

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA U. N. A. M.

21
23

**TECNICAS INTRA-ORALES PARA LA
REDUCCION DEL PROGNATISMO**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
CELINA PUMAREJO GONZALEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

CAPITULO 1. ANATOMIA DE LA REGION

1.- HUESO MANDIBULAR

- 1.1. DEFINICIÓN DEL HUESO MANDIBULAR
- 1.2. ORIGEN DEL HUESO MANDIBULAR
- 1.3. HISTOLOGÍA DEL HUESO MANDIBULAR
- 1.4. CUERPO DE LA MANDÍBULA
 - 1.4.A CARA ANTERIOR
 - 1.4.B CARA POSTERIOR
 - 1.4.C BORDE SUPERIOR
 - 1.4.D BORDE INFERIOR
- 1.5. RAMAS DE LA MANDÍBULA
 - 1.5.A CARA EXTERNA
 - 1.5.B CARA INTERNA
 - 1.5.C BORDE ANTERIOR
 - 1.5.D BORDE POSTERIOR
 - 1.5.E BORDE SUPERIOR
 - 1.5.E.1 APÓFISIS CORONIOIDES
 - 1.5.E.2 CÓNDILO
 - 1.5.E.3 ESCOTADURA SIGMOIDEA
 - 1.5.F BORDE INFERIOR

2.- MUSCULOS

- 2.1. MÚSCULO BORLA DEL MENTÓN O DE LA BARBA
- 2.2. TRIANGULAR DE LOS LABIOS
- 2.3. CUADRADO DEL MENTÓN O DE LA BARBA
- 2.4. ANOMALUS MENTI (INCONSTANTE)
- 2.5. GENIOGLOSO
- 2.6. GENIHIÓIDEO
- 2.7. MILOHIÓIDEO
- 2.8. CONSTRICTOR SUPERIOR DE LA FARINGE
- 2.9. BUCCINADOR
- 2.10. DIGÁSTRICO

- 2.11. CUTÁNEO DEL CUELLO
- 2.12. TRANSVERSO DE LA BARBA (INCONSTANTE)
- 2.13. MASETERO
- 2.14. PTERIGOIDEO INTERNO
- 2.15. PTERIGOIDEO EXTERNO
- 2.16. TEMPORAL

3.- IRRIGACION

4.- INERVACION

- 4.1. NERVI0 DENTARIO INFERIOR
- 4.2. NERVI0 LINGUAL

CAPITULO II. MAL FORMACIONES DEL DESARROLLO

1.- MAL FORMACIONES EN GENERAL

- 1.1. AGNATIA
- 1.2. MICROGNATIA
- 1.3. HEMIHIPERTROFIA FACIAL

2.- PROGNATISMO

CAPITULO III. PREPARACION DEL PACIENTE A LA CIRUGIA

1.- HISTORIA CLINICA

2.- RADIOGRAFIAS

3.- MODELOS DE ESTUDIO

CAPITULO IV. INTERCONSULTAS

1.- PROTESICAS

2.- ORTODONTICAS

CAPITULO V. TECNICAS INTRA - ORALES

1.- OSTEOTOMIA SUBCONDILAR INTRAORAL OBLICUA

2.- OSTEOTOMIA SAGITAL INTRAORAL

3.- OSTEOTOMIA EN EL CUERPO DE LA MANDIBULA
INTRAORAL Y EXTRAORAL

4.- OSTEECTOMIA INTRAORAL

CAPITULO VI. COMPLICACIONES Y CUIDADOS POSOPERATORIOS

1.- INMEDIATO

2.- MEDIATO

3.- TARDIO

CAPITULO I.

ANATOMIA DE LA REGION

1.- HUESO MANDIBULAR

1.1. DEFINICIÓN DEL HUESO MANDIBULAR

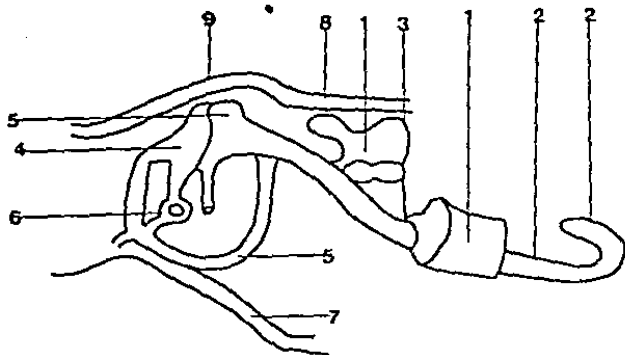
LO DEFINIMOS COMO UN HUESO IMPAR, CENTRAL Y SIMÉTRICO, SE ENCUENTRA SITUADO EN LA PARTE INFERIOR Y ANTERIOR DE LA CARA. SE DIVIDE EN DOS PARTES: CUERPO Y RAMAS O EXTREMOS LATERALES.

1.2. ORIGEN DEL HUESO MANDIBULAR

LA MANDÍBULA SE ORIGINA DEL CARTÍLAGO DE MECKEL PRESENTANDO UN DESARROLLO EN DOS MITADES DE MODO INDEPENDIENTE.

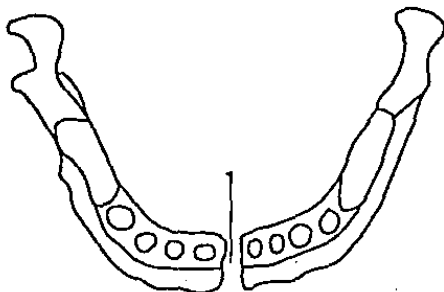
CADA SEMIMAXILAR ES VISIBLE A PARTIR DEL PRIMER MES DE LA VIDA INTRAUTERINA. EN LA ÉPOCA DEL NACIMIENTO LA MANDÍBULA SE COMPONE TODAVÍA DE DOS MITADES, DERECHA E IZQUIERDA, UNIDAS EN LA LÍNEA MEDIA POR TEJIDO CONJUNTIVO. SU RAMA ESTÁ TODAVÍA DIRIGIDA MUY OBLÍCUALMENTE HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS, SU BORDE SUPERIOR PRESENTA A DERECHA E IZQUIERDA CINCO ---- ALVÉOLOS COMPLETAMENTE FORMADOS.

LA SOLDADURA MEDIA DE LAS DOS MITADES DEL MAXILAR INFERIOR, SE EFECTÚA ENTRE EL SEGUNDO Y EL TERCER MES DE NACIDO DONDE RESULTA DE ESTA UNIÓN LA SÍNFISIS MENTONIANA. MÁS TARDE, EN EL VIEJO LAS RAMAS DE LA MANDÍBULA TIENDEN A READQUIRIR LA POSICIÓN QUE TENÍA EN EL NIÑO Y POR EFECTO DE LA CAÍDA DE LOS DIENTES, LAS PAREDES ALVEOLARES SE BURRAN Y SE REABSORBEN Y COMO CONSECUENCIA, EL BORDE SUPERIOR DE LA MANDÍBULA ADQUIERE LA FORMA DE UNA SIMPLE CRESTA Y LA ALTURA DEL HUESO DISMINUYE. LA PARTE INFERIOR DE LA SÍNFISIS MENTONIANA, SE PROYECTA HACIA ADELANTE, FORMANDO A VECES UNA PROMINENCIA MÁS O MENOS PRONUNCIADA.



