de la bóveda blanda se dirige hacia atrás pasando por fuera del periestafilino interno para ir a terminar en el constrictor superior cerca de su borde superior."

" Este fascículo muscular por su acción al elevarse el velo del paladar formaría en la pared de la faringe un relieve redondeado. Estas fibras estarían hipertrofiadas en los fisurados palatinos."

CONSTRICCIÓN MEDIO:

" Este músculo nace en el ligamento estilohioideo en el asta menor del hioides y en toda la longitud del borde superior del asta mayor del mismo hueso; desde allí se abanica para ir a terminar en el rafe medio de la faringe."

" El borde inferior del constrictor superior está cubierto por el borde superior del constrictor medio. El borde inferior de este músculo está cubierto por el borde superior del constrictor inferior."

CONSTRICCIÓN INFERIOR

" Este músculo se origina en el cartilago cricoides y en el car

tilago tiroideas; desde allí se dirige a la faringe para terminar en el rafe medio de la misma. Por debajo, este músculo se continúa con las fibras circulares del esófago."

ESTILIFARINGEO:

"Nace en la base de la apófisis estiloides descendiendo a lo largo de la pared lateral de la faringe y pasa entre el constrictor superior y el medio. Este músculo termina por debajo de la mucosa faríngea entrelazando algunas de sus fibras con las de los constrictores y termina también en el repliegue faríngeo epiglótico, mientras que otras van a insertarse junto con el palato faríngeo en el borde posterior del cartilago tiroideas."

MOVIMIENTO DEL PALADAR MEMBRANOSO

MECANISMO DE LA DEGLUCION:

"Ya hemos dicho que el paladar blando desempeña un importante rol no sólo en la deglución, sino también en la emisión de los sonidos y muy especial en el acto de soplar cuando se impulsa el aire desde la boca, que debe salir por ella, sin pasar por las fosas nasales. En el acto de soplar es cuando el istmo faríngeo tiene una máxima y más firme oclusión."

"El mecanismo de la oclusión del istmo está asegurado por el juego funcional sincrónico de los músculos del velo palatino. Los dos periestafilinos internos elevan el velo del paladar y lo dirigen al mismo tiempo hacia atrás hasta contactar con la pared posterior de la faringe. Sincrónicamente el palato faríngeo levanta

la pared posterior de la faringe formando un pliegue redondeado que en una extensión considerable se adapta a la superficie nasal del velo del paladar. Por otra parte, el periestafilino externo entra igualmente en función y al contraerse favorece el deslizamiento del bolo alimenticio hacia la faringe."

"El acto de la deglución consta de dos partes: una voluntaria y otra involuntaria."

"En la primera fase, la lengua es elevada y comprimida contra el paladar óseo. Por este mecanismo, el bolo alimenticio que ha sido depositado por la acción de los músculos buccinador un poco por detrás de la punta de la lengua, es llevada hacia atrás por el juego de los músculos intrínsecos de la misma."

"Situados ya los alimentos en la parte posterior de la lengua por los movimientos de los músculos y como al mismo tiempo el hueso hioides se desplaza hacia arriba y hacia adelante en cuyo sitio permanece fijo por la contracción de los músculos genihioides, milohioides, degástrico, y estilohioides y como también en este mismo momento se produce la elevación de la parte posterior de la lengua por la contracción de los estiloglosos y por la aproximación de los arcos glosopalatinos (pilar anterior); el bolo alimenticio cruza el istmo faríngeo y alcanza de esta manera la porción bucal de la faringe donde se inicia la segunda fase del acto deglutorio."

"En esta fase el velo del paladar es elevado por los periestafilinos internos y puestos en tensión por los externos. Además,

el esfinter faringo estafilino y las fibras superiores del constrictor entran en juego funcional de manera que el velo queda ubicado muy cerca de la pared posterior de la faringe. De esta manera se establece un verdadero tabique que impide a los alimentos el pasar hacia las fosas nasales."

"Al mismo tiempo la laringe se eleva, asegurando de esta manera el taponaje de la epiglotis para impedir el paso de los alimentos hacia el árbol respiratorio."

"El progreso del bolo alimenticio a través de la faringe, se hace por la contracción de tipo peristáltico de los músculos constrictores de la faringe."

"Hemos hecho este análisis anatómico funcional para poder recalcar la formación del rodete que los distintos autores denominan Passavent y que a nuestro entender está formado por los músculos faringo estafilino y las fibras superiores del constrictor superior de la faringe. El rodete que se forma en la pared posterior de la faringe por la contracción de estos elementos anatómicos se relacionan topográficamente con el cuerpo del axis o segunda vértebra cervical que constituye un punto de reparo de primordial importancia para el protesista."

"El protesista necesita tener una guía para localizar con seguridad el cuerpo de la segunda vértebra cervical o axis y para ello nada mejor que servirse del relieve que hace el tubérculo anterior del atlas a través de la mucosa faríngea."



Lámina N.º.5

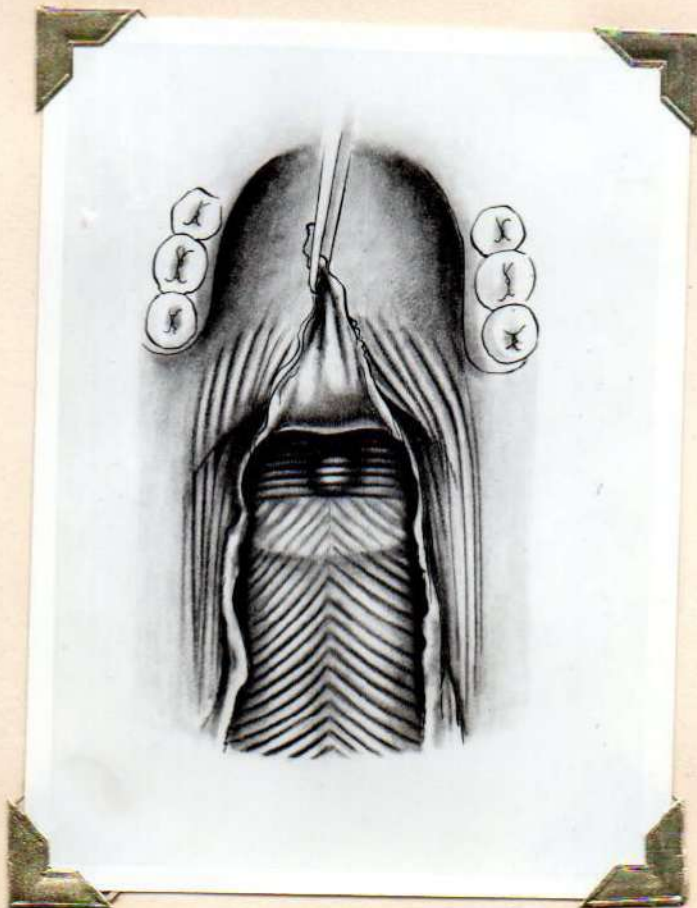


Lámina N.º.6



Lámina N^o. 7
(Preparado)

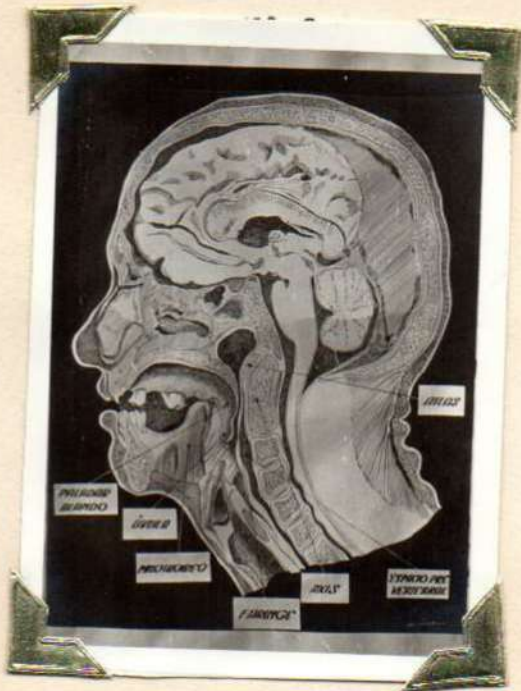


Lámina N^o. 88
(Preparado)

" El tubérculo anterior del atlas es fácilmente palpable en los fisurados palatinos. Por debajo de él y en un plano posterior, encontramos el cuerpo del axis que sirve de reparo para la confección del aparato protético cuyo estatismo espera del juego funcional del acto digestivo el complemento para poder cumplir con su misión." La mina N^o 5,6 (fotografía de preparado N^o 7,8y9)

BIBLIOGRAFIA.-

E. GREY : ANATOMIA

CUNNINGHAM: ANATOMIA

TESTUT LATARGET: ANATOMIA

TESTUT JACOB: ANATOMIA TOPOGRAFICA

VEAU VICTOR: ANATOMIA CIRUGIA FOMETICA.

REGION TONSILAR:

Esta región situada a ambos lados y en la porción posterior de la boca, nos presenta para su estudio la celda amigdalina y su contenido, la amígdala.

CELDA AMIGDALINA:

Este compartimiento, donde se aloja la amígdala, está formado:

- 1) Hacia adelante por el pilar anterior del velo Palatino
- 2) Hacia atrás por el pilar posterior del velo palatino
- 3) Hacia afuera por la aponeurosis faríngea y el músculo constrictor

tor superior de la faringe. Algunas veces se encuentra por dentro de estos pliegues el músculo faringogloso que es inconstante. (Testut)

Hacia arriba los dos pilares del velo del paladar se unen formando el vértice de esta celida a la que se le ha asignado una forma triangular. La base de este triángulo se continúa con el canal glosofaríngeo y la pared lateral de la faringe.

Amígdala:

Alojada en esta celida se encuentra la amígdala que por su cara interna está tapizada por la mucosa faríngea.

La cara externa de este elemento linfático se encuentra en relación con la aponeurosis faríngea, la que a su vez está cubierta a esta altura por el constríctor superior de la faringe.

Entre la amígdala y el plano de relación externa existe tejido celular por donde van los vasos y nervios destinados a la amígdala, se forma en realidad allí, un espacio de metafóra celular que se comunica con la capa submucosa de la base de la lengua y de la epiglotis.

Hacia adelante de la pared de la faringe encontramos a esta altura la parte anterior del espacio maxilofaríngeo, denominado celida pretilde. En este espacio encontramos:

a) En sus dos tercios anterior:

La extremidad posterior de la glándula submaxilar y el nervio lingual.

b) En su tercio posterior punto de adición de vasos y nervios:

- 1) El músculo estilogloso
- 2) El músculo estilogloso
- 3) El nervio glosofaríngeo y en el intersticio de separación de los músculos anteriores a la arteria carótida externa y finalmente la arteria facial. Lámina nº 10

REGIÓN SUBLINGUAL:

La región sublingual como su nombre indica la encontramos por debajo de la lengua cubierta por una capa mucosa que se continúa con la mucosa que reviste la superficie de la lengua y también con la fibromucosa que tapisa la porción lingual de la región gingivodentaria inferior. Levantando la lengua para su inspección nos encontramos con un repliegue mucoso de forma ovalada que se extiende desde la cara inferior de la lengua a la base de la boca; a este repliegue se le conoce con el nombre de "frenillo de la lengua".

A cada lado del frenillo de la lengua nos encontramos que por transparencia se visualizan las venas raninas. Además de las venas raninas encontramos también a ambos lados del frenillo el cordón umbilical que está constituido por un abultamiento de la mucosa en cuyo sitio desembocan los conductos de Wharton, excretorios de las glándulas sublinguales.

Un poco por fuera y por detrás encontramos los conductos excretorios de las glándulas sublinguales que forman un grupo de orificios más pequeños.

Entre estos orificios y los arcos dentarios encontramos que levanta la mucosa del suelo de la boca, las glándulas sublinguales de uno y otro lado formando las carúnculas sublinguales.

Si nosotros seccionamos la mucosa que reviste esta protuberancia comprobaremos la existencia de un espacio o celda octocorpuscular que constituye la celda sublingual.

Esta celda que contiene tejido conectivo en cuyo estado fetal se encuentran distintos elementos que más adelante describiremos, puede en estado patológico adquirir caracteres especiales que modifiquen su aspecto a la inspección y a la palpación, haciéndola aparecer con aspecto completamente distinto al normal.

Numerosas afecciones pueden tener asiento en esta región, y claro está esto de por sí, ya le da una importancia de aplicación a todos los conocimientos de la anatomía de esta zona. Lámina N° 11.

Pueden presentarse en esta zona las siguientes afecciones:

- a) ulceraciones (epiteliomas)
- b) tumores (quistes)
- c) flemones localizados
- d) flemones difusos (angina de Ludwig)

Esta última afección muchas veces de origen dentario, tiene caracteres graves y exige pleno conocimiento de la zona y regiones vecinas para su tratamiento.

No he de repetir la lectura de las obras anatómicas a mi alcance y en la descripción de esta región se valdré del preparado a-

estático depende en él bajo la orientación de la estructura celular.

Alisando la mucosa nos encontramos con que ocupa gran parte de esta célula, la glándula sublingual.

Encontramos a cada lado de la línea media formaciones similares de modo tal que si preocupación será dirigida a la descripción de uno de los lados.

Alisando la glándula sublingual podremos analizar las paredes de esta célula que están formadas de la siguiente manera:

La pared externa está formada por la porción esquelética correspondiente al aparato dentario.

La pared inferior o piso de la célula está formada por el músculo milohioideo que se extiende a manera de diafragma de separación de esta porción del suelo de la boca con la región suprahioides, desde la línea oblicua interna hasta el rafe medio, sitio de unión de estos músculos milohioideos.

La pared superior está formada por la mucosa que recubre toda esta región sublingual.

Esta célula se comunica hacia arriba con la región suprahioides por intermedio del espacio que existe entre el cuerpo del músculo hiogloso y el borde posterior del hueso milohioideo.

Este espacio conocido con el nombre de Hiatos milohioideos será descrito más adelante al referirse a la región suprahioides.

Por este espacio penetran una serie de elementos anatómicos

con de importancia que integran el contenido de la cavidad sublingual y que vienen de la región supraperiosteal. La estroma celular que encontramos en la cavidad y que rodea a los distintos elementos anatómicos es continuo por intermedio del hialino supraperiosteal con el tejido celular de la región supraperiosteal. Lámina Nº 12.

ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR

La glándula submaxilar, que se encuentra en la región supraperiosteal, se aloja en una cavidad osteofibrosa, que creemos de importancia conocer en sus detalles.