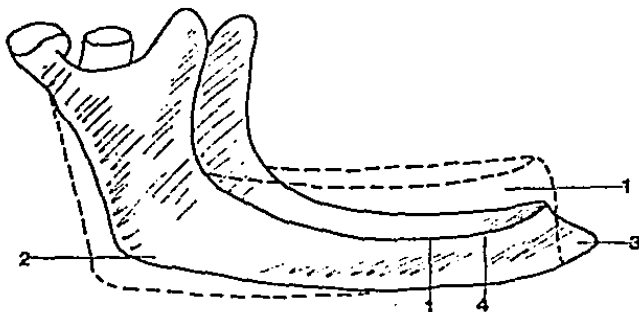
CARTÍLAGO DE MECKEL

- 1.- MANDIBULA.
- 2.- CARTÍLAGO DE MECKEL (PORCIÓN MANDIBULAR)
- 2'- CARTÍLAGO DE MECKEL DEL LADO OPUESTO
- 3.- MARTILLO
- 4.- YUNQUE
- 5.- TÍMPANO
- 6.- ESTRIBO
- 7.- ARCO BRANQUIAL HIOIDEO
- 8.- APÓFISIS CIGOMÁTICA
- 9.- TECHO DEL TÍMPANO



MANDÍBULA DE UN FETO A TÉRMINO, BORDE ALVEOLAR

1.- LAS DOS MITADES DEL HUESO TODAVÍA NO SOLDADAS.



MANDÍBULA DE VIEJO

LAS LÍNEAS DE PUNTOS INDICAN EL CONTORNO DE LA MISMA MANDÍBULA EN EDAD ADULTA.

SE VE MUY CLARAMENTE:

- 1.- QUE POR EFECTO DE LA RESORCIÓN DE LOS ALVÉOLOS, LA ALTURA DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA SE REDUJO A LA MITAD.
- 2.- EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA ES MÁS ABIERTO.
- 3.- LA PROMINENCIA DEL MENTÓN ES MÁS PRONUNCIADA.
- 4.- EL AGUJERO MENTONIANO SE HALLA SITUADO EN EL BORDE DE LA MANDÍBULA.

1.3. HISTOLOGÍA DEL HUESO MANDIBULAR

LA MANDÍBULA ESTÁ FORMADA POR MASA ESPONJOSA REDONDEADA EN TODA SU EXTENSIÓN POR UNA CAPA GRUESA Y RESISTENTE DE TEJIDO COMPACTO. A NIVEL DEL CÓNDILO, LA CAPA PERIFÉRICA DEL TEJIDO COMPACTO SE ADELGAZA, EN CAMBIO LA APOFISIS CORONOIDES PRESENTA UNA DELGADA CAPA DE TEJIDO ESPONJOSO, ENVUELTA POR OTRA MÁS GRUESA DE TEJIDO COMPACTO.

1.4. CUERPO DE LA MANDÍBULA

PRESENTA UNA FORMA DE HERRADURA Y SE CONSIDERA EN ÉL DOS CARAS, ANTERIOR Y POSTERIOR, Y DOS BORDES, SUPERIOR E INFERIOR.

1.4.A CARA ANTERIOR

EN ESTA CARA SE PUEDE OBSERVAR LA PRESENCIA EN SU PARTE MEDIA UNA LÍNEA VERTICAL, INDICIO DE LA SOLDADURA DE LAS DOS MITADES DEL HUESO Y RECIBE EL NOMBRE DE SINFISIS MENTONIANA. ESTA LÍNEA VERTICAL, EN OCASIONES ES SALIENTE Y EN OTRAS DEPRIMIDAS EN FORMA DE SURCO, Y TERMINA POR ABAJO EN LA EMINENCIA MENTONIANA.

EN CADA LADO DE LA EMINENCIA MENTONIANA PARTE UNA LÍNEA SALIENTE, LLAMADA LÍNEA OBLÍCUA EXTERNA DE LA MANDÍBULA, QUE CRUZA LA CARA ANTERIOR DEL HUESO DIAGONALMENTE Y TERMINA EN EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA, EN DONDE SE PRESENTA LA INSERCIÓN DE LOS MÚSCULOS TRIANGULAR DE LOS LABIOS, CUADRADO DE LA BARBA Y CUTÁNEO DEL CUELLO.

POR ENCIMA DE ESTA LÍNEA, Y APROXIMADAMENTE A NIVEL DEL SEGUNDO PREMOLAR, SE ENCUENTRA EL AGUJERO MENTONIANO, POR DONDE PASA EL NERVIJO Y LOS VASOS MENTONIANOS.

1.4.B CARA POSTERIOR

EN ESTA CARA A NIVEL DE LA LÍNEA MEDIA SE OBSERVAN CUATRO PEQUEÑAS EMINENCIAS LLAMADAS APÓFISIS GENI, LAS

CUALES PRESENTAN INSERCIÓN. LAS DOS SUPERIORES, A LOS MÚSCULOS GENIOGLOSOS, Y LAS DOS INFERIORES, A LOS MÚSCULOS GENIOHIOIDEOS.

EN ESTA CARA POSTERIOR TAMBIÉN SE ENCUENTRA UNA LÍNEA SALIENTE, CON EL NOMBRE DE LÍNEA OBLICUA INTERNA O MILOHIOIDEA, QUE VA HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE TERMINANDO EN EL BORDE INFERIOR DE ESTA CARA, SIRVE DE INSERCIÓN AL MÚSCULO MILOHIOIDEO.

A CADA LADO DE LA APÓFISIS GENI SE ENCUENTRA UNA PEQUEÑA DEPRESIÓN TRANSVERSAL, LLAMADA FOSITA SUBLINGUAL TENIENDO LA FUNCIÓN DE ALOJAR A LA GLÁNDULA SUBLINGUAL.

A NIVEL DE LOS MOLARES EXISTE OTRA DEPRESIÓN MUCHO MÁS PRONUNCIADA QUE LA ANTERIOR, LA FOSITA SUBMAXILAR EN LA CUAL SE ALOJA LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

1.4.c BORDE SUPERIOR

EN ESTE BORDE ENCONTRAMOS LAS CAVIDADES ALVEOLARES DONDE SE INSERTAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. TANTO POR SU NÚMERO COMO POR SU DISPOSICIÓN SON ANÁLOGAS.

SE HA COMPROBADO QUE LAS MEDICIONES DEL BORDE SUPERIOR DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA ES MÁS LARGO A LA DERECHA QUE A LA IZQUIERDA, ES UNA DIFERENCIA APROXIMADAMENTE DE DOS MILÍMETROS HASTA SEIS MILÍMETROS, ESTO SE DEBE A QUE LAS PIEZAS DENTARIAS DEL LADO IZQUIERDO DISPONEN DE MENOS ESPACIO PARA DESARROLLARSE QUE LAS DEL LADO DERECHO, POR LO QUE SE PRESENTA MAYOR PROBLEMA CON LA ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES DEL LADO IZQUIERDO.