El objeto de esta descripción, es la de que puedan los conocimientos tener su aplicación práctica. En tal sentido, nuestra descripción, hecha como fruto del estudio de la anatomía clásica y su objetivación e interpretación en el preparado anatómico, creemos que será de gran utilidad para la aplicación odontológica.

Los conceptos de Sharpe nos alejarían de la idea de que la espongiofibrosis cervical superficial, forma la cavidad completa y sólo interviene en la constitución de su pared infero-externa. Deacombe, siguiendo a Tröslar, sostiene que la cavidad, está formada en gran parte, por la espongiofibrosis cervical media. Bruffert, sostiene que la espongiofibrosis cervical superficial no presenta, en la región submaxilar, nada más que una hoja, que iría a fijarse en el borde de la mandíbula y claro está, representaría la cara

o pared infero-externa de la celda submaxilar.

Para Truffert, que sigue los conceptos de Becoigne, la esponjeosis cervical media, cubo por encima del hueso hioides juntamente con la vaina vascular de los vasos próximos y se introduce por un orificio estrecho, limitado por detrás y por arriba por la arteria facial; por detrás y por debajo, este orificio estaría ocupado por el vientro posterior del digástrico y se tendría integro medio; por delante estaría el borde posterior del músculo milohioideo. Al frecuar este orificio, se produciría una evaginación en balso, activada por la acción de rechazo imprimida por la misma glándula.

Según estos conceptos, agrega Testut Latarjet, reproducción de a Truffert, la glándula submaxilar, que es una evaginación del tubo digestivo que se cubre con la esponjeosis media e manera de gorgojo de dormir, la rechaza y la aplica a la cara profunda de la esponjeosis superficial.

Testut, no le da importancia a estos conceptos y se pronuncia por las teorías de Chazy.

Entreos creemos que la concepción de Becoigne, sostenida por Truffert, es importante y responde a la realidad de los hechos.

En varones más adelante, como la celda está formada en toda su extensión, por una derivación de las esponjeosis del cuello, en parte por la esponjeosis cervical superficial y en parte, por la evaginación descrita por Truffert, dependiente de la esponjeosis

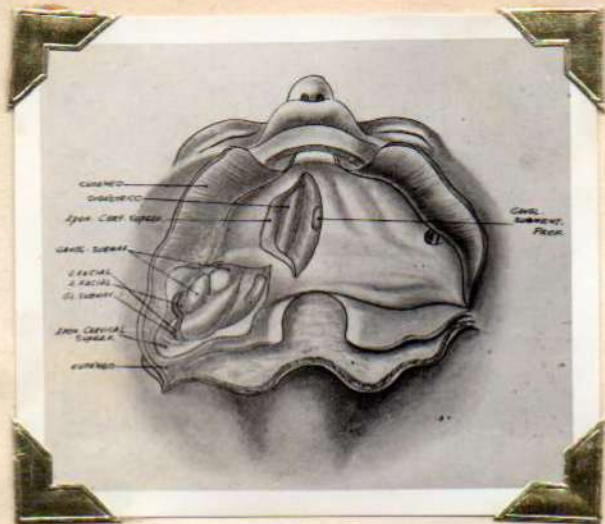


Lámina N^o.13

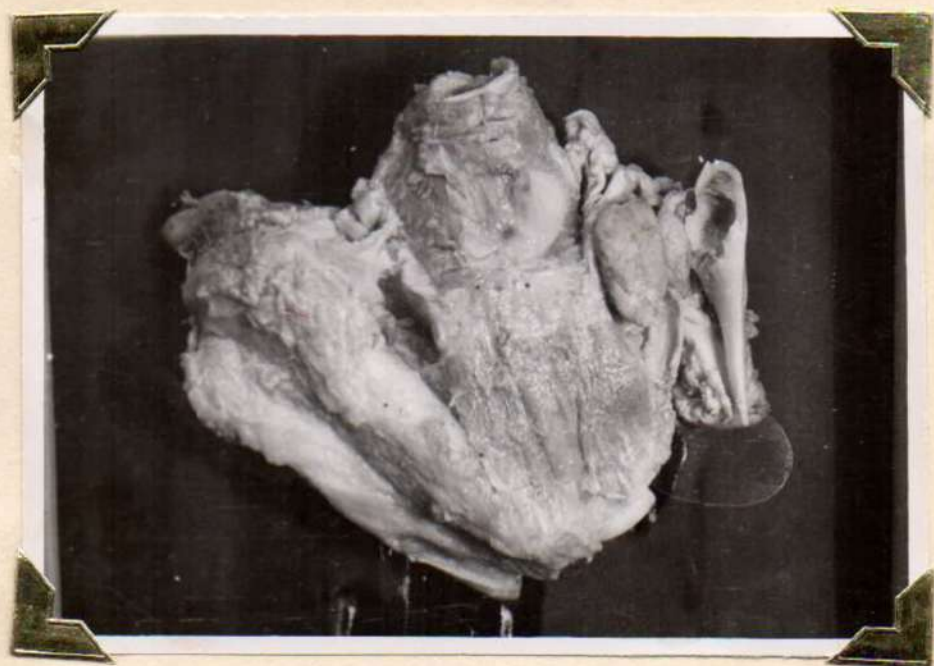


Lámina N^o.14
(Preparado)

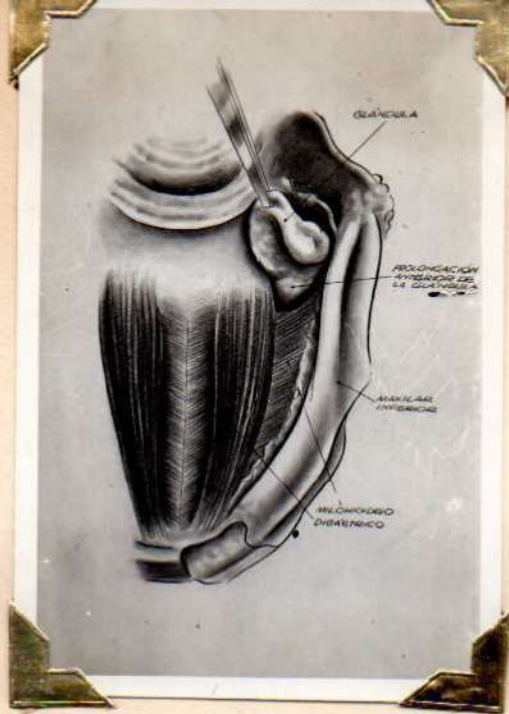


Lámina Nº.15

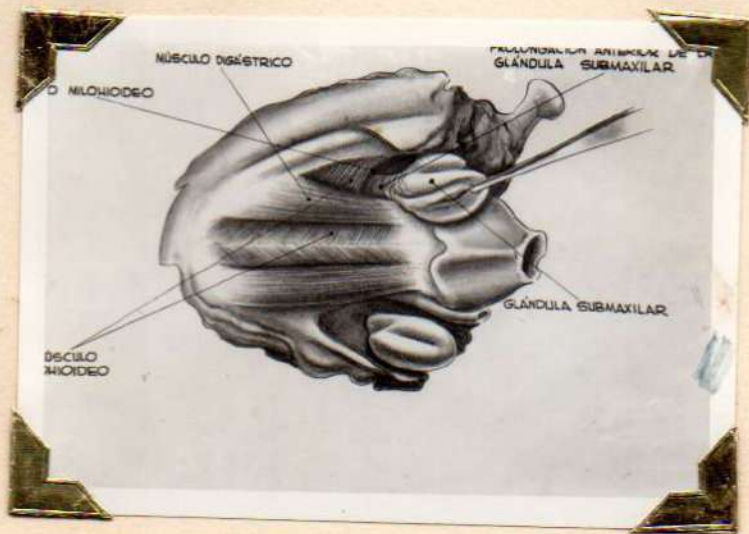
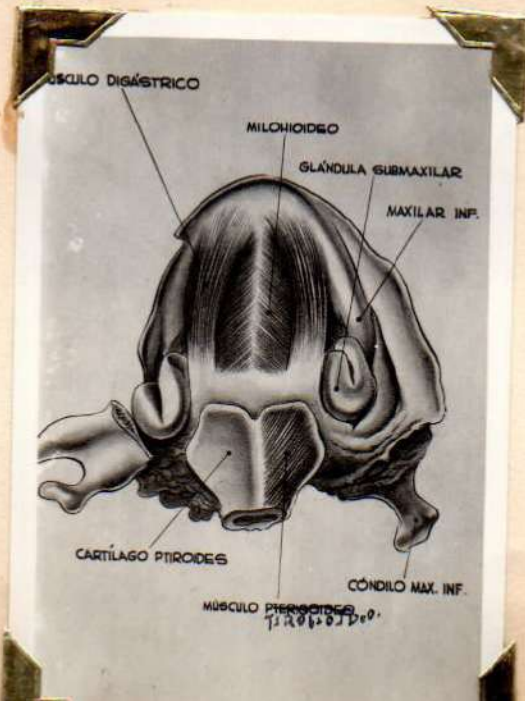


Lámina Nº.16



cervical superficial.

En nuestro preparado (fotografía nº 13), vemos en visión posterior, la región suprahioides, que después de haber separado los músculos cutáneos del cuello, nos presenta a nuestra observación, el plano de la aponeurosis superficial.

Las incisiones de esta aponeurosis, nos permite ver hacia adelante y adentro, el plano subyacente de los músculos y hacia atrás, la glándula submaxilar con la relación de la vena y la arteria facial. Esta lámina aponeurótica, representaría la pared infero-externa de la celda.

Eliminada la aponeurosis cervical superficial, se nos presenta a nuestra consideración, los músculos de la región suprahioides, vientro anterior del músculo digástrico y en un plano más profundo, el músculo milohioides. Lámina nº 14, fotografía de preparado.

En la parte posterior vemos al músculo milohioides formando el borde posterior y el labio correspondiente del hiatus del mismo nombre, que se forma entre este músculo y el músculo hiogloso. En esta parte posterior, se nos presenta la glándula submaxilar, desprovista de su pared infero-externa. De la glándula, vemos que arranca la prolongación anterior que se introduce, por el hiatus milohioides, a la región del piso de la boca. Lámina nº 15.

En la lámina nº 16, aparece el músculo milohioides, cor-

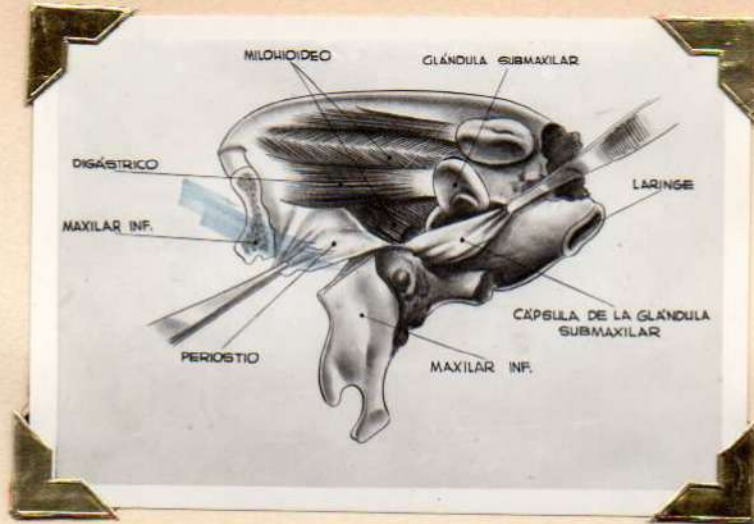


Lámina N^o.18



Lámina N^o.19
(Preparado)

cionado en uno de sus lados, a la altura del borde posterior.

Para facilitar el estudio de la celda, se procede a resecar parte de la porción esquelética de la mandíbula, como se observa en la fotografía n° 17.

Resecada la rama horizontal de la mandíbula, como puede verse en la fotografía n° 18, comprobamos que como tal maniobra se ha hecho subperióticamente, existe una lámina representada por el periostio, en donde se inserta el músculo milohioideo y se puede individualizar también, una hoja aponeurótica, que representaría, la pared en este sitio, propiamente dicha de la celda. Lámina n° 19, fotografía de preparado.

Ambas formaciones se pueden ver perfectamente bien, en la fotografía n° 20, que el momento en el cual, se separa el periostio del hueso, para la resección de la rama mandibular.

En la fotografía n° 21, tratamos de poner en evidencia individualizando ambas formaciones: periostio y lámina aponeurótica.

De estas observaciones, es lógico deducir, que al crecer la glándula submaxilar, ha destendido el capuchón de cubierta, dependiente de la aponeurosis cervical media, de modo que la lámina muy tenue que cubre la superficie, se adhiere por una parte, hacia afuera y abajo a la aponeurosis cervical superficial y por otro, hacia adentro y arriba, a la aponeurosis de cubierta de los músculos. Esta hoja es más firme y mejor individualizable hacia afuera y arriba, donde se pone en contacto con el periostio, que cubre la cara



Lámina N^o.19 (Bis)
(Preparado)

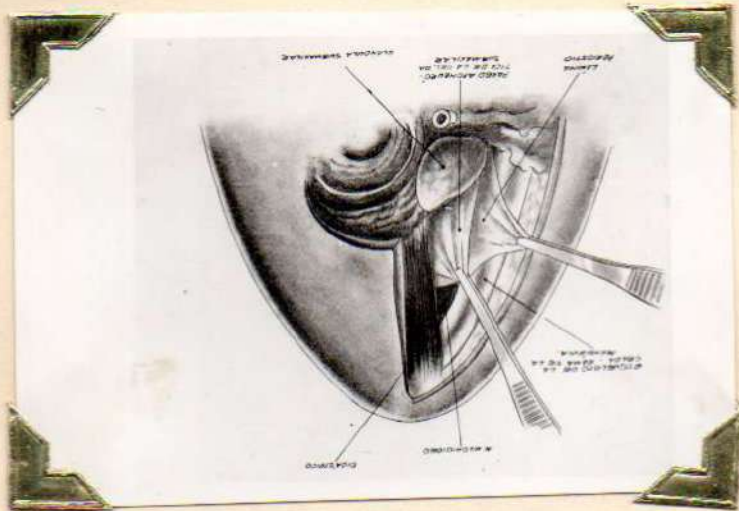
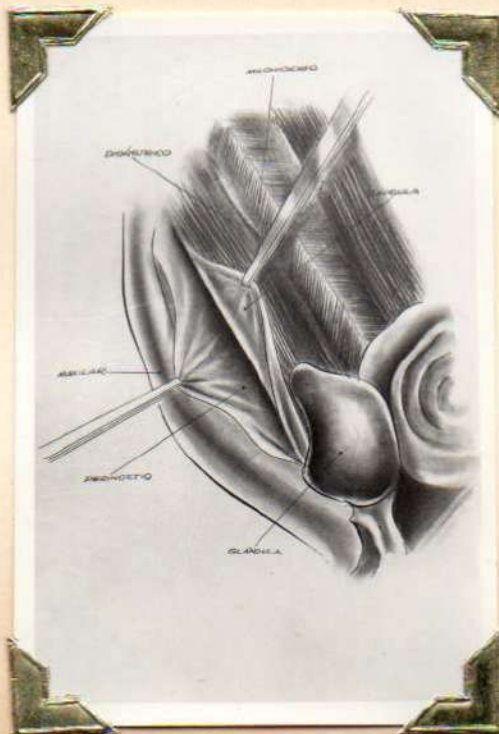


Lámina N^o.20



interior de la mandíbula. Lámina N° 32 fotografía de preparado.