1.4.d BORDE INFERIOR

TIENE UNA FORMA REDONDEADA Y OBTUSA Y EN CADA LADO DE LA SINFISIS SE LOCALIZA UNA DEPRESIÓN LLAMADA FOSITA DIGÁSTRICA, Y EN ELLA SE INSERTA EL MÚSCULO DIGÁSTRICO. TAMBIÉN SE ENCUENTRA EL CANAL FACIAL POR DONDE PASA LA ARTERIA FACIAL.

1.5. RAMAS DE LA MANDÍBULA

ESTAS RAMAS PRESENTAN UNA FORMA CUADRILÁTERA. -- SON MÁS ALTAS QUE ANCHAS CON UNA DIRECCIÓN DE ABAJO ARRIBA Y DE ADELANTE ATRÁS.

CADA UNA DE ESTAS RAMAS PRESENTA UNA CARA EXTERNA, UNA CARA INTERNA, UN BORDE ANTERIOR, UN BORDE POSTERIOR Y UN BORDE SUPERIOR.

1.5.A CARA EXTERNA

EN ESTA CARA SE LOCALIZAN RUGOSIDADES MUY MARCADAS, PRESENTÁNDOSE PRINCIPALMENTE EN LA PORCIÓN INFERIOR, - DESTINADAS A LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO MASETERO,

1.5.B CARA INTERNA

PRESENTA PRINCIPALMENTE EN SU CENTRO AL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, POR EL CUAL PASAN EL NERVIYO Y LOS VASOS DENTARIOS INFERIORES.

DELANTE Y DEBAJO DE ESTE ORIFICIO SE ENCUENTRA LA ESPINA DE SPIX, DONDE SE INSERTA EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR.

EN LA PARTE INFERIOR Y POSTERIOR DE ESTE MISMO ORIFICIO SE DESPRENDE EL CANAL MILOHIOIDEO QUE SE DIRIGE HACIA ABAJO Y DELANTE EN SENTIDO DEL CUERPO DEL HUESO, POR DONDE PASA EL NERVIYO Y LOS VASOS MILOHIOIDEOS.

POR DETRÁS DEL CANAL MILOHIOIDEO HAY UNA SERIE DE RUGOSIDADES PARA LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

1.5.c BORDE ANTERIOR

PRESENTA UN CANAL CUYOS DOS BORDES SE SEPARAN EL UNO DEL OTRO CONFORME DESCENDEN Y CONTINÚAN RESPECTIVAMENTE, A NIVEL DEL CUERPO DEL HUESO.

1.5.D BORDE POSTERIOR

ESTE BORDE ES REDONDO Y LISO. ESTÁ EN RELACIÓN -

CON LA PARÓTIDA POR LO QUE RECIBE TAMBIÉN EL NOMBRE DE BORDE PAROTÍDEO.

1.5.E BORDE SUPERIOR

ESTE BORDE ESTÁ FORMADO POR DOS APÓFISIS, UNA ANTERIOR LLAMADA APÓFISIS CORONOIDES; OTRA POSTERIOR, LLAMADA CÓNDILO. ESTAS DOS APÓFISIS SE ENCUENTRAN SEPARADAS POR LA ESCOTADURA SIGMOIDEA.

1.5.E.1 APÓFISIS CORONOIDES

EN LA APÓFISIS CORONOIDES SE INSERTA EL MÚSCULO TEMPORAL. ES APLANADA Y DE FORMA TRIANGULAR, EL VÉRTICE ESTÁ DIRIGIDO HACIA ARRIBA Y ES LISO, Y LA BASE FORMA CUERPO CON LA RAMA DE LA MANDÍBULA. PRESENTA DOS CARAS, UNA INTERNA Y OTRA EXTERNA. DE SUS DOS BORDES, EL ANTERIOR SE CONTINÚA CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA Y EL POSTERIOR SE DIRIGE HACIA EL CUELLO DEL CÓNDILO, FORMANDO LA VERTIENTE ANTERIOR DE LA ESCOTADURA SIGMOIDEA.

1.5.E.2 CÓNDILO

SE ENCUENTRA UNIDO A LA RAMA DE LA MANDÍBULA POR EL CUELLO DEL CÓNDILO QUE ES UNA PORCIÓN ESTRECHA. EN LA PARTE ANTERO - INTERNA DE ESTE CUELLO SE VE UNA DEPRESIÓN MUY MARCADA DONDE SE INSERTA EL PTERIGOIDEO EXTERNO. EL CÓNDILO ES UNA EMINENCIA ELIPSOIDEA, APLANADA EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR. SE ENCUENTRA INCLINADO HACIA ADENTRO. SOBRESALE APROXIMADAMENTE UN CENTÍMETRO DEL PLANO INTERNO DE LA RAMA ASCENDENTE. SE ARTICULA CON LA CAVIDAD GLENOIDEA Y EL CÓNDILO DEL TEMPORAL.

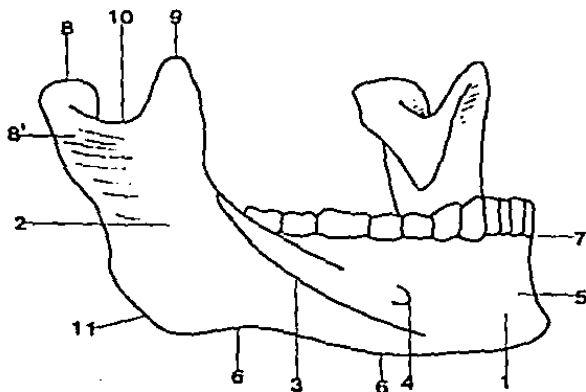
1.5.e.3 ESCOTADURA SIGMOIDEA

SE LE LLAMA TAMBIÉN ESCOTADURA SEMILUNAR POR TENER FORMA DE MEDIA LUNA CUYA CONCAVIDAD ESTÁ HACIA ARRIBA. SEPARA LA APÓFISIS CORONOIDES Y AL CÓNDILO. POR ESTA ESCOTADURA PASAN LOS NERVIOS Y VASOS MASETÉRICOS.

1.5.f BORDE INFERIOR

ENTRE EL BORDE INFERIOR DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA Y EL BORDE INFERIOR DEL CUERPO, NO EXISTE NINGUNA LÍNEA DE DEMARCACIÓN.

EL BORDE INFERIOR JUNTO CON EL BORDE POSTERIOR O PAROTÍDEO, FORMAN EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA.



HUESO MANDIBULAR

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1.- CUERPO DE LA MANDÍBULA | 7.- BORDE SUPERIOR |
| 2.- RAMA DE LA MANDÍBULA | 8.- CÓNDILO |
| 3.- LÍNEA OBLICUA EXTERNA | 9.- APÓFISIS CORONOIDES |
| 4.- AGUJERO MENTONIANO | 10.- ESCOTADURA SIGMOIDEA |
| 5.- SINFISIS MENTONIANA | 11.- ÁNGULO DE LA MANDÍBULA |
| 6.- BORDE INFERIOR | |

2.- MUSCULOS

LOS MÚSCULOS SON ÓRGANOS QUE TIENEN LA PROPIEDAD DE CONTRAERSE Y DISTENDERSE Y PERMITIR EL MOVIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS.

LA MANDÍBULA DA INSERCIÓN A 32 MÚSCULOS, 16 POR CADA LADO.

CUERPO	A) CARA ANTERIOR	2.1.	MÚSCULO BORLA DEL MENTÓN	
		2.2.	TRIANGULAR DE LOS LABIOS	
		2.3.	CUADRADO DEL MENTÓN O DE LA BARBA	
		2.4.	ANOMALUS MENTI (INCONSTANTE)	
	B) CARA POSTERIOR	2.5.	GENIOGLOSO	
		2.6.	GENIOHIOIDEO	
		2.7.	MILOHIOIDEO	
		2.8.	CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE	
	C) BORDE SUPERIOR	2.9.	BUCCINADOR	
		D) BORDE INFERIOR	2.10.	DIGÁSTRICO
	2.11.		CUTÁNEO DEL CUELLO	
	2.12.		TRANSVERSO DE LA BARBA (INCONSTANTE)	
RAMAS	A) CARA EXTERNA	2.13.	MASETERO	MÚSCULOS
	B) CARA INTERNA	2.14.	PTERIGOIDEO INTERNO	DE
	C) CÓNDILOS	2.15.	PTERIGOIDEO EXTERNO	LA
	D) APÓFISIS CORONOIDES	2.16.	TEMPORAL	MASTICACIÓN

2.1. MÚSCULO BORLA DEL MENTÓN O DE LA BARBA

SON DOS PEQUEÑOS MÚSCULOS EN FORMA DE CONO, LOCALIZADOS UNO A CADA LADO DE LA LÍNEA MEDIA, ENTRE LA PARTE SUPERIOR DE LA SÍNFISIS MENTONIANA Y LA BARBILLA.

A) INSERCIONES.- POR ARRIBA SE INSERTAN EN LA MANDÍBULA, POR DEBAJO DE LA MUCOSA DE LAS ENCÍAS, DIRIGIÉNDOSE HACIA ABAJO, ESPARCIÉNDOSE SUS FIBRAS A LA MANERA DE LOS PELOS DE UN PINCEL, TERMINANDO EN LA CARA PROFUNDA DEL MENTÓN.

B) RELACIONES.- LOS MÚSCULOS BORLA DEL MENTÓN REPOSAN SOBRE EL HUESO, EN CADA LADO DE LA SÍNFISIS MENTONIANA.

C) INERVACIÓN.- RECIBE FILETES DEL NERVIU CERVICO-FACIAL.

D) ACCIÓN.- AL CONTRAERSE LOS MÚSCULOS DE AMBOS LADOS LEVANTAN LA PIEL DEL MENTÓN.

2.2. TRIANGULAR DE LOS LABIOS

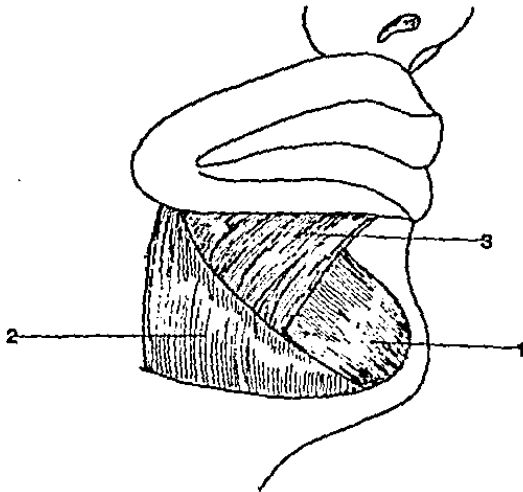
ESTE MÚSCULO SE EXTIENDE DE LA MANDÍBULA A LA COMISURA DE LOS LABIOS, ES UN MÚSCULO ANCHO Y A LA VEZ DELGADO.

A) INSERCIONES.- SE INSERTA POR MEDIO DE LAS LÁMINAS APONEURÓTICAS EN EL TERCIO INTERNO DE LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DE LA MANDÍBULA, SUS FIBRAS CONVERGEN LUEGO HACIA LA COMISURA DE LOS LABIOS, DONDE SE MEZCLAN CON LAS DEL CIGOMÁTICO MAYOR Y LAS DEL CANINO, PARA IR A TERMINAR EN LA CARA PROFUNDA DE LOS TEGUMENTOS.

B) RELACIONES.- POR SU CARA SUPERFICIAL ESTÁ RELACIONADA CON LA PIEL Y POR SU CARA PROFUNDA CUBRE AL CUADRO DE LA BARBA Y AL BUCCINADOR.

C) INERVACIÓN.- ESTÁ INERVADO POR EL FACIAL.

D) ACCIÓN.- DESPLAZA HACIA ABAJO LA COMISURA DE LOS LABIOS. ES POR TANTO, EL MÚSCULO QUE PROPORCIONA A LA CARA EXPRESIÓN DE TRISTEZA.



MÚSCULOS DE LA CARA ANTERIOR DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA

- 1.- MÚSCULO BORLA DEL MENTÓN
- 2.- MÚSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS
- 3.- MÚSCULO CUADRADO DEL MENTÓN

2.3. CUADRADO DEL MENTÓN O DE LA BARBA

ESTE MÚSCULO ES DELGADO Y APLANADO, DE FORMA CUADRILÁTERA Y SE EXTIENDE DESDE LA MANDÍBULA AL LABIO INFERIOR.

A) INSERCIONES.- ESTE MÚSCULO SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y ADENTRO, Y VA A INSERTARSE POR ARRIBA EN LA PIEL DEL LABIO INFERIOR.

B) RELACIONES.- EN SU TERCIO INFERIOR ESTÁ CUBIERTO POR EL MÚSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS, Y EN SUS DOS TERCIOS SUPERIORES ESTÁ EN RELACIÓN CON LA PIEL.

C) INERVACIÓN.- SE ENCUENTRA INERVADO POR EL FACIAL.

D) ACCIÓN.- DESPLAZA HACIA ABAJO Y AFUERA EL LABIO INFERIOR.

2.4. ANOMALUS MENTI (INCONSTANTE)

2.5. GENIOGLOSO

ESTE MÚSCULO ES EL MÁS VOLUMINOSO DE LA LENGUA. PRESENTA LA FORMA DE UN TRIÁNGULO.

A) INSERCIÓN.- SE INSERTA HACIA ADELANTE, EN LA APOFISIS GENTI. PARTIENDO DE ESTE PUNTO SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y ATRÁS, IRRADIÁNDOSE A LA MANERA DE UN ABANICO.