La anatomía clásica, nos enseña que la celda tiene las siguientes paredes:

1º) Una pared céfalo-interna, representada por los músculos milohioides e hiogloso.

2º) Una pared céfalo-externa representada por la cara interna del maxilar inferior.

3º) Una pared infero-externa representada por la aponeurosis superficial.

Debemos decir, que la pared céfalo-interna, está formada por la aponeurosis cervical media, reforzada por la capa muscular. La pared céfalo-externa está formada por la aponeurosis cervical media, perfectamente individualizable, reforzada por el pericostio y la cara interna del maxilar que éste cubre.

La pared infero-externa está formada por la bolsa aponeurótica que la glándula misma en su crecimiento ha formado, reforzada en este sitio por la aponeurosis cervical superficial. Es decir, que en la parte infero-externa, la pared cuenta con tres elementos: a) aponeurosis, b) pericostio, c) hueso maxilar por debajo de la línea milohioides. Esto tiene una importancia quirúrgica que debemos recordar.

Así como es importante conocer las relaciones que la glándula tiene en su sitio con los vasos y los nervios, muy especialmente con los vasos faciales, arteria y vena, para las acciones quirúrgicas a realizarse, importante que determine la conducta de abordaje

de la glándula; así también, el conocimiento de la constitución de la celda, tiene importancia para el cirujano, cuando debe realizar intervenciones que pueden extenderse al sitio mismo de la glándula; resecciones de la mandíbula, evulsión de terceros molares, incluso por vía lingual, etc..

Si el cirujano obra en estas cosas con correctas maniobras que le aseguran acciones subperiféricas, no podrá invadir la celda de la glándula y logrará su objetivo sin complicaciones.

Por otra parte esta manera de enfocar el problema anatómico, aleja el temor en las técnicas por vía lingual en la evulsión de terceros molares, incluso de penetrar y herir elementos alejados en esta celda.

Así mismo, sabiendo que el músculo milohioideo se inserta en el pericostio, tiene la seguridad el cirujano de devolverle su posición una vez cumplida la intervención mediante la síntesis de los tejidos.

CONTEXTO DE LA CELLA SUBLINGUAL:

Encontramos aquí el nervio lingual que desciende desde la región cigomática y realiza a nivel del hueso milohioideo una curva para hacerse horizontal en sentido paralelo a la lengua en donde se distribuye. Láminas n° 11 y 12.

El conducto de Wharton que ha penetrado por el hueso de los milohioideos establece relaciones de importancia con el nervio lingual, como puede verse en el esquema adjunto, tomada de Zentgraf

ajet, y marcha hacia el sitio de su terminación por encima de la prolongación anterior de la glándula submaxilar en la parte posterior de la celda y más adelante cubierto por la glándula sublingual unas veces y otras siguiendo el borde superior y por dentro de la misma. Ese esquema, concuerda con lo que he observado en mis preparaciones de (preparados. N.º.23)

En la parte posterior de la celda, encontrase la prolongación de la glándula submaxilar que ha penetrado en este espacio por el hiatus milohioideo desde la región suprathioidea, desde donde arranca del cuerpo mismo de la glándula submaxilar.

GLÁNDULA SUBLINGUAL

Esta glándula ocupa la forma de su mismo nombre, que se encuentra en la porción esquelética situada por encima de la línea milohioidea.

constituida

De forma ovalada y constituida por numerosas glándulas más pequeñas que tienen canales excretorios propios, forma por medio de su borde superior a los lados del frenillo, las carúnculas sublinguales. Hacia atrás, su extremidad posterior se pone en íntima relación con la prolongación anterior de la glándula submaxilar.

La glándula sublingual, descansa en el piso de la boca por un número variable de conductos que representan a las unidades glandulares, que forman en su conjunto a esta glándula. Entre de esos conductos, hay uno de mayor calibre que es el conducto excretor de la glándula de mayor volumen y que se le denomina de Rivi-

NERVIO HIPOGLOSSO MAYOR

Desde la médula espinal, este nervio pasa al conducto del hipoglossos en el occipital. Al emerger del conducto occipital, se relaciona con la vena yugular, la carótida interna y los nervios glosofaringeos, nervio gástrico y espinal.

Llega en su trayecto descendente, al ángulo del maxilar inferior, para hacerse superficial por debajo del vientre posterior del digástrico, para emerger entre la vena yugular interna y la carótida interna. Más adelante, cruza la arteria carótida externa y el arco de la lingual, estando a su vez cruzado por la arteria facial.

De esta manera llega en relación con el cuerpo del músculo hioglosos al hiatus

penetra en la caída del piso de la boca y se pone en relación con el músculo genioglosos, donde se distribuye, innervando la musculatura de la lengua.

El nervio hioglosos, está en relación con la vena sublingual. Además de estos elementos, encontramos los vasos, arterias y venas sublinguales, que están en relación con la cara interna de la glándula sublingual y por debajo del conducto de Wharton.

La arteria sublingual es rama de la arteria lingual y se anastomosa con un ramo de la arteria submentonera, rama ésta de

la arteria facial.

La vena sublingual es tributaria de la vena lingual, la que a su vez termina en la vena yugular interna, después de haber formado la mayor parte de la vena, el tronco tiro-linguo-facial.

Encontramos en esta celda, un masa de tejido celular laxo que rodea a los distintos elementos contenidos en esta región. En este tejido, se desarrolla la celulitis que dá lugar a la ex-gina de Ludwig o flemón leñoso del suelo de la boca.

Me ha parecido conveniente por su importancia y por la relación que tiene con el cometido, transcribir el trabajo "Topografía del 3º molar", que presenté con otros al C.U.F.O., que pondré al final para mis conclusiones en relación con la descripción de los espacios.

ESPACIOS DE INTERES ODONTOLÓGICO QUE REPRESENTAN VÍAS DE COMUNICACIONES DE LA BOCA CON OTRAS REGIONES.

- 1) Espacio milohioideo
- 2) Espacio linguoretromilohioideo.
- 3) Espacio faringe pteringoideo de Diehl
- 4) Espacio gingivo-masetérico temporal

1) Espacio milohioideo: Este espacio se forma entre los músculos milohioideos y los hioglosos. Para mejor y más clara descripción del mismo, recordaremos la región suprahioides, en forma esquemática.

REGIÓN SUBMANDIBULAR

Esta región encuadrada dentro de los límites por todos conocidos, adquiere importancia por contener en su área a la glándula submaxilar. Esta glándula está ubicada en la celda submaxilar, que como sabemos está formada de acuerdo a lo que precedentemente hemos descrito. Ver láminas 14, 15 y 16.

Recordemos que la glándula submaxilar, está vecina a la glándula parótida, pero sus compartimientos son distintos e independientes, estando separados por un refuerzo dependiente de la vaina del músculo esternocleidomastoideo, que se conoce con el nombre de tabique intermaxiloparotideo.

La prolongación anterior, está en relación con el músculo milohioideo y acompaña al conducto de Wharton, penetrando en el hístus milohioideo para terminar en la celda sublingual, por cuyo intermedio comunica la región suprahioidea con dicha celda.

No hace estas relaciones de la glándula submaxilar porque las considero de interés bajo el punto de vista quirúrgico.

Todos sabemos que los linfáticos de la región de la boca van a terminar en los ganglios que están en la glándula submaxilar ubicados de la siguiente manera: unos preglándulares, otros subglándulares o retroglándulares, ambos grupos están en íntima relación con la glándula y dentro de la celda de la misma.

Sabemos que cuando existe una lesión neoplásica en la boca, el acto quirúrgico no puede conformarse con extirpar la lesión

la situ sino que tiene que efectuarse también la extirpación de las glándulas submaxilares, para extirpar con ellos estos grupos ganglionares.

El conocimiento que acaba de recordar tiene importancia porque condiciona la conducta del cirujano en estos casos. Recordando esto, a ningún cirujano se le ocurrirá el abordaje de la glándula de atrás hacia adelante, porque si así fuera, habría elegido la vía más peligrosa (arteria facial, tronco tirolinguofacial).

Lo correcto es que el abordaje se haga desde el polo anterior hacia el cuerpo de la glándula porque de esta manera tendremos todos los elementos a la vista y evitaremos sorpresas desagradables.

Es decir que la anatomía condiciona siempre las maniobras quirúrgicas dentro de lo lógico.

En esta región y a la altura de la puerta de entrada del hioides a que me estoy refiriendo, encontramos el tendón intermedio del digástrico y en línea aponeurótica fijados y también el ojo del tendón del músculo estilogloso.

Menciono estos de la región suprahioides que se abstenjo de describir por no ser este el objetivo de esta tesis.

Allí se debe recordar, porque tiene interés quirúrgico la formación del triángulo de Decker; este triángulo está formado por el hueso hioides, el tendón intermedio del digástrico y por el hiopigloso mayor que corre acompañado por la vena lingual.

En este triángulo se aconseja hacer la ligadura quirúrgica

de la arteria lingual, porque a esta altura aún no ha empezado a dar sus colaterales dicha arteria.

El triángulo de Piragoff, situado por delante solo se usa en los ejercicios de medicina operatoria, por lo cual no se ha de ocupar del mismo.

La arteria lingual desde su origen acompañada de dos venas profundas, se cubre casi de inmediato por el músculo hiogloso y va a la región de la lengua.

La vena lingual corre en distinto plano que la arteria, siendo de el músculo hiogloso quien las cubra. Ella ha salido de la región sublingual por el hiatus milohioideo y corre paralela al nervio hiogloso mayor que aprovecha el hiatus para introducirse en la región de la boca.

EL ESPACIO MIOHIOIDEO:

Este espacio que ya he dicho como se forma nos conduce desde la región suprahioidea a la sublingual. Por él penetran a esa región sublingual, los siguientes elementos:

- 1º) La prolongación de la glándula submaxilar
- 2º) El nervio hiogloso mayor acompañado de la vena lingual
- 3º) El conducto de Wharton

Si examinamos la lámina de cubierta vemos que el espacio que media entre el músculo milohioideo y el hiogloso es de cierta extensión y existe un verdadero contacto cuya pared externa la forma el músculo milohioideo y la interna el hiogloso, como se puede ver

en la lámina del preparado hecho a tal fin, cuyo esquema reproduciré.

El espacio propiamente dicho o entrada a ese espacio hio-milohialdo está formado por el borde posterior del músculo milohialdo y el cuerpo del músculo hiogloso. Lámina N° 12.

CONDUCTO HIO-MILOHIALDO:

He denominado de esta manera a la posición del trayecto comprendido entre estos músculos hiogloso y milohialdo. Este espacio se continúa con la célula sublingual o mejor dicho forma parte, a mi entender de esa célula ya que no existe ningún límite de separación entre ellos.

Lo que diferencia a uno y otro es la formación de sus paredes.

En lo que llamo contacto hio-milohialdo con estos músculos los que forman sus paredes estando el hiogloso por dentro y el milohialdo por fuera. El contacto está completado por la sucesión bucal hacia arriba. Lámina N° 11.

Sea además la célula sublingual ^{esta} constituida de acuerdo a lo que precedentemente he descrito.

Es interesante hacer recordar que en este espacio encontramos un tipo de tejido celular que a la vez que une los distintos elementos que luego describiré, sirve de plano de continuidad, con la región suprahialda; además encontramos tejido estriado repartido convenientemente en la región para realizar su papel de co-

jinete. En este espacio encontramos escalonados de arriba a abajo, los siguientes elementos:

1º) El codo que hace el nervio lingual que desciende desde la región cigomática al piso de la boca, y precisamente aquí, hace su curva para dirigirse a la lengua. Aquí el nervio lingual, como veremos más adelante, adquiere relaciones de importancia con el conducto de Wharton.

Junto al codo del nervio lingual, hay un ganglio pequeño, como puede verse en el preparado. Se trata del ganglio submaxilar que se forma por las raíces del plexo simpático periaortario (arteriofacial) y que establece anastomosis con el nervio lingual y envía filotes a la glándula submaxilar.

Como creo que tiene un especial interés quirúrgico, he detallado al nervio lingual en el piso de la boca.

NERVIOS LINGUALES EN EL PISO DE LA BOCA

Debemos que el nervio lingual se desprende del tronco del nervio maxilar superior y desciende juntamente con el nervio dentario inferior, que también se ha originado en esta rama del trigémino, hacia abajo, para seguir las regiones de la boca, donde se ha de distribuir. Desde su origen en la fosa cigomática, el nervio lingual corre en un plano anterior al nervio dentario inferior. Como dato, el nervio lingual, está cubierto por la eponeurosis ligamentariforme y adquiere relaciones importantes con el músculo ptérigideo interno.

A la altura de la rama ascendente, el nervio dentario se introduce en el conducto dentario y el nervio lingual, que ocupa siempre una posición anterior, cruza el borde anterior del músculo pterigoideo, para llegar al piso de la boca, en la región que nosotros denominamos "zona topográfica de la tercera molar mandibular".

La lámina N° 25 de Gray nos da cuenta de la descripción que hacemos de este nervio.

En la lámina N° 26 de Gray vemos, cómo al franquear el músculo pterigoideo, el nervio hace una curva para dirigirse hacia la región sublingual. Esta curva se lleva a cabo a la altura del borde posterior del músculo milohioideo. Sabemos que por dentro, el nervio está en relación con el músculo hiogloso.

Sabemos también que aquí se forma, entre el músculo milohioideo y el músculo hiogloso, el hiatus milohioideo. En consecuencia, podemos deducir: que el nervio descansa sobre el piso de la boca, representado por el músculo milohioideo y como éste se inserta en el periostio que cubre la cara interna del maxilar inferior, a la altura de la línea oblicua interna, línea ésta que nos sirve para dividir lo que nosotros llamamos proceso alveolar, de la porción basal de la mandíbula; podemos deducir entonces que el nervio se encuentra por encima de la línea milohioidea en relación con el proceso alveolar de la zona topográfica de la tercera molar mandibular.

A la altura del hueso esfenoidal, el nervio lingual se pone en relación con la glándula submaxilar o mejor, con la prolongación anterior de esta glándula, con el conducto de Wharton y con el ganglio submaxilar. Lámina N° 27.

Al hacer la curva el nervio lingual, adquiere relaciones de importancia con el conducto de Wharton. Este conducto que viene de la región esfenoidal, cruza por dentro el nervio lingual, adquiriendo relaciones más íntimas, con el músculo hiogloso que el nervio mismo. Después, el nervio lingual, al efectuar su curva y comenzar su distribución, cruza por debajo del conducto de Wharton y se coloca por dentro del mismo, en íntima relación con el músculo geniohiogloso. A esta altura, el nervio lingual empieza a ramificarse para ir a cumplir con su destino. Lámina N° 12.

En el sitio de la curva, el nervio está en relación con el ganglio de la glándula submaxilar, con los filotes que se originan del plexo simpático de la arteria facial, cuyo contingente va a parar al ganglio. Del ganglio viene que salen las fibras preganglionares destinadas a la glándula submaxilar.

Más notable es la relación, que podríamos imaginar con la glándula, ya que ella está separada por las paredes de la vena. Por debajo de él, encontramos a esta altura, el conducto de Wharton y en relación con éste y ubicado por debajo, a la prolongación anterior de la glándula submaxilar.

En las fotografías n° 11 y N° 28 se pueden ver estos deta-

llos y también más inferiormente a la vena lingual y el nervio hipogloso mayor, que han entrado en el canal hipogloso, donde este nervio empieza su deflexión.

En la parte anterior de la región sublingual, el nervio y también el conducto de Wharton, están en relación con la glándula sublingual. Esta glándula cubre a estas formaciones, que están sustentadas sobre el músculo geniogloso.

En la lámina N° 24 se puede ver esta distribución. Con todo, creemos que esta lámina, si bien ilustra con respecto a estas relaciones, no responde con exactitud a la realidad de los hechos, ya que los elementos están situados en un sitio más bajo.

Cuando la glándula submaxilar es pequeña, el conducto de Wharton corre por encima, en relación con el borde superior de la glándula, y las ramificaciones del nervio lingual establecen una relación más alejada con la misma, como puede verse en la lámina N° 30.

Hechos descripto al nervio lingual de este manera, con el objeto de hacer resaltar las relaciones que el mismo tiene en el piso de la boca y sobre todo en la zona topográfica de la tercera vena mandibular, para que este resalte, sirva en la aplicación práctica.

Con estos hechos haber demostrado en distintas oportunidades y en colaboración con otros colegas, que la evaluación de las terceras venas inferiores, se deben realizar por una vía distinta

En la que hasta ahora han usado la mayor parte de los cirujanos.

Preservando la vía lingual, para tales avulsiones, creemos que el conocimiento que hoy refrescamos con este trabajo, tiene su valor de aplicación.

En efecto, el nervio lingual, se pone en relación a la altura de la tercera molar con nuestra vía de abordaje, pero si el cirujano actúa con una técnica correcta, no puede herirlo ni traumatizarlo. lamina N° 30 Bis.

Desprendiendo la fibromucosa y con ella el periostio que cubre la tabla interna, para recién después efectuar el tallado de la misma, tenemos la seguridad de alejar del proceso alveolar a vascular, a este nervio; recordárense que él se asienta sobre el músculo milohioideo y éste no se desinserta, sino que justamente con el periostio, donde hace pie, se separa y al separarse a éste, es lógico deducir, que alejamos también al nervio lingual. Es imposible lesionar al nervio, si el cirujano se ajusta a la técnica y para ésto es indispensable el uso del instrumental adecuado para tal intervención.

Al mismo tiempo con esta recordación, creemos que se consigue la tranquilidad necesaria para acciones quirúrgicas seguras y se aleja así el fantasma del aula de la boca, que si bien es un espacio de importancia en todo sentido, conociéndolo bien, se reseta y se aborda con corrección.

Por debajo del conducto de Wharton encontramos la prolonga-

ción de la glándula submaxilar. Hacia abajo de esta formación glandular encontramos el nervio hipogloso mayor que inicia ya su desfiladero para ir a cumplir con su misión. Por debajo del nervio hipogloso mayor se encuentra la vena lingual, que como sabemos a los lados del frenillo se hace superficial y fácilmente objetivable y que toma el nombre de vena ranina.

CONDUCTO DE WHARTON

Este conducto excretor de la glándula submaxilar tiene relaciones de importancia que he creído necesario analizar en todos sus detalles.

Para este fin lo he seguido y estudiado en dos porciones distintas de su recorrido a saber: 1º) antes de su entrada al hiatus milohioideo, 2º) en el canal hio-milohioideo y en la cel-
da sublingual e espacio submaxilo-gonihioideo.

En la región suprahioidea donde tiene su nacimiento es lo que podríamos denominar cuerpo de la glándula, el conducto tiene un corto trayecto y se encuentra ubicado por encima de la prolongación anterior de la glándula propiamente dicha. Lámina 30.

El está en relación directa con el músculo hipogloso y es cruzado por un filote nervioso muy fino que nace del ganglio submaxilar y va a la glándula del mismo nombre. Inmediatamente después de este corto recorrido, penetra en el conducto hio-milohioideo donde lo describiremos a continuación:

Conducto de Wharton en el conducto hio-milohioideo

En este espacio el conducto de Wharton después de haber franqueado el hiato milohialdo, se pone en relación con el orificio del nervio lingual y este nervio un poco más adelante lo cruza por su cara interna y al llegar al borde inferior del mismo lo abraza en una curva pasando su porción ascendente en relación con la cara inferior del conducto (véase pag. 577, Textat Fig. 598)

Más adelante, el nervio lingual continúa su trayecto cubriéndose por encima del conducto de Wharton (véase 11, 27, 30)

El conducto de Wharton va a terminar a los lados del frenillo sublingual en las carúnculas sublinguales. En este espacio constituido por elementos mucosulares y mucoso, que luego describiremos en su conjunto, el conducto de Wharton está en relación en la parte posterior del mismo con el músculo hiogloso por dentro y con el milohialdo por fuera. Hacia adelante la relación muscular se establece por dentro con los músculos genihiales y genigloso. En esta porción anterior el conducto está cubierto por el repliegue de la mucosa.

Relaciones glandulares del conducto de Wharton

Recordemos que el conducto establece relaciones con la prolongación anterior de la glándula submaxilar que ya he mencionado.

Más adelante, en plena zona sublingual, el conducto está cubierto por la glándula sublingual. Esta relación es diferente según los sujetos y por lo tanto de acuerdo al tamaño de la glán-

dula de referencia, pudiendo existir casos en que una buena parte del conducto esté en el borde superior de dicha glándula.

De la descripción precedente sacamos en conclusión con destino a la aplicación práctica, que el conducto se encuentra por encima del músculo milohioideo ^{por dentro} y de la glándula sublingual.

Manera de terminar del conducto de Wharton

ambos conductos de uno y otro lado se adosan en la línea media y juntos van a terminar en las carínulas sublinguales en el ostium umbilicali a cada lado del frenillo.

2º) Bursaria retró-milohioidea

Por detrás del borde posterior del músculo milohioideo, encontramos un espacio relleno de tejido celular. Este espacio está limitado por fuera, por la porción equilateral correspondiente a la zona de la 3ª. molar inferior, por dentro por el músculo hiogloso y la base de la lengua a donde llega para insertarse en la misma el músculo palatogloso que forma el pilar anterior de la cápsula del amígdala y el músculo estilogloso que en este sitio llega a la base de la lengua. Hacia atrás cierra este espacio el ligamento pterigomaxilar y los dos músculos que de él arrancan; el buccinador que se dirige hacia adelante y el contrictor superior de la faringe que se dirige hacia atrás.

En este espacio encontramos el nervio lingual que corre con destino a la lengua, también transcurre el nervio milohioideo y la arteria y vena del mismo nombre que se alojan en el conducto o ca-

nal que se forma en la porción esquelética. (láminas 31, 32)

Antes de describir el espacio de Bielzke se ha parecido de interés recordar los conocimientos de la anatomía clásica con respecto a las relaciones laterales de la faringe en su segmento cefálico.

Espacio laterofaríngeo (segundo de Testut)

Este gran espacio con el cual se relaciona la pared lateral de la faringe, está delimitado de la siguiente manera: hacia adentro la pared faríngea; hacia afuera la rama del maxilar inferior cubierta por los músculos pterigoideos internos y externos; hacia atrás la columna cervical o mejor aún, por la aponeurosis prevertebral.

De acuerdo a los elementos que circundan de límites al espacio este ha sido denominado espacio maxilo-vertebro-faríngeo.

En el área de este gran compartimiento perifaringeo encontramos un accidente óseo, la apófisis estiloidea, desde la cual arrancan los músculos que constituyen el ramillete de Bielzke y además de la misma también los ligamentos estiloideo y estilo-maxilar.

Este grupo óseo-musculo-fibroso divide al espacio en dos partes: una interna y el otro externa. La porción externa corresponde a la ⁴caja parotídea y constituye el espacio glandular de Debileau. La parte interna se encuentra situada por dentro de la glándula parotídea y por fuera de la faringe, constituyendo el es-

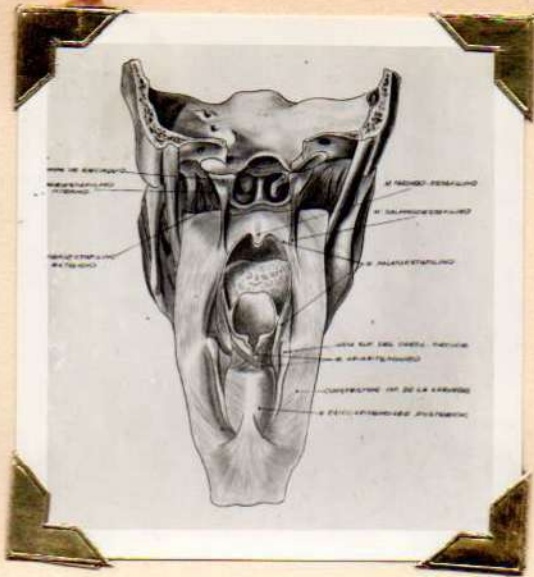


Lámina N^o.33

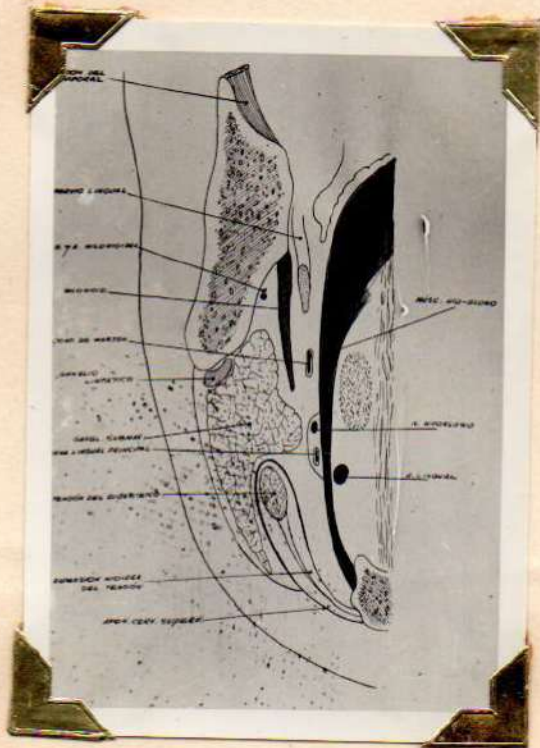


Lámina N^o.34

espacio subglándular de Sobilloan. Ambas especies están separadas por una lámina de dependencia de la aponeurosis parotídea. (lámina 33-34)

Parotis glandular de Sobilloan

Este espacio que contiene a la glándula parótida, la arteria carótida externa y a la vena yugular externa, no tendría mayor importancia para el contenido de esta tesis ya que las relaciones con la faringe son alejadas. Con todo, conviene tener presente que una prolongación de la parótida suele ponerse en relación íntima con la faringe por cuyo motivo se le denomina prolongación faríngea.

Parotis subglándular de Sobilloan

Este espacio en más íntima relación con la faringe se divide en dos compartimientos por medio de la aponeurosis estilofaríngea que se extiende desde la apófisis estiloides a la pared lateral de la faringe. De esta manera la celda queda dividida en dos espacios uno anterior o proestiloides y otro posterior o retroestiloides. La lámina aponeurótica que motiva esta división es la alata faríngea de Janssen y se extiende en alto hasta la base del cráneo, continuándose por debajo con la vaina celulosa de la faringe. Hacia afuera su borde externo, se fija en la apófisis estiloides y por debajo de ella, envuelve al músculo estilofaríngeo. Por dentro su borde interno continúa con la vaina celulosa de la faringe.

Espacio preestiloideo: Espacio subglandular de Sebilleau.

Este espacio está delimitado por la pared lateral de la faringe, hacia adentro; y hacia afuera, por el maxilar inferior o más exactamente por el músculo pterigoideo interno que cubre a esta porción esquelética.

De esto podemos reflexionar con toda lógica que el espacio de referencia está muy próximo y en relación inmediata con el contenido de la fosa cigomática, músculos pterigoideos, arteria maxilar interna, nervio aurículo temporal, nervio dentario inferior, nervio lingual, ganglio ótico, etc. etc.

Encontramos en la parte anterior de este espacio a los músculos periestafilino externo e interno.

La celda preestiloidea está ocupada por una atmósfera adiposa que hace el papel de relleno y de cojinete.

Este espacio comunica con el tejido celuloadiposo de la región retromilohioidea por medio del desfiladero que se forma entre el músculo constrictor superior de la faringe hacia adentro y el músculo pterigoideo interno hacia afuera. Este espacio descrito por Diclafe, será el que más adelante ocupará mi atención.

Celda retroestiloidea o espacio subglandular posterior de Sebilleau

Este espacio comprendido entre la aleta faringea por delante y la aponeurosis prevertebral por detrás, tiene gran importancia anatómica pero está ya alejada de la zona que motiva el interés de este trabajo.