B) RELACIONES.- ESTE MÚSCULO SE RELACIONA POR SU CARA EXTERNA, CON LA GLÁNDULA SUBLINGUAL Y LA ARTERIA LINGUAL. POR SU CARA INTERNA ESTÁ EN RELACIÓN CON EL MÚSCULO GENIOGLOSO.

EL BORDE ANTERIOR, ESTÁ CUBIERTO POR LA MUCOSA DE LA CARA INFERIOR DE LA LENGUA. EL BORDE INFERIOR DESCANSA SOBRE EL MÚSCULO GENIOHIOIDEO.

c) ACCIÓN.- ACTÚA DIRECTAMENTE SOBRE LA LENGUA, TIRANDO HACIA ADELANTE Y HACIA AFUERA. TAMBIÉN REALIZA UNA ACCIÓN CONTRARIA, DIRIGE LA PUNTA DE LA LENGUA HACIA ABAJO Y ATRÁS. TAMBIÉN PERMITE QUE LA LENGUA DESCANSE SOBRE EL - SUELO DE LA BOCA.

2.6. GENIHIOIDEO

SON DOS MÚSCULOS, UNO DERECHO Y OTRO IZQUIERDO, DE FORMA CILÍNDRICA Y SE EXTIENDE DE DERECHA A IZQUIERDA DE LA LÍNEA MEDIA, DESDE EL HIOIDES A LA SÍNFISIS DEL MENTÓN.

a) INSERCIONES.- ESTE MÚSCULO SE INSERTA POR SU PARTE SUPERIOR EN LA APÓFISIS GENI INFERIOR DE LA MANDÍBULA. SIGUE EN DIRECCIÓN OBLÍCUA HACIA ABAJO Y ATRÁS PARA INSERTARSE EN LA CARA ANTERIOR DEL CUERPO DEL HUESO HIOIDES,

b) RELACIONES.- LOS DOS GENIHIOIDEOS, ESTÁN EN MUTUO CONTACTO EN LA LÍNEA MEDIA. AMBOS SE RELACIONAN POR SU CARA INFERIOR CON EL MILOHIOIDEO, Y POR ARRIBA, CON EL - GENIOGLOSO, LA GLÁNDULA SUBLINGUAL Y LA MUCOSA DEL PISO DE LA BOCA.

c) INERVACIÓN.- RECIBE SU INERVACIÓN DEL NERVIPO HIPOGLOSO.

d) ACCIÓN.- ES ELEVADOR DEL HUESO HIOIDES, SI - TOMA SU PUNTO FIJO DE LA MANDÍBULA Y DEPRESOR DE LA MANDÍBULA, SI TOMA SU PUNTO FIJO DEL HIOIDES.

2.7. MILOHIOIDEO

ESTE MÚSCULO CONSTITUYE EL SUELO DE LA BOCA, ES APLANADO E IRREGULARMENTE CUADRILÁTERO.

a) INSERCIONES.- TIENE SU ORIGEN POR ARRIBA EN LA LÍNEA MILOHIOIDEA DE LA MANDÍBULA.

B) RELACIONES.- POR SU CARA INFERIOR SE ENCUENTRA CUBIERTA POR EL DIGÁSTRICO, POR LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y POR EL CUTÁNEO DEL CUELLO. POR SU CARA SUPERIOR, ESTÁ EN RELACIÓN CON LOS MÚSCULOS ESTILOGLOSO, HIIOGLOSO, GENIHIOI--DEO, LOS NERVIOS LINGUALES E HIPOGLOSO, EL CONDUCTO DE ---WHARTON, LA GLÁNDULA SUBLINGUAL Y EN ALGUNOS PUNTOS CON LA MUCOSA DE LA BOCA, Y POR ÚLTIMO, EL BORDE POSTERIOR, REOSTADO SOBRE EL HIIOGLOSO, ESTÁ ABRAZADO POR LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

C) INERVACIÓN.- ESTÁ INERVADO POR EL NERVIIO MILOHIOIDEO.

D) ACCIÓN.- ELEVA LA LENGUA, LA CUAL APLICA FUERTEMENTE CONTRA LA BÓVEDA PALATINA, DESEMPEÑANDO UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DEGLUCIÓN.

2.8. CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE

2.9. BUCCINADOR

A) INSERCIONES.- POR DETRÁS SE INSERTA EN EL --BORDE ALVEOLAR DEL MAXILAR Y DE LA MANDÍBULA. POR DELANTE TERMINA A NIVEL DE LAS COMISURAS, EN LA CARA PROFUNDA DE LA MUCOSA BUCAL.

B) RELACIONES.- POR DETRÁS ESTÁ EN RELACIÓN CON EL CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE, POR DELANTE ESTÁ EN RELACIÓN CON EL ORBICULAR DE LOS LABIOS. LA CARA INTERNA - SE RELACIONA CON LA MUCOSA BUCAL. LA CARA EXTERNA, CON LA POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA, CON EL MÚSCULO MASETERO, CON EL CONDUCTO DE STENÓN, LA ARTERIA FACIAL.

C) INERVACIÓN.- SE ENCUENTRA INERVADO CON EL FACIAL.

D) ACCIÓN.- HACE SALIR A PRESIÓN EL AIRE CONTENIDO EN LA CAVIDAD BUCAL, TIRANDO LA COMISURA HACIA ATRÁS.

2.10. DIGÁSTRICO

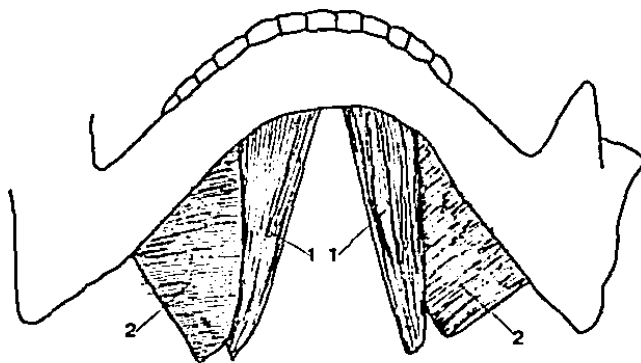
TIENE LA FORMA DE UN ARCO LARGO DE CONCAVIDAD HACIA ARRIBA Y VA DE LA BASE DEL CRÁNEO A LA PARTE MEDIA DE LA MANDÍBULA.

A) INSERCIONES.- CONSTA DE DOS VIENTRES: VIENTRE POSTERIOR, EL CUAL SE INSERTA EN LA PARTE INTERNA DE LA APÓFISIS MASTOIDES. VIENTRE ANTERIOR, SE INSERTA EN LA FOSITA DIGÁSTRICA.

B) RELACIONES.- EL VIENTRE POSTERIOR SE RELACIONA CON LOS MÚSCULOS ESTILOIDEOS, LA ARTERIA LINGUAL Y LA ARTERIA FACIAL. POR ARRIBA CON LA PARÓTIDA, Y POR ABAJO CON LA SUBMAXILAR.