En él encontramos el paquete vasculo nervioso constituido por la carótida interna, la yugular interna, el gran simpático y los cuatro últimos craneales: espinal, neumogástrico, glossofaríngeo e hipogloso mayor. Además aquí hay una abundante cantidad de ganglios linfáticos. De esto podemos deducir que existe un desfiladero que comunica por medio de su atmósfera adiposa la región de la base de la lengua con la celda preestilóideo, por medio del espacio de Bielafé.

Espacio maxilofaríngeo de Bielafé

A la altura de la región retromolar se encuentra el piso de la boca relleno por un tejido celular, en sus partes profundas, es decir por debajo de la cubierta mucosa que representa el techo de la celda sublingual y por dentro de la fibromucosa que cubre el proceso alveolar formándose allí un espacio que está jalonado hacia afuera y arriba por la inserción del músculo constrictor superior de la faringe y el ligamento pterigosaxilar que toma pie a la altura de la línea oblicua interna. Por debajo de esas inserciones superior externa se forma un desfiladero relleno de tejido celular adiposo que está jalonado hacia adelante por el músculo palatogloso que desciende del velo del paladar para insertarse en la base de la lengua. Este desfiladero se dirige oblicuamente hacia atrás entre el músculo constrictor superior de la faringe por dentro y el pterigoideo interno por fuera para llegar en alto hasta la apófisis estiloides desde donde arrancan los músculos que forman el re-

millete de Rioloano que jalonan hacia adentro este espacio, debiendo tenerse en cuenta que el músculo estilofaríngeo va a insertarse en las paredes laterales de la faringe en tanto que el estilogloso llega a la base de la lengua.

Estos músculos y la especial disposición de la aleta faríngea motivan divisiones en el espacio maxilofaríngeo ya descrito y separan nuestro desfiladero pterigofaríngeo del espacio retroestiloideo que contiene importantes elementos nerviosos y vasculares.

Bolsa adiposa de Richart

La bolsa adiposa de Richart que se encuentra por delante del músculo masetero, está formada por un pelotón adiposo de mayor consistencia que la capa de tejido graso que reviste a todas las porciones de la cara en aquellos sujetos bien constituidos y sin emaciamento. Este pelotón adiposo está contenido en una celda fibrosa que resulta interesante describir en sus detalles por que la misma se extiende hacia regiones vecinas, permitiendo de esta manera que el cojinete adiposo también se expanda hacia esas regiones con el objeto de cumplir su función de almohadilla.

La celda está formada a expensas de la aponeurosis del músculo masetero y de la que cubre al músculo buccinador. Es una celda perfectamente individualizable y asentada en su mayor parte contra el músculo buccinador extendiéndose también la relación con este músculo hasta el sitio de arranque del mismo en el ligamento



Lámina N.º. 38
(Preparado)



Lámina N.º. 39
(Preparado)

pterygomaxilar, es decir que de acuerdo a la dirección oblicua de las fibras de este músculo en la parte inferior, oblicuidad que tiene la orientación de atrás hacia adelante y de dentro hacia afuera, vendría a representar la pared ántero interna de la celda. Esta pared está representada por la aponeurosis de cubierta del músculo buccinador, que como sabemos, sus fibras inferiores toman pie a la altura de la línea oblicua externa en el periostio. Hacia arriba la bolsa o mejoría celda de dicha bolsa se encuentra limitada por la superficie interna de la apófisis coronoides.

La cara externa de la celda, está representada por la aponeurosis que cubre al músculo masetero. Hacia abajo, la celda asienta en la porción libre del periostio que cubre la mandíbula.

Entre el músculo buccinador y el masetero, hay pues un verdadero cojinete adiposo dependiente de la bolsa adiposa de Bichart.

La celda se continúa hacia arriba por delante del tendón de inserción del músculo temporal con la fosa temporal, que está rellena por tejido adiposo, dependiente de la misma bolsa adiposa de Bichart. Láminas 35, 36, 37, 38 y 39.

Este mismo tejido adiposo lo encontramos a la altura de la apófisis cigomática formando cojinete de separación entre el músculo temporal y las inserciones a esta altura del músculo masetero.

A nivel del triángulo retrorolar y de la línea oblicua externa en la zona de la 3ª molar mandibular, la bolsa adiposa cuyo tejido grasoso rellena el espacio que media entre el masetero y el

buccinador se pone en contacto con el periostio que cubre la porción esquelética de esa región.

De acuerdo a la descripción precedente podemos imaginar que por esta vía es posible la propagación de procesos que tienen su origen o asiento en la región gingivodentaria posterior hacia los sitios de expansión de esta bolsa de Bichart, es decir hacia la región masetérica, hacia la fosa temporal y aún más profundamente por esa vía invadir la fosa cigomática (Esquema 21)

De acuerdo a lo precedentemente descripto, debemos saber pues, que existen verdaderos desfiladeros que ponen en comunicación el piso de la boca y la región topográfica de la 3a. molar, con la bolsa adiposa de Bichart y por ende con la celda masetérica y fosa cigomática; con la región suprahioidea por medio del hiatus hiomilohioideo; con el espacio laterofaringeo por medio del hiatus faringo Pterigoideo de Dielaffé.

De aquí que adquiere una importancia quirúrgica la región correspondiente a la 3a. molar mandibular que a continuación describo.

Reproduzco el trabajo, que juntamente con otros, presenté al C.U.P.O.

TOPOGRAFIA DE LA SERENA MOLAR MANDIBULAR

CONSIDERACIONES GENERALES

Prof. A. Martínez Carreras

Dra. Rosa Emma Bonino.

Sr. Efain Gastesi.

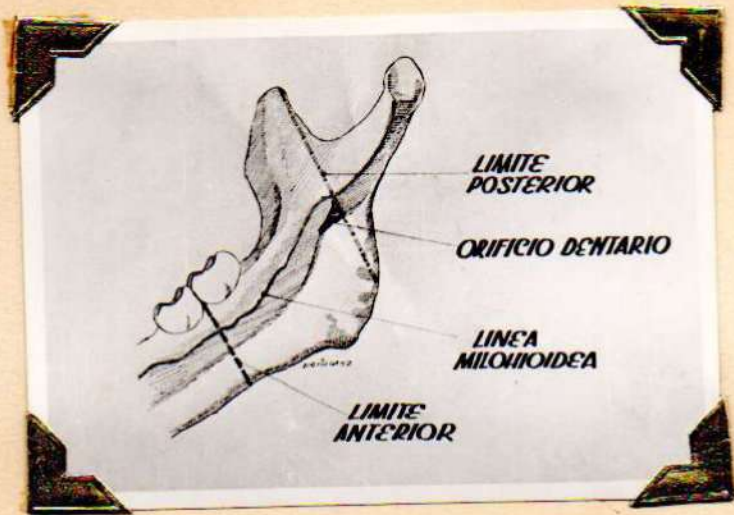


Lámina N^o.40

Límites de la región:

Los límites de la zona que nos interesa, han sido establecidos de modo tal, que queden comprendidos en la misma, todos aquellos elementos anatómicos que representen un interés, en relación con la ciencia Odontológica y muy especialmente con la cirugía y con la prótesis, que tanto tienen que ver con la misma en sus realizaciones.

Hacia adelante el límite se establece, por medio de un plano imaginario que se hace pasar por la cara distal de la segunda molar inferior o en caso de ausencia de ésta, por el borde distal del alveolo correspondiente, o en su defecto, por el puente óseo residual que persiste después de la reabsorción.

Hacia atrás, nuestra región estaría limitada por una línea imaginaria, que partiendo del vértice del apófisis coronoides del maxilar inferior, pase por el orificio del conducto dentario inferior y termine en el borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Hacia adentro limita la zona con la línea oblicua interna o milohioidea y hacia afuera el límite se establece por el entrecruzamiento de la línea oblicua externa con la intermaxiloalveolar.

La lámina 40, nos da cuenta de los límites de la región, relacionados con la porción esquelética de la misma.

MEMBRANA

Los caracteres de esta capa de cubierta de la región, son

los que ya conocemos, por lo cual nos abstenemos de repetir aquí los caracteres de la encía y su especial disposición con respecto a las piezas dentarias y al proceso alveolar. Con todo, creemos que conviene recordar, que así como la encía se continúa con la mucosa bucal, de la misma manera lo hace el periostio, que tapiza al hueso maxilar. El periostio, se adosa la fibromucosa que adquiere la individualidad anatómica especial y que es fácilmente desprendible o separable de la superficie ósea con correctas maniobras de decolación. En el sitio donde la mucosa que tapiza las mejillas se continúa con la encía, es precisamente donde el periostio pasa a adherirse la fibromucosa. Allí se forma un ángulo, por donde se deslizan y toman pie las fibras inferiores del músculo buccinador.

MUSCULOS DE LA REGION

Músculo buccinador:

Sabemos que este músculo, que de por sí, constituye el esqueleto o mejor la armadura de las mejillas, nace por detrás en el ligamento Pterigomaxilar y toma pie en el maxilar superior a la altura de la porción tuberositaria.

Desde su sitio de origen, las fibras se dirigen buscando la dirección que le permita cumplir su cometido, hasta llegar al sitio mismo de inserción en la comisura labial.

Las fibras que toman relación con nuestras zonas se dirigen desde su origen, de atrás hacia adelante y de dentro hacia afuera

y ganan la porción vestibular de la región. Un buen contingente de fibras pasa por la vertiente que se forma en la parte anterior de la rama ascendente del maxilar inferior y establece relaciones de vecindad importante con el triángulo retromolar.

El músculo cruza oblicuamente la vertiente de la rama ascendente del maxilar inferior jalonado por fuera, por el borde anterior de la apófisis coronoides, y a la altura de la línea oblicua externa sus fibras adquieren una dirección de atrás hacia adelante, insertándose las inferiores en el periostio, sin rebasar los límites de la línea de referencia y tampoco el límite establecido por aquella otra línea que nosotros denominamos intermaxilalveolar.

En la zona de la tercera molar mandibular, el músculo buccinador, a la altura del borde anterior de la apófisis coronoides y de la línea oblicua externa, está en relación con el borde anterior del músculo masetero que se encuentra estuchado en el compartimiento osteofibroso, que le forman su aponeurosis y el plano esquelético; estando separado del buccinador por un cojinetado adiposo dependiente de la bolsa adiposa de Bichart. El músculo masetero cuando es potente, suele muchas veces rebasar el borde anterior de la rama ascendente, estableciéndose así una más íntima relación entre éste y el músculo buccinador.

El músculo buccinador contribuye a rellenar la porción retromolar, siendo su conocimiento de interés protético, aprovechable muchas veces por el Odontólogo, para la realización correcta

del aparato protético.

Es en esta zona donde el protesista trata de moldear la bolsa del buccinador para poder adaptar con justesa la porción posterior de la placa de sustentación de las piezas artificiales. Lámina nº 41.

La bolsa del buccinador puede encontrarse dificultada en su formación por la presencia real, de un borde exagerado del músculo masetero, que establece íntimo contacto con el músculo buccinador y también por la presencia de un borde sumamente oblicuado hacia afuera, de la apófisis coronoides que dificulta la formación efectiva de dicha bolsa.

También tenemos que tener presente que en los desdentados completos, que han sufrido ya una total reabsorción del proceso alveolar, a tal punto que el protesista se enfrenta con la porción basal del maxilar inferior que está limitada por fuera por la línea oblicua externa y por dentro por la oblicua interna, pudiendo a veces cuando la reabsorción es intensa existir una depresión entre ambas líneas; para realizar una buena prótesis debe actuar con habilidad recordando las inserciones del músculo buccinador en el periostio y del milohioideo en la línea oblicua interna. ^{el periostio que cubre}

Si el protesista trata convenientemente a estos músculos, sin sobrepasar con su aparato protético ambas líneas esqueléticas, conseguirá de ellos colaboración útil; pero si el protesista marcha más allá de la línea oblicua externa, violentará las fibras



Lámina Nº.4I
(Preparado)

del buccinador, que al reaccionar actuará en forma contraria al objetivo protético; o si va más allá de los límites de la inserción del milohioideo, tendrá a este músculo que conspirará permanentemente en contra de la estabilidad de la prótesis.

~~Los láminas 4 y 5 dan cuenta de la disposición de estos elementos en nuestro preparado.~~

MÚSCULO MASETERO.-

Este músculo sólo pertenece a nuestra región en sus porciones anteriores. El borde anterior del músculo masetero, cuando éste es muy desarrollado, invade en forma efectiva la región y puede llegar a representar a veces inconvenientes para el Odontólogo, en la ejecución de técnicas y de maniobras.

En el borde anterior es fácilmente palpable por vía vestibular, poniéndose de relieve al tacto, mediante el ordenamiento de contracciones voluntarias.

De esta manera se puede apreciar su importancia y hasta sus relaciones con el buccinador y con ello, la posibilidad de una buena preparación del lecho para un correcto salida del aparato protético.

Muchas veces el Odontólogo, se verá precisado a efectuar el apartamiento con el dedo del borde anterior de este músculo, cuando el mismo tiene gran desarrollo, para poder visualizar la zona donde se realiza la anestesia del nervio dentario inferior y del nervio lingual o también para la toma de impresiones funcionales.

Aun cuando no es nuestro propósito desarrollar el tópico en forma descriptiva, creemos que pueden ser de utilidad la recordación sintética de estos conocimientos: en tal sentido cabe recordar que el músculo masetero, se inserta por arriba, por dos fascículos en la apófisis zigomática y desde allí cubre toda la superficie de la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior, donde tiene inserciones óseas, para ir a terminar en el borde inferior de dicha porción mandibular.

Hacia adelante el masetero llega hasta el borde anterior de la apófisis coronoides, donde se pone en relación con las fibras tendinosas de inserciones del músculo temporal. El borde anterior en su parte inferior, normalmente no rebasa la línea oblicua externa y por consiguiente media un espacio de separación entre éste y el músculo buccinador, estando dicho espacio relleno por un cojín de adiposa. Cuando el músculo es potente y exageradamente desarrollado rebasa, repetimos, estos límites y puede representar inconvenientes para el protésista, cuando se trata de soldar la base del buccinador.

Las láminas dan cuenta de la descripción hecha anteriormente en base a nuestro preparado. Láminas n.ºs. 35-36.

MÚSCULO TEMPORAL

Este músculo que nace en la fosa temporal, sólo pertenece a esta región por sus fibras inferiores. El músculo temporal, se inserta por fibras tendinosas en la apófisis coronoides, muchas veces,

hasta el nivel del triángulo retrorauricular.

El músculo temporal, toma relación con el músculo masetero de acuerdo a lo que precedentemente hemos descrito y puede, según los casos, por sus fibras inferiores estar en íntima relación con el músculo buccinador.