C) INERVACIÓN.- VIENTRE POSTERIOR POR EL FACIAL Y EL GLOsofaríngeo. VIENTRE ANTERIOR POR LA MANDÍBULA.

D) ACCIÓN.- EL VIENTRE ANTERIOR SE FIJA EN EL HUESO HIÓIDES Y BAJA LA MANDÍBULA. EL VIENTRE POSTERIOR ARRASTRA EL HIÓIDES HACIA A TRÁS.



- 1.- MÚSCULO DIGÁSTRICO
2.- MÚSCULO MILOHIOIDEO

2.11. CUTÁNEO DEL CUELLO

SE LOCALIZA EN LA REGIÓN ANTEROLATERAL DEL CUELLO. ES UNA ANCHA LÁMINA MUSCULAR DE FORMA CUADRILÁTERA Y MUY DELGADA. VA DE LA PARTE SUPERIOR DEL TÓRAX, AL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.

A) INSERCIÓN.- POR ABAJO EN EL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE LA REGIÓN SUBCLAVICULAR. POR ARRIBA, EN EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.

B) RELACIONES.- LA CARA PROFUNDA CUBRE TODOS LOS MÚSCULOS PROFUNDOS DEL CUELLO. EL BORDE POSTERIOR ESTÁ EN RELACIÓN CON EL RISORIO. EL BORDE ANTERIOR FORMA CON EL LADO OPUESTO UN TRIÁNGULO, CUYO VÉRTICE CORRESPONDE A LA SÍNFISIS MENTONIANA Y LA BASE AL TÓRAX.

C) INERVACIÓN.- CON EL FACIAL.

D) ACCIÓN.- ATRAE HACIA ABAJO LA PIEL DEL MENTÓN Y EL LABIO INFERIOR. (EXPRESIÓN DE TRISTEZA)

2.12. TRANSVERSO DE LA BARBA (INCONSTANTE)

2.13. MASETERO

ES UN MÚSCULO CORTO, GRUESO, ADOSADO A LA CARA EXTERNA DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA.

A) INSERCIONES.- EL FASCÍCULO SUPERFICIAL VA -- DEL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMÁTICO AL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA.

EL FASCÍCULO PROFUNDO SE EXTIENDE DESDE EL ARCO CIGOMÁTICO, A LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE.

B) RELACIONES.- LA CARA INTERNA SE RELACIONA -- CON LA RAMA DE LA MANDÍBULA, CON LA ESCOTADURA SIGMOIDEA, Y CON EL BUCCINADOR.

LA CARA EXTERNA SE RELACIONA CON LOS MÚSCULOS CUTÁNEOS DE LA CARA, LA ARTERIA TRANSVERSAL DE LA CARA, EL CONDUCTO DE STÉNON Y EL NERVI0 FACIAL.

EL BORDE SUPERIOR SE RELACIONA CON EL ARCO SIGOMÁTICO. EL BORDE INFERIOR CON EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA.

EL BORDE ANTERIOR, CON EL MAXILAR SUPERIOR, CON EL BUCCINADOR Y LA ARTERIA FACIAL.

EL BORDE POSTERIOR CON LA RAMA DE LA MANDÍBULA.

C) INERVACIÓN.- NERVITOMASETERINO.

D) ACCIÓN.- ELEVA LA MANDÍBULA.

2.14. PTERIGOIDEO INTERNO

SE LOCALIZA POR DENTRO DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA.

A) INSERCIÓN.- EN LA FOSA PTERIGOIDEA.

B) RELACIONES.- POR DENTRO ESTÁ EN RELACIÓN CON LA FARINGE. POR FUERA, CON EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

C) INERVACIÓN.- CON LA RAMA DE LA MANDÍBULA.

D) ACCIÓN.- ELEVA A LA MANDÍBULA.

2.15. PTERIGOIDEO EXTERNO

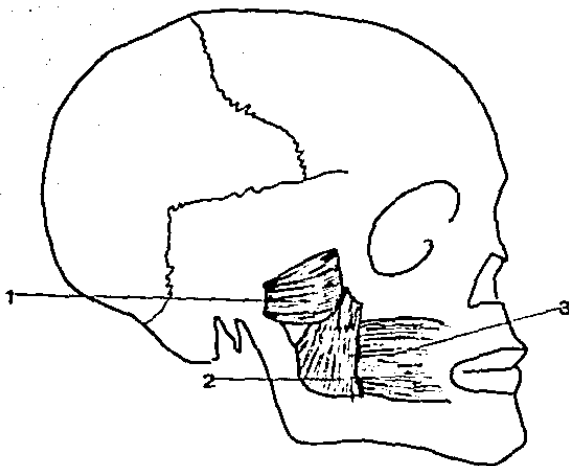
PRESENTA UNA FORMA DE CONOCUYA BASE ESTÁ DIRIGIDA AL CRÁNEO Y EL VÉRTICE AL CÓNDILO. OCUPA LA FOSA CIGOMÁTICA.

A) INSERCIÓNES.- PRESENTA DOS FASCÍCULOS, EL SUPERIOR SE INSERTA EN LA PARTE DEL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES Y EL FASCÍCULO INFERIOR SE INSERTA EN LA CARA EXTERNA DEL ALA EXTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES. DESDE ESTE PUNTO - LOS DOS FASCÍCULOS SE DIRIGEN HACIA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, SE UNEN ENTRE SÍ Y SE INSERTAN JUNTOS EN EL CUELLO DEL CÓNDILO.

B) RELACIONES.- LA CARA SUPERIOR ESTÁ EN RELACIÓN CON LA FOSA CIGOMÁTICA. LA CARA ANTEROEXTERNA ESTÁ EN RELACIÓN CON EL PTERIGOIDEO INTERNO, CON LOS NERVIOS LINGUAL, DENTARIO INFERIOR, Y CON LA ARTERIA MAXILAR INTERNA.

C) INERVACIÓN.- PROCEDE DEL TEMPOROBUCAL, RAMA DE LA MANDÍBULA.

D) ACCIÓN.- LA CONTRACCIÓN SIMULTÁNEA DE LOS DOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS DETERMINA LA PROYECCIÓN HACIA DELANTE DE LA MANDÍBULA Y LA CONTRACCIÓN AISLADA DE UNO DE ELLOS, MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.



- 1.- MÚSCULO PTERIGOIDED EXTERNO
- 2.- MÚSCULO PTERIGOIDED INTERNO
- 3.- MÚSCULO BUCCINADOR

2.16. TEMPORAL

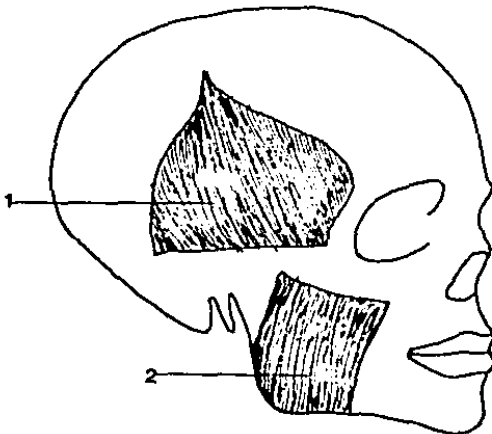
ESTE MÚSCULO TIENE LA FORMA DE ABANICO, ES APLANADO Y OCUPA LA FOSA TEMPORAL.

A) INSERCIÓNES.- POR ARRIBA SE INSERTA EN LA LÍNEA CURVA TEMPORAL INFERIOR, LA FOSA TEMPORAL Y EL ARCO CIGOMÁTICO.

B) RELACIONES.- LA CARA INTERNA ESTÁ EN RELACIÓN CON LA FOSA TEMPORAL. LA CARA EXTERNA ESTÁ EN RELACIÓN CON EL ARCO CIGOMÁTICO Y EL MASETERO. EL BORDE SUPERIOR CON LA APONEUROSIS TEMPORAL Y CON LA PARED CRANEAL. EL BORDE POSTERIOR EN LA BASE DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA. EL BORDE ANTERIOR ESTÁ EN RELACIÓN CON EL CANAL ALVEOLAR.

C) INERVACIÓN.- TRES NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS: ANTERIOR, MEDIO Y POSTERIOR QUE SON RAMOS DEL MAXILAR INFERIOR.

D) ACCIÓN.- ELEVA LA MANDÍBULA.



MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN

- 1.- MÚSCULO TEMPORAL
- 2.- MÚSCULO MASETERO

3.- IRRIGACION

LA IRRIGACIÓN SE LLEVA A CABO POR MEDIO DE LAS ARTERIAS Y - LAS VENAS.

LAS ARTERIAS LLEVAN LA SANGRE DEL CORAZÓN A LOS TEJIDOS Y LAS VENAS CONDUCE LA SANGRE DE LOS TEJIDOS AL CORAZÓN.

ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA

SE ENCUENTRA LOCALIZADA ENTRE LA BIFURCACIÓN DE LA CARÓTIDA PRIMITIVA Y EL CUELLO DEL CÓNDOLO DE LA MANDÍBULA, LUGAR EN EL CUAL EMITE SUS RAMOS TERMINALES: LA MAXILAR INTERNA Y LA TEMPORAL SUPERFICIAL.

SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y AFUERA, CRUZA LA CARÓTIDA INTERNA HASTA LLEGAR AL BORDE DE LA MANDÍBULA.

DURANTE SU TRAYECTO EMITE SEIS RAMOS COLATERALES: TIROIDEA SUPERIOR, LA LINGUAL, LA FACIAL, OCCIPITAL, AURICULAR, FARÍNGEA INFERIOR.

ARTERIA LINGUAL

TIENE SU ORIGEN DE LA CARÓTIDA EXTERNA. CORRE -- POR ENCIMA DEL HUESO HIOIDES HASTA LLEGAR A LA PUNTA DE LA LENGUA.

LA LINGUAL SE ENCUENTRA CUBIERTA POR EL HIOGLOSO.

ÉSTA ARTERIA EMITE RAMAS COLATERALES:

ARTERIA HIOIDEA: RECORRE EL HIOIDES

ARTERIA DORSAL: SE DIRIGE A LA MUCOSA DE LA -- LENGUA, DONDE IRRIGA LAS PAPI- LAS, Y EL VELO DEL PALADAR.

ARTERIA SUBLINGUAL: ÉSTA ARTERIA SE ENCARGA DE IRRI GAR LAS GLÁNDULA SUBLINGUAL Y AL FRENILLO DE LA LENGUA.

LA ARTERIA LINGUAL PRODUCE SU RAMO TERMINAL, EL CUAL RECIBE EL NOMBRE DE ARTERIA RANINA.

ARTERIA RANINA: EMITE RAMOS PARA LOS MÚSCULOS POR DONDE PASA Y PARA LA MUCOSA DE LA LENGUA QUE CUBRE LA PORCIÓN DE ÉSTA, SITUADA POR DELANTE DE LA V LINGUAL.

ARTERIA FACIAL: SE ORIGINA ARRIBA DE LA LINGUAL, IRRIGA A LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y ALCANZA EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA Y SE CONTINÚA HASTA LA COMISURA DE LOS LABIOS.

ESTA ARTERIA FACIAL EMITE RAMOS COLATERALES:

RAMOS CERVICALES:

- ARTERIA PALATINA INFERIOR: SE DIRIGE AL ESTILOHIOIDEO Y AL ESTILOGLOSO; SE ADOSA A LA PARED DE LA FARINGE Y LLEGA A LA AMÍGDALA Y AL VELO DEL PALADAR.
- ARTERIA PTERIGOIDEA: IRRIGA AL PTERIGOIDEO INTERNO.
- ARTERIA SUBMAXILAR: IRRIGA A LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.
- ARTERIA SUBMENTONIANA: ALCANZA AL BORDE DE LA MANDÍBULA Y RECORRE TODA LA CARA INTERNA DE ESTE HUESO, EMITE RAMOS QUE VAN A LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, AL MÚSCULO MILOHIOIDEO, AL MÚSCULO DIGÁSTRICO Y TERMINA EN EL MENTÓN, - DONDE SE ANASTOMOSA - - -

CON LA DENTARIA INFERIOR.

RAMOS FACIALES

- ARTERIA MASETERINA INFERIOR: IRRIGA AL MASETERO.
- ARTERIA CORONARIA INFERIOR: IRRIGA EL LABIO INFERIOR.

ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL

SE ORIGINA A LA ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDOLO DE LA MANDÍBULA, EMITE RAMOS COLATERALES:

- ARTERIA PAROTÍDEA: IRRIGA A LA GLÁNDULA PARÓTIDA.
- ARTERIA TRANSVERSAL DE LA CARA: IRRIGA AL MÚSCULO BUCCINADOR Y AL CARRILLO.

ARTERIA MAXILAR INTERNA

NACE A NIVEL DEL CUELLO DEL CÓNDOLO, EMITE RAMAS COLATERALES QUE SE DISTINGUEN EN RAMAS ASCENDENTES, DESCENDENTES, ANTERIORES Y POSTERIORES.

RAMAS ASCENDENTES

- ARTERIA DENTARIA INFERIOR: SE ORIGINA A LA ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDOLO, DESCENDE HACIA ABAJO Y AFUERA, PENETRA AL CONDUCTO DENTARIO POR EL CUAL CORRE EN TODA SU EXTENSIÓN HASTA SALIR POR EL AGUJERO MENTONIANO Y TERMINA EN LAS PARTES BLANDAS DEL MENTÓN. EN SU TRAYECTO PRODUCE DIVERSOS RAMOS, COMO LA RAMA PTERIGOIDEA, QUE IRRIGA AL PTERIGOIDEO INTERNO, LA RAMA MILOHIOIDEA QUE NACE EN EL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, CORRE POR EL CANAL MILOHIOIDEO Y VA A TERMINAR EN EL MÚSCULO DEL MISMO NOMBRE. LAS RAMAS DENTARIAS INFERIORES ALCANZAN EL ÁPICE DE LAS PIEZAS DENTARIAS, CORREN POR SU CONDUCTO APICAL Y VAN A DISTRIBUIRSE EN LA PULPA DENTARIA.