Conviene recordar aquí, que entre las fibras del tendón de inserción del músculo temporal, que toma pie en el borde anterior de la apófisis coronoides, corre una rama del nervio bucal, que se va a distribuir por la porción vestibular de la encía y muy especialmente, a la altura de las primeras piezas posteriores.

En el lado interno de nuestra región se establecen relaciones íntimas entre el músculo buccinador y el músculo milohioideo y también entre éste y las fibras del constrictor superior de la faringe que viene a insertarse en el maxilar inferior, lo mismo que lo hace la aponeurosis de la faringe. Hacia adentro, las fibras del músculo milohioideo que juntamente con las del lado opuesto, forma el diafragma, que separa el suelo de la cavidad bucal, de la región suprahioides, se pone en relación con la base de la lengua.

MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO:

El músculo Pterigoideo interno participa de la región por su porción anterior e inferior y adquiere íntimas relaciones con el músculo buccinador, del que está separado por una capa adiposa. Lámina nº 25.

En el trabajo del Prof. HERBERTO APRILE, publicado en cole-

herencia con el Prof. FISCH, encontramos la descripción detallada de los espacios, que ellos documentan perfectamente bien, con magníficos preparatos, por lo cual nos abstenemos en consignar estos detalles que ya han sido puestos de relieve por los mencionados autores y con cuyos conceptos nos solidarizamos ampliamente.

En dicho trabajo, los autores dan la aplicación práctica del conocimiento anatómico que como creemos que es de su interés, nosotros nos permitimos reproducir transcribiendo sus propios conceptos.

"Las cartes topográficas aclaran las vías que siguen por continuidad las celulitis flemosomas y abscesos originados en la región del espacio molar mandibular, verdadero carrefour o encrucijada donde convergen importantes regiones de la cabeza y el cuello y que resuelven en definitiva, el enigma de las localizaciones alejadas de dicho proceso.

1º).- Cuando se desarrollan en la bolsa adiposa de Richet, se propagan hacia arriba invadiendo la región temporal, pudiendo localizarse entre la aponeurosis y el músculo o bien entre éste y el hueso. Son los flemosomas a marcha ascendente o caeflica en sus dos variedades: superficial y profunda.

2º).- Si la infección avanza adelante y afuera en el tejido conjuntivo que existe entre el buccinador y el masetero, contorneando el borde anterior de este último músculo, abordará la loge maseterina y así tendremos el flemo maseterino o del compartimiento

externo de la región mastoidea.

3º).- En el caso que la fluxión se deslice hacia adelante, siguiendo las inserciones del buccinador, se colocará finalmente en el desagüero de Champet (absceso migratorio de Champet-Hirondel).-

4º).- Los procesos inflamatorios que se alojan encima del milohioideo, son superficiales o subgingivales, aunque pueden infiltrarse hacia la base de la lengua.

5º).- Si la celulitis alcanza el hiatus milohioideooblogico, invade rápidamente la loge submaxilar, desliziándose fácilmente por debajo del milohioideo y determinando en consecuencia, la formación de los abscesos glosoepihioideos o del piso de la boca. También puede suceder que infecten el compartimiento sublingual a causa de la amplia comunicación que a través de dicho hiatus entre las glándulas submaxilar y sublingual.

6º).- En otras ocasiones, se comprueba que la infección se dirige atrás y adentro, avanzando por mediación de un tejido celular que lo conducirá hasta el espacio decolable celuloso existente entre la cápsula amigdalina y la pared músculoaponeurotica de la faringe. Son los abscesos de la loge amigdalina de origen dentario.

7º).- Cuando la inflamación avanza por el tejido celular comprendido entre el pterigoideo interno y la faringe, se originan los abscesos pterigofaríngeos o del compartimiento interno de la región mastoidea, los que pueden exteriorizarse en el ángulo de la man-

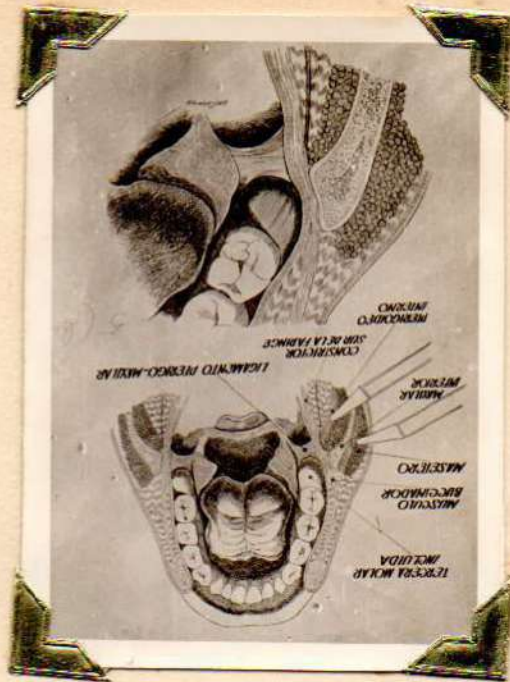


Lámina N^o.42

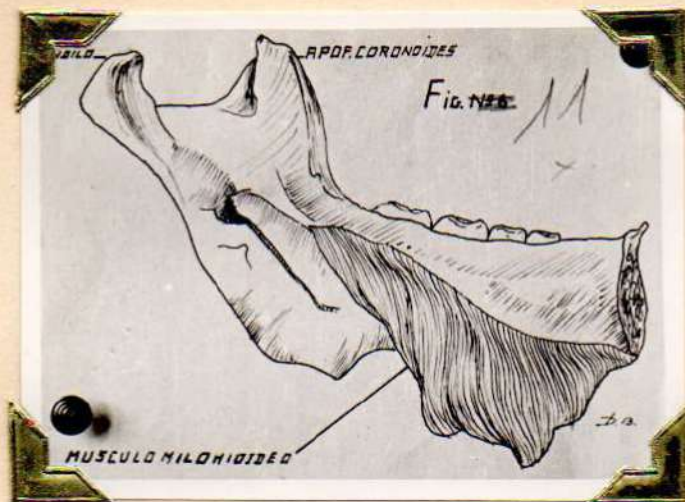


Lámina N^o.43

afibula siguiendo el canal de Constantini o invadir secundariamente los espacios estileanos y la calca parotidea".-

Más adelante, se ocuparé de la descripción de estos espacios de acuerdo a mis disecciones. Lámina nº 43.

MÚSCULO MİLLOHIODEO:

Este músculo se extiende en forma transversal desde la línea oblicua interna del maxilar inferior al hueso hioides y al rafe medio. Su inserción está dada por medio de las fibras tendinosas cortas en la línea millohiodes, luego se dirige al músculo hacia adentro y hacia abajo hasta el hueso hioides y hacia el rafe medio maxilohiodes. Los millohiodes unidos por el rafe medio, desde la sínfisis mentoniana hasta el hueso hioides, constituyen un diafragma que representa el plano de separación del cuello de la boca de la región suprahiodes.

Este músculo que se inserta, en casi toda la extensión de la línea oblicua interna, hasta la altura del triángulo retrorolar, representa interés bajo el punto de vista protético, en cuanto que él, debe ser tratado con técnica especial en la confección del aparato protético para evitar que la acción del mismo, desplaza el aparato y dificulta el sellado de éste.

Especialmente debe tener en cuenta el protésista que las inserciones de este músculo, no varían en el edentado completo y que las modificaciones anatómicas que se establecen en éste, están dadas por la reabsorción del proceso alveolar, que puede desaparecer

integralmente, enfrentando al protesiista para sus realizaciones, con el sitio de inserciones mismas del músculo.

Bajo el punto de vista quirúrgico y concretándose a la zona de la tercera molar superior, que el mismo representa el límite de separación de la cavidad bucal propiamente dicha, de la región suprahiala y por lo tanto las acciones quirúrgicas a realizarse deben llegar hasta el sitio donde se inserta y en la medida de lo posible no sobrepasar este límite para evitar invadir así una región distinta a la que estamos estudiando.

La lámina del preparado da cuenta de la descripción precedentemente en base a nuestro preparado. Lámina 43.

VASOS Y NERVIOS DE LA MANDÍBULA:

La irrigación está dada por la arteria dentaria inferior rama colateral de la arteria maxilar interna. Desde su origen, la arteria dentaria inferior se dirige hacia abajo y hacia adelante para penetrar en el conducto dentario inferior o mandibular.

Antes de penetrar en el conducto dentario inferior, abandona la arteria milohioides. La arteria milohioides se aloja en el surco o canal milohioides, convertido muchas veces en conducto, y marcha acompañada del nervio del mismo nombre para ir a distribuirse juntamente con él, por el músculo milohioides. En la cara superior del músculo milohioides, da un ramito que se dirige a la cara interna de la arcia que tapiza a esta porción mandibular.

Dentro del conducto dentario inferior la arteria dentaria

sigue a éste, en toda su longitud, dando ramos facos y aquellos otros destinados a la irrigación de las piezas dentarias. Los ramos destinados a las porciones del hueso son denominados interalveolares, porque atraviesan dichos espacios para alcanzar por medio de ramos perforantes la cavidad. En la extremidad anterior de la arteria, se divide en dos ramos terminales que son: La arteria mentoniana y los ramos incisivos. La arteria mentoniana se hace superficial y externa saliendo por el agujero del mismo nombre, para distribuirse en las porciones laterales del mentón, estableciendo anastomosis con algunos ramos de las arterias labiales y también con colaterales de la arteria submental. Los ramos incisivos están destinados a irrigar las piezas dentarias anteriores.

La arteria dentaria inferior, va acompañada de las venas dentarias inferiores que recogen la sangre de la región y contribuyen juntamente con el nervio dentario inferior, a formar el paquete vículo nervioso dentario inferior.

INERVACION

Los nervios que interesan a nuestra región, son el nervio dentario inferior y el nervio lingual, como así también el bucal que está destinado al músculo buccinador en parte; y también a la inervación de la mucosa.

Estos nervios, los encontramos en la región, en íntima relación con el músculo pterigoideo interno, que como sabemos se extiende a éste, desde la fosa pterigoidea hasta el maxilar inferior.

La posición de estos nervios es la siguiente: yendo de atrás hacia adelante nos encontramos con el nervio lingual y situado en el plano posterior del nervio dentario inferior.

NERVIOS MAXILARES INFERIORES

El nervio dentario inferior, como sabemos, es rama del tronco posterior del nervio maxilar inferior. Desde su sitio de origen, el mismo se dirige hacia abajo, cubierto por la aponeurosis interptericoides y descansando sobre el músculo del mismo nombre, que se encuentran por dentro como se puede observar en nuestro preparado.

En la porción externa, el nervio está en relación con el músculo pterigoideo externo en la parte superior, que debemos imaginar extendido, desde la apófisis pterigoidea hasta el cóndilo del maxilar inferior. Este músculo pterigoideo externo está ausente en nuestro preparado.

El nervio dentario inferior toma relaciones inmediatas con la rama ascendente del maxilar inferior, que se encuentra por fuera de él, hasta que el mismo penetra en el conducto dentario. Antes de penetrar en el conducto dentario abandona el nervio milohioideo que se aloja en el canal del mismo nombre y termina innervando el músculo milohioideo y el vientro anterior del músculo digástrico.

El nervio del milohioideo se desprende de la parte posterior del tronco del dentario inferior y se dirige hacia adelante y abajo para penetrar en su propio lecho esquelético. Está cubierto por el músculo pterigoideo interno y su canal por el músculo milohioideo.



Lámina N^o.44
(Preparado)



Lámina N^o.45
(Preparado)

El nervio dentario inferior, juntamente con las arterias y las venas del mismo nombre, forman el paquete vasculo nervioso dentario inferior, que sigue toda la trayectoria del conducto dentario inferior y que como el conducto mismo, en su extremo anterior se divide en dos ramas, una que aflora por el agujero mentoniano para distribuirse por el labio inferior y el mentón y la otra rama que continúa dividiéndose para dar ramas intrabuccales y asegurar así las inervaciones e irrigación de los dientes anteriores y de la encía. Nos referimos al paquete vasculo nervioso. Lámina 44 y 45.

NERVIOS LINGUALES:

Este nervio es rama del maxilar inferior. Desde su sitio de origen el mismo se dirige hacia abajo y presenta con los músculos pterigoideos y la sponcurvula interpterigoidea las mismas relaciones que el dentario inferior.

El nervio lingual corre en un plano anterior que el dentario inferior. Al llegar al borde inferior del músculo pterigoideo interno se encorva hacia adentro, adelante y abajo para ir a la región de la lengua donde termina. Ya hemos hecho la descripción de este nervio anteriormente, por cuyo motivo no insisto en detalles.

NERVIO BUCAL 2. INFERIOR:

Este nervio nace del tronco anterior del maxilar inferior y se dirige hacia abajo y hacia adelante recorriendo la vecindad de la rama ascendente del maxilar inferior a la altura de la escotadura sigmoides en la base de la apófisis coronoideas donde se divide

en dos ramos: uno destinado a la inervación del músculo buccinador y otro que se entremezcla con las fibras del tronco de inervación del músculo temporal descendiendo juntamente con ellas por el borde anterior de la apófisis coronoides para ir a distribuirse más lejos inervando la mucosa en su porción vestibular.

ANATOMÍA DE LA REGIÓN

Los linfáticos de la región representan un interés primordial por cuanto su conocimiento nos dará cuenta de las múltiples manifestaciones a distancia que pueden observarse, a raíz de procesos patológicos que tengan asiento en la región.

Concretamente debemos confesar que en este tópico no hemos trabajado y por lo tanto nos concretamos en reproducir lo que los distintos autores dicen en forma sintética. Los linfáticos de nuestra zona son tributarios de los ganglios que se encuentran alrededor de la glándula subaxilar y otros son tributarios de la cadena de ganglios cervicales.

ANATOMÍA HISTOLÓGICA Y PROCESO ALVEOLAR

No es nuestro interés realizar una descripción completa del proceso alveolar, que será motivo de otro trabajo, pero creemos que es de utilidad para la explicación quirúrgica, el enfoque panorámico del mismo y los detalles de la porción donde se asienta la fístula pierna dentaria.