- ARTERIA INCISIVA: CONTINÚA LA DIRECCIÓN DE LA DENTARIA E IRRIGA LOS INCISIVOS Y EL CANINO.
- ARTERIA MASETERINA: IRRIGA AL MASETERO.
- ARTERIA BUCAL: IRRIGA AL BUCCINADOR.
- ARTERIA PTERIGOIDEAS: IRRIGAN A LOS PTERIGOIDEOS.
- ARTERIA PALATINA: IRRIGA A LA MUCOSA GINGIVAL Y PALATINA.

VENAS LINGUALES

ESTAS VENAS CORREN JUNTO CON LA ARTERIA LINGUAL.

VENAS RANINAS

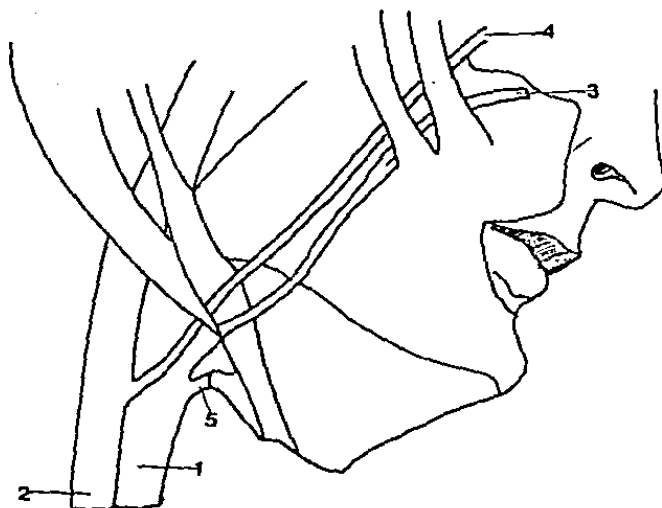
SE LOCALIZAN AL LADO DEL FRENILLO DE LA LENGUA, JUNTO AL NERVIPO HIPOGLOSO.

VENA FACIAL

RECIBE TODA LA SANGRE DE LA REGIÓN IRRIGADA POR LA ARTERIA FACIAL. SE ORIGINA EN EL ÁNGULO INTERNO DEL OJO, BAJA Y PASA POR EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.

VENA YUGULAR EXTERNA

SE ORIGINA A LA ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA, REÚNE LA SANGRE DE LAS ARTERIAS TERMINALES - DE LA CARÓTIDA EXTERNA.



- 1.- ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA
- 2.- VENA YUGULAR EXTERNA
- 3.- ARTERIA FACIAL
- 4.- VENA FACIAL
- 5.- ARTERIA LINGUAL

4.- INERVACION

4.1. NERVIO DENTARIO INFERIOR

ES EL MÁS VOLUMINOSO DE TODAS LAS RAMAS DE LA -- MANDÍBULA. DESCENDE ENTRE LOS DOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS Y LUEGO ENTRE EL PTERIGOIDEO INTERNO Y LA RAMA DE LA MANDÍBULA Y LLEGA AL CONDUCTO DENTARIO, PENETRA EN ESTE CONDUCTO CON LA ARTERIA DEL MISMO NOMBRE Y LO RECORRE HASTA EL -- AGUJERO MENTONIANO, EN EL QUE SE DIVIDE EN DOS RAMAS TERMINALES: - NERVIO INCISIVO
- NERVIO MENTONIANO

EL NERVIO DENTARIO INFERIOR, ATRAVIESA EL HUESO DE DENTRO A AFUERA.

EN EL ADULTO EL CONDUCTO QUEDA A CIERTA DISTANCIA DE LAS - RAÍCES (9 MILÍMETROS DEL SEGUNDO PREMOLAR, 8 MILÍMETROS DEL PRIMER MOLAR, 7 DEL SEGUNDO, 6 DEL TERCERO).

EL NERVIO DENTARIO INFERIOR SE DIVIDE EN RAMAS COLATERALES Y RAMAS TERMINALES.

RAMAS COLATERALES:

- RAMO ANASTOMÓTICO DEL LINGUAL

ES MUY CORTO, EN ALGUNAS VECES DOBLE, SE DESPRENDE DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR, SE DIRIGE HACIA EL LINGUAL SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN HACIA ABAJO Y ADELANTE.

- NERVIO MIOLOIDEO

SE DESPRENDE DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR, EN EL MOMENTO EN QUE ÉSTE PENETRA EN EL CONDUCTO DENTARIO.

LLEGA INMEDIATAMENTE DESPUÉS AL CANAL MIOLOIDEO.

RAMAS TERMINALES:

- NERVIO INCISIVO

CONTINÚA LA DIRECCIÓN DEL DENTARIO INFERIOR, PENETRA EN EL CONDUCTO INCISIVO Y DA 3 FILETES: UNO PARA LA RAÍZ DEL CANINO, LOS OTROS DOS PARA LAS RAÍCES DE LOS INCISIVOS.

- NERVIO MENTONIANO

SALE POR EL AGUJERO MENTONIANO Y LLEGA ASÍ A LA REGIÓN DEL MENTÓN, DONDE SE EXPARCE EN RAMILLETES DE FILETES DIVERGENTES, QUE SE DISTRIBUYEN, UNOS POR LA PIEL DEL MENTÓN Y DEL LABIO INFERIOR, OTROS POR LA MUCOSA LABIAL.

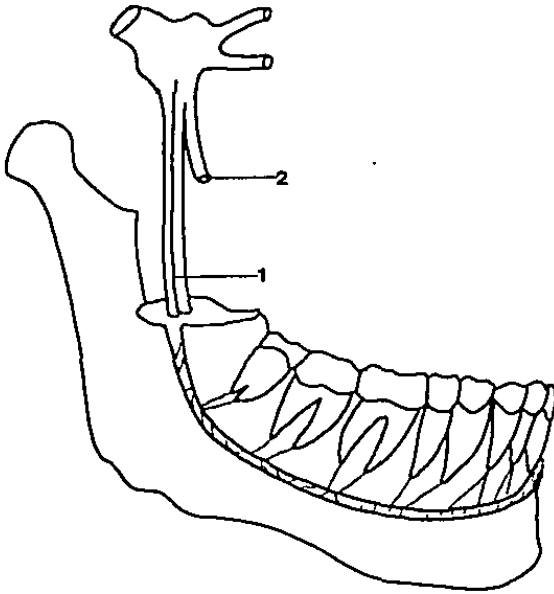
POR ÚLTIMO, EL NERVIO, DENTARIO INFERIOR DE FILETES DENTARIOS, PARA LAS RAÍCES DE LOS MOLARES.

4.2. NERVIO LINGUAL

ESTE NERVIO ES MUY SENSIBLE