Recordemos continuamente, que si bien el maxilar inferior constituye una unidad esquelética, bajo el punto de vista



Lámina N^o.46
(Preparado)

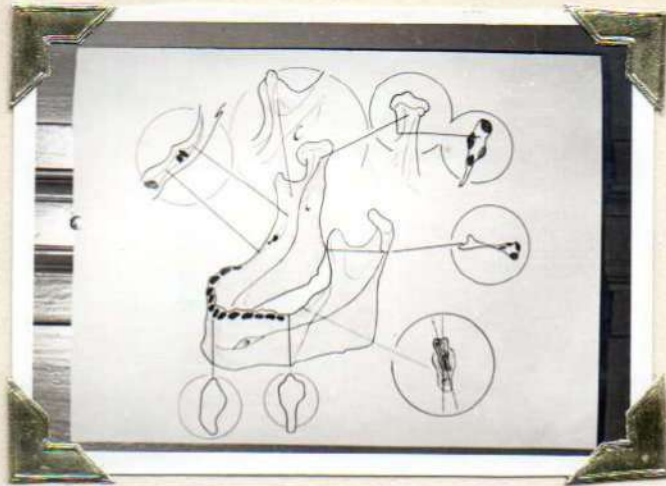


Lámina N^o.47

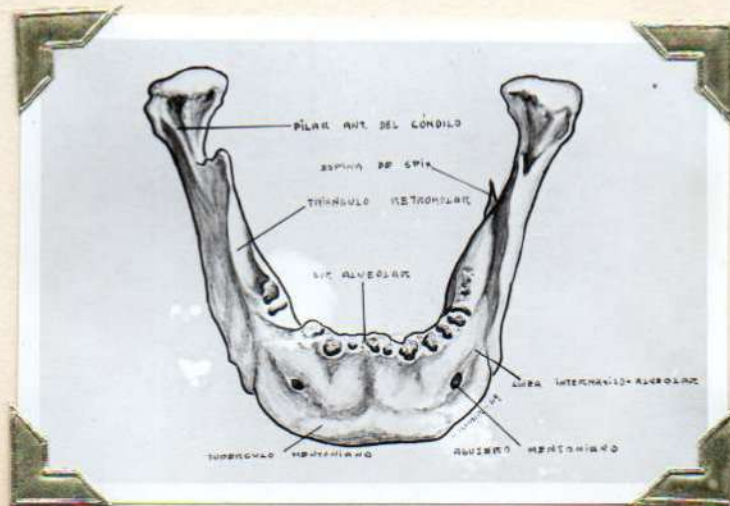


Lámina N^o.48

odontológico es posible que se pueda dividir a la misma en dos partes completamente diferentes una la porción basal del maxilar inferior y otra el proceso alveolar o porción esquelética del aparato dental. Este proceso alveolar, presenta como el maxilar mismo, la forma de una herradura, pero difiere de la herradura de la porción basal en cuanto que ella es en su porción posterior mucho mas cerrada que aquella; de manera tal que la proyección en el plano de sustentación de ambas porciones posteriores, es totalmente distinto. Láminas 46, 47 y 48.

El proceso alveolar a la altura de las piezas dentarias posterior es más interno que la porción basal correspondiente al hueso y se presenta él como una masa ósea colgada en la porción interna de la rama ascendente del maxilar por dentro de la apófisis coronoides.

La dirección del proceso alveolar en la porción posterior de los alveolos y de las piezas dentarias en su sitio, es oblicua de adentro hacia afuera y de arriba hacia abajo.

El proceso alveolar en la región que nos ocupa nos presenta una tabla externa que está reforzada por el entrecruzamiento de la línea intermaxilo alveolar y la línea oblicua externa. La tabla interna está limitada hacia abajo por la línea milohioidea y es mucho más delgada que la externa. La superficie del proceso descubierta de sus piezas dentarias nos muestra la osidad donde se aloja la tercera pieza dentaria y que tiene ella caracteres variables

como variables con los caracteres propios de la tercera molar.

La superficie del proceso alveolar está circunscrita por un borde externo y otro interno o mejor uno vestibular y otro lingual, ambos bordes en la parte posterior se unen a distancia de la cara distal de la tercera molar, en el borde de inserción del músculo temporal, situado en la cara interna de la apófisis coronoides. De esta manera los bordes constituyen un triángulo cuyo vértice es posterior y está ubicado en la cresta temporal y su base es anterior y está contactando con la cara distal de la tercera molar y representa el borde distal del alveolo. Este triángulo denominado retrómolares, está tapizado por la mucosa gingival y por allí se deslizan las fibras inferiores del músculo buccinator, cuando se hace vestibular, y pueden llegar a sí las fibras tendinosas del temporal. El alveolo de la tercera molar mandibular está expuesto como ya dijimos anteriormente a múltiples variaciones. Si la pieza dentaria es uniradicular se nos presenta como una equidad simple que tiene la forma de la raíz misma, si la tercera molar es multiradicular el alveolo presentará las empujadas óseas necesarias para el alojamiento de cada una de las raíces.

CONDUCTO DENTARIO:

El conducto dentario inferior se origina en la rama montante del maxilar inferior en su cara interna, estando jalada su entrada a orificio del conducto dentario inferior, por la espina de Spitz

Desde su sitio de origen el mismo se dirige oblicuamente hacia abajo y de dentro hacia afuera y también hacia adelante es decir, que el conducto dentario a la altura de la tercera molar cruza al proceso alveolar y se coloca por fuera del mismo y a una apreciable distancia por debajo, que varía según los casos y según las descripciones de los distintos autores. (H. Pignatelli). Lo importante para nosotros es saber que el conducto dentario se aproxima a la tabla externa del maxilar inferior en la zona de la tercera molar y que por lo tanto, los abscesos que se realizan por vía vestibular representan mayor peligro para él y su contenido, que aquellos que puedan hacerse por vía lingual. En nuestro preparado se puede ver al conducto dentario en la disposición que consignamos notándose que el alveolo y las raíces de la tercera molar están ubicadas por arriba y por dentro del mismo.

En cortes realizados en maxilares inferiores se puede ver perfectamente bien la dirección del conducto y su mayor proximidad a la tabla externa del hueso. En el preparado que ha sido tallado hasta llegar al conducto para efectuar la disección del nervio dentario inferior se puede apreciar sin discusión alguna la mayor proximidad del nervio y por ende la de ese conducto a la tabla externa del hueso en la región que nos ocupa.

Por otra parte, la disposición especial del proceso alveolar y la oblicuidad del crecimiento de esta porción esquelética sobre su parte basal y también la oblicuidad misma de las últimas



Lámina N^o.49

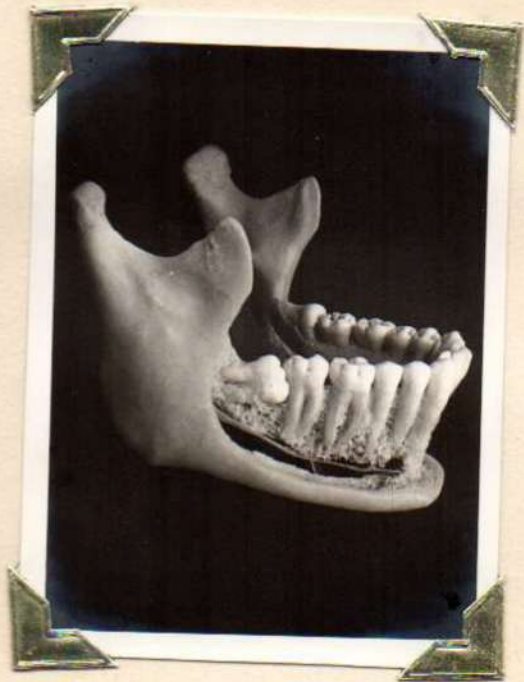


Lámina N^o.50

piezas dentarias hacia afuera, nos está indicando que el conducto por donde transcurren los elementos vasculares y nerviosos destinados a las piezas dentarias, es externo en relación con las mismas.

Creemos que este detalle de la anatomía aparentemente sin importancia e insignificante, adquiere bajo el punto de vista odontológico, una importancia trascendental.

Importante y de interés práctico nos parece saber ubicar en la superficie de la cara, la proyección topográfica del orificio de entrada del conducto dentario por cuyo motivo reproducimos la lámina que a este respecto presenta la obra de los hermanos Enrique y Ricardo Pinocchio.

Creemos innecesario hacer ninguna referencia al comentario a esta ilustración ya que de por sí ella sólo cumple con el objetivo que se busca.

El conducto dentario es un conducto complejo formado por la delgada tabla del hueso compacto, que está rodeada por una cápsula de hueso esponjoso. El fondo de las alveolas puede llegar a pocos milímetros del conducto, pero en ninguna de nuestras preparaciones hemos podido observar que el alveolo se abra en el conducto y mucho menos el caso de que las raíces abroquen al paquete vascular nervioso. (Láminas 49 y 50).

APOFISIS MANDIBULAR:

La zona ascendente del maxilar, termina formando dos eminencias

Óseas de importancia, una ubicada hacia adelante, la epífisis coronoides y por otra situada posteriormente, son destino a formar la articulación temporomaxilar, que es el condilo de la mandíbula.

La epífisis coronoides tiene forma de pirámide triangular, con una cara externa, que se continúa con la cara externa misma de la rama ascendente del maxilar; una cara interna en donde existe un relieve óseo marcado de forma triangular, y que ha sido descrito como cara de inserción del músculo temporal, el cual vendría a representar el borde interno de nuestra figura geométrica. El borde anterior de la epífisis coronoides tiene una oblicuidad hacia adelante, abajo y afuera y se continúa con la línea oblicua externa. El borde posterior se dirige hacia atrás para formar con el pilar anterior del condilo el arco de la escotadura sigmoides.

SUPERFICIE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE:

La superficie anterior de la rama ascendente, tiene la forma de un canal constituido por la depresión ósea existente, entre el borde anterior de la epífisis coronoides que se continúa con la línea oblicua externa situada hacia afuera y el borde anterior de la cara de inserción del músculo temporal que los autores denominan cresta del temporal y que se continúa hacia abajo con el borde vestibular de la superficie alveolar o con el puente residual en las resecuciones del proceso. Entre estos dos relieves óseos encontramos el canal de referencia que tiene una dirección oblicua de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera. La superficie

anterior que estamos describiendo se encuentra en un plano distinto, más externo, al plano que correspondería a la superficie alveolar y muy especialmente, al de las últimas piezas dentarias. En cambio, estaría ubicado casi en el mismo plano que corresponde a la porción anterior de la superficie alveolar y de la superficie de las piezas dentarias anteriores. Línea 7.

LIGAMENTO PTERIGOMAXILAR

Este ligamento está representado por una cinta fibrosa que se extiende desde la apófisis pterigoides hasta el maxilar inferior donde se abanica para alcanzar sus inserciones, en una extensión variable según los individuos, o la altura del triángulo retroalar.

Este ligamento que da inserciones al músculo buccinador y al constrictor superior de la faringe representa un punto de guía para la ubicación correcta del orificio de entrada del conducto dentario. Este último fibroso cuando el sujeto abre la boca se distiende y forma un triángulo con la superficie interna de la rama ascendente, y el músculo pterigoides externo. Este triángulo tiene su vértice inferior en el sitio de inserción en el triángulo retroalar.

En el área de esa superficie y vecino a su vértice se encuentran hacia adelante el nervio lingual y más hacia atrás y hacia afuera el orificio de entrada al conducto dentario inferior y al nervio del mismo nombre.

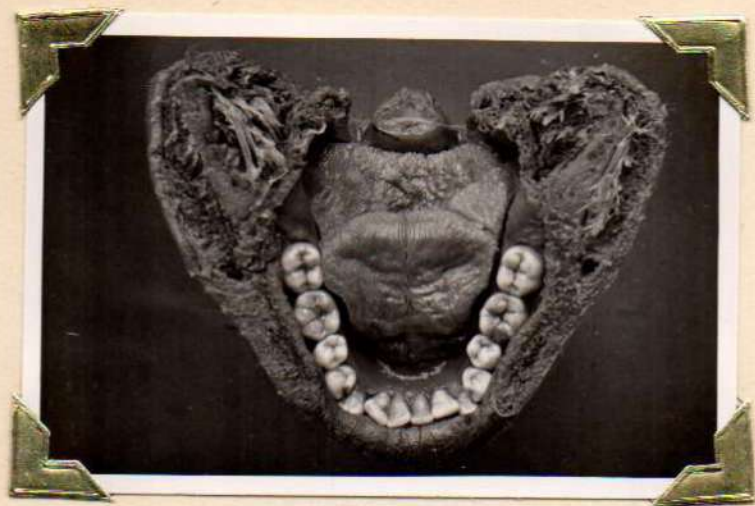


Lámina N^o.5I
(Preparado)

Este detalle anatómico condiciona las maniobras que el cirujano debe realizar para efectuar una correcta sustracción de ambos troncos nerviosos.

Estando el sujeto con la boca abierta la punción se hace cerca del vértice del triángulo donde abandona el líquido amniótico para infiltrar al nervio lingual.

Después se dirige la aguja contra el lado externo del triángulo es decir, contra la cara interna de la rama ascendente hasta tocar la porción esquelética y a punto seguido se cambia la dirección de la aguja orientándola hacia atrás y hacia arriba respecto de la superficie ósea hasta llegar al orificio del conducto comunicante inferior en cuyo sitio se completa la sustracción truncular. Láminas 29, 30 y 31.

SERIE DENTARIA INFERIOR

El tercer molar mandibular, molar central o del juicio, aparece en último término en la arcada dentaria, entre los 15 y 18 años.

Es por regla general el más pequeño de los molares y como el proceso alveolar mismo en dirección es de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera.

Esta inclinación está causada por razones de articulación, ya que el molar superior tiene mayor radio de curvatura que el inferior y también porque la porción esquelética del aparato dentario tiene caracteres especiales que ya hemos descrito e imprimido a la pieza que aloja la misma articulación.

DESCRIPCIÓN DEL DENTADO:

Comienzo de la calcificación: de 8 a 10 años.

Calcificación completa de la corona: de 12 a 16 años.

Principios de la erupción: de 18 a 25 años.

Calcificación completa: de 18 a 25 años.

En este pieza dentaria como en todas las posteriores, tenemos que describir cinco caras, un cuello y las raíces.

DELA CORONA:

Se presenta por lo general dos tipos de caras trituradoras.

PRIMERA:

Cuando presenta cuatro tubérculos, se asemeja a la segunda molar inferior. Tiene dos tubérculos por vestibular y dos por lingual.

SEGUNDA:

Cuando presenta cinco tubérculos se asemeja al primer molar inferior, posee tres tubérculos por vestibular y dos por lingual.

En el primer caso la superficie occlusal está constituida por vestibular, por dos cúspides, la mesio vestibular y la disto vestibular, por lingual tiene también dos cúspides, la mesio lingual y la disto lingual.

En el segundo caso tiene por vestibular los tubérculos, mesio vestibular, por lingual y tiene el disto lingual y el mesio lingual.

Además de estos dos tipos podemos encontrar una gran variedad de formas dentinarias en su caso occlusal, y podemos afirmar sin

ningún tener que es la pieza que presente mayor número de ancha-
líneas.-

ANÁLISIS DE LA CARA INTERIOR DE LA MANDÍBULA:

- a) .- Fosas
- b) .- Fositas suplementarias
- c) .- Surcos
- d) .- Bordeas marginales
- e) .- Bordeas triangulares
- f) .- Angulos

CARA VESTIBULAR

A igual que las caras lingual, nasal y distal, se las di-
vide en tercios para su estudio.-

En el sentido medio distal los tercios son:

el tercio nasal, el medio y el distal.

En el sentido colunar cervical se las divide también en
tres tercios que son el colunar, el medio y el cervical.

La cara vestibular es de menor diámetro que el de las
piezas anteriores y más convexa.

Cuando la pieza presenta sobre colunar cinco odepidos,
sobre vestibular, se observan los surcos vestibulares y disto ves-
tibular.

CARA LINGUAL:

Es más pequeña que la vestibular y también es convexa el
igual que ella.

UNA RAÍZ:

Se curva en el sentido bucal-lingual y aplana en el lado cervical.-

UNA RAÍZ:

Se curva en el sentido buco-lingual como así también en el cervico-columar.-

UNA RAÍZ:

En esta pieza puede ser horizontal o tener una pequeña convexidad hacia la superficie occlusal, en las caras mesial y distal de la corona y una pequeña concavidad hacia la misma superficie occlusal en las caras vestibular y lingual.

UNA RAÍZ:

Puede ser única y en este caso ser vertical. Puede tener dos raíces y presentar un inclinamiento hacia distal. A veces pueden estar fusionadas y se les observan piezas con seis o siete raíces.

UNA RAÍZ:

A veces esta pieza dentaria no hace erupción, permanece retenida o incluida, constituyendo una anomalía o mal formación dental, entendiéndose como tal, la consecuencia de una perturbación en el ciclo del desarrollo del diente dental.

Mientras la pieza permanece dentro de sus límites normales tenemos el genotipo, esto cuando los factores internos y externos llamados también genotipos y peritipos son constantes; pero cuando existen interferencias entre ellos, se produce la desviación que se

Lesión anormal.

Los dientes, como cualquier órgano, no sufren influencias modificadoras constantes causadas sólo por afecciones congénitas es decir que no sólo aquellas lesiones que se producen durante la vida intrauterina, sino también las que se originan en los germos dentales que se desarrollan después del nacimiento del individuo que operan modificaciones en los mismos. A estos hay que agregar las afecciones adquiridas que pueden ser generales o locales del sujeto portador. Cuando estas piezas permanecen retenidas, produce una serie de lesiones de las cuales algunas, pueden ser de gran importancia.

Al permanecer incluída, puede adquirir una serie de posiciones diferentes como ser: estar dirigida su raíz hacia la escotadura de la alveola; puede estar dirigida hacia el alveolo; puede estar dirigida hacia el alveolo; puede estar dirigida hacia el alveolo; puede estar dirigida hacia el alveolo.

Hay que hacer constar que al hablar de inclusión, se debe distinguir entre un diente que no realiza su erupción y un diente mal colocado (stéptico). Estos dientes son los que erupcionan, pero siempre en posición defectuosa en el alveolo, en la arcada o fuera de ella. Cuando encerrado en el hueso maxilar, puede, con el correr de los años, cambiar de posición y adquirir la disposición normal.

Denominamos inclusión cuando la pieza está retenida en forma anormal. Reservamos el término de retenido, para aquellos casos que la pieza dentaria se encuentra cubierta por la fibro-mucosa y en co-

tos casos pueden infra e supra gingival.

La explicación ha sido dada e interpretada de diversas maneras, algunos autores como GULLIELMO y MARIANI, sostienen que esta pieza representa un órgano en vía de regresión.

Hacemos caso unico de la anatomía microscópica en este trabajo porque escapa al estudio del mismo. De esta manera, las consideraciones que pueden hacerse con respecto a la pulpa dentaria, irrigación e inervación de la misma, tejido de la pieza dentaria, parodontio etc. etc. no son consideradas porque tendríamos que repetir aquí lo que los distintos autores dicen, sin que haya nada de nuestro esfuerzo para la comprobación siquiera de los mismos.

ANATOMIA APLICADA:

Los considerandos anatómicos que acabamos de realizar, tienen gran interés para el odontólogo, porque todos y cada uno de ellos, representan el respaldo de acciones en dicha zona pueden realizarse y también en la explicación de afecciones que teniendo su origen en la región, se han propagado a distancia.

En hemos recordado, haciendo nuestros los conceptos de APRILE y FIGINI con respecto a las posibilidades de propagación de afecciones a través de espacios que los autores han descrito con claridad y precisión en base a sus estudios anatómicos.

Bajo el punto de vista quirúrgico tiene el conocimiento exacto de estas zonas, una importancia extraordinaria.

Entre todo en la evaluación de terceros molares incluidos o re-

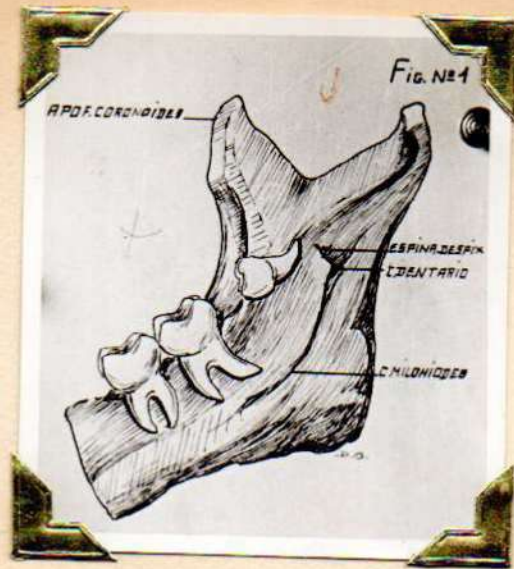


Lámina No. 52

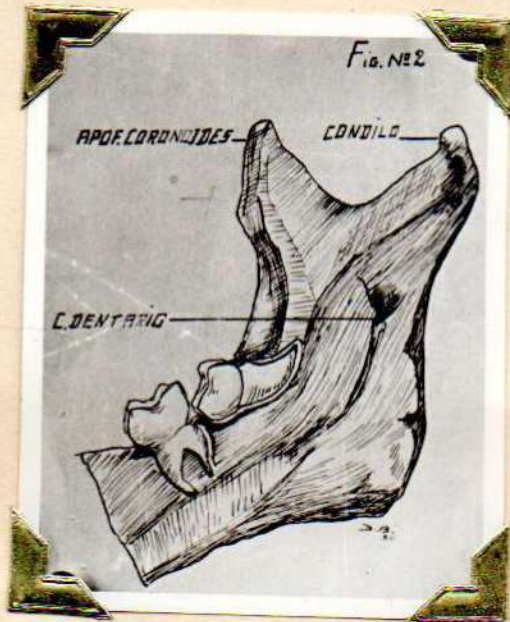


Lámina No. 53





Lámina N^o.55
(Preparado)

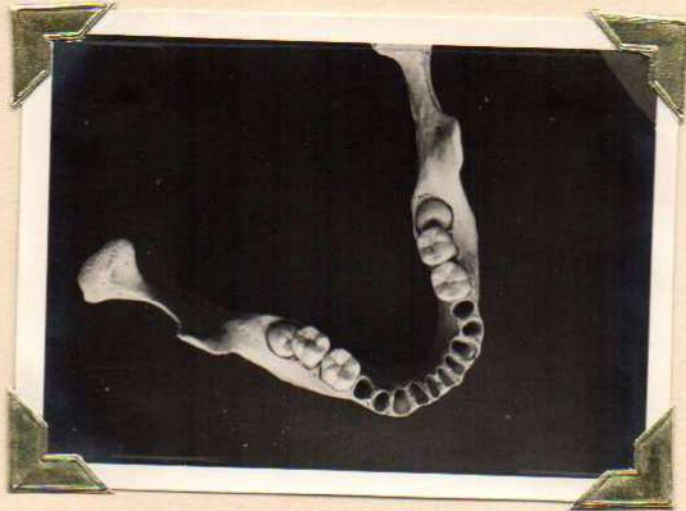


Lámina N^o.56
(Preparado)



tenidos al dominio de la zona permitirán al cirujano odontológico ajustar su conducta dentro de un plan lógico y de respaldo anatómico. Láminas n^os. 52, 53, 54, 55, 56, 57 y 58.

En este sentido debemos recordar:

1^o).- que el músculo buccinator cruce a la altura del triángulo retromolar hacia vestibular.

2^o).- que el músculo milohioides se inserte en la línea milohioides y separe él, nuestra zona y el área quirúrgica de la misma, de regiones vecinas.

3^o).- que el proceso alveolar esté oblicuamente asentado sobre la porción basal del maxilar inferior de arriba hacia abajo y dentro hacia afuera.

Las tablas de contacto del proceso alveolar, tienen distinto espesor siendo la externa, mucho más gruesa que la interna, en razón del entrecruzamiento de la línea oblicua externa y la intersección alveolar. La tabla interna que es delgada y hasta la línea milohioides no se presta a inserciones musculares.

4^o).- El conducto dentario cruce en K la vertical anterior de la zona ascendente y por lo tanto el conducto dentario, esté más coron, a esta altura, de la tabla externa que la de la interna.

5^o).- que las acciones quirúrgicas que se realicen dentro de los límites de la región, por el lado interno, no tienen vasos y nervios de importancia que puedan ser interesados en la disección de los tejidos cuando se actúa con técnica correcta.

62).- que por el lado vestibular tenemos mayor espesor del hueso, las fibras del buccinator, el conducto y el paquete vascular nervioso y las líneas de fuerza del maxilar que pueden ser interesantes en los distintos tiempos de un acto quirúrgico que eligamos esta vía de abordaje.-

Porini

Padrino de Torres
H. Padrino

Se efectua un analisis anatómico de las principales regiones de la boca, efectuando el resalta de aquellos conocimientos que tienen un interés inmediato con el objetivo perseguido por este trabajo.-

Se describe la anatomía objetivada en direcciones y en tal sentido cabe hacer lugar pié en este resumen.

a).- La especial conformación de la célula de la glándula submaxilar cuya pared sépera externa consta de las siguientes capas: 1ª aponeurótica; 2ª periostica, 3ª esclerótica; dato anatómico de interés quirúrgico.

b).- El modo de inserción de los músculos parapróticos; buccinator y milohioides, de interés quirúrgico.-

c).- Estudio las reacciones del nervio lingual con el objeto de la aplicación práctica del conocimiento en las acciones quirúrgicas.

d).- Se analiza la zona topográfica de la 3ª molar mandibular en relación con la evolución de dichas piezas incluidas.

e).- Se describe los espacios de comunicación del piso de la boca con las siguientes regiones:

1ª.- Mastoidea

2ª.- Temporal

3ª.- Sigmoidea

4ª.- Suprahioidea

5ª.- Interofaríngea.

Los espacios han sido estudiados por disección y representan sitios donde existen una atmósfera adiposa propicia para la propagación de afecciones que tengan asiento en el piso de la boca.

RISUNTO:

Si effettua un'analisi anatomico delle principali regioni della bocca, risaltando i conoscimenti che hanno un'interesse immediato con il soggetto in base al lavoro a eseguire.

Si mette in evidenza l'anatomia obbiettivata nelle dissezioni, e in una maniera speciale que conviene mettere in risalto:

a) La speciale formazioni della cella della ghiandola sotto-mascellare in cui parete superior^e esterna si trovano le seguenti cappe:

1) aponeurotica- 2) periostica- 3) scheletrica; dato anatomico de interesse quirurgico.

b) La maniera di inserzioni dei muscoli paraprotettici: buccinatore e milojoideo, di interesse chirurgico.

c) Studia le reazioni del nervio linguale con il soggetto dell'applicazione pratica del conoscimento nell reazioni chirurgiche.

d) Si analizza la zona topografica della terza molare mandibolare in relazione con la avulzione delle medesime, incluse.

e) La descrizione degli spazi in comunicazione, della, base della bocca, con la seguenti regioni.

1) Masseterina.

2) Temporale

3) Zigomatica

4) Supra-joidica

5) La parte laterale della faringe.

Gli spazi sono stati studiati mediante dissezioni e rappresentazioni y luoghi dove esiste un' atmosfera adiposa propensa alla propagazione di affezioni che hanno luogo nella base della bocca.

SUMMARY

An anatomical analysis has been done of the principal regions of the mouth, emphasizing the parts which are of immediate interest to the object of this investigation.

The anatomy is described, objectivated in dissections and here is where we stress the point in this summary.

a) The special conformation of the cell of the sub-maxilar gland whose supero-external wall is formed by the following layers: 1st., the aponeurotic; 2nd., the peritosteal; 3rd., the skeletal, which is an anatomical datum of surgical interest.

b) The manner of insertion of the buccinator and mylohyoid muscles, of surgical interest.

c) It studies the relations of the lingual nerve with the object of a practical application of this knowledge in surgical actions.

d) The topographical zone of the third mandibular molar is analysed in relation to the avulsion of these included teeth.

e) The communicating spaces between the floor of the mouth and the following regions are described:

- 1st. Masseur
- 2nd. Temporal
- 3rd. Zygomatic
- 4th. Suprahyoid
- 5th. Lateropharyngeal

The spaces have been studied by means of dissection and they represent places where there exists an adipose atmosphere for the propagation of the diseases of the floor of the mouth.

BIBLIOGRAFIA.-

CUSHINGHAM

Anatomia Descriptiva

CARREI

Anatomia Dentaria

DIANORD

Anatomia Dentaria

BRASSQUIN

Anatomia Dentaria

H. FICUS

Conducto Dentario

GRAY

Anatomia Descriptiva

MARTINEZ CARRERAS

Morfologia del maxilar inferior

A. BASTIDAS CARRERAS

B. BOCHI

PAGGAVASS

A. BUSCH

C. COZZISI ANGELELO

A. MARTINEZ CARRERAS

R. BOBINO

Topografia del 3º solar mandibular.

B. GASTONI

RICHER Y TARDIER

Anatomia Odontológica

TERTUR JACOB

Anatomia Topográfica

TERTUR LACROIX

Anatomia Descriptiva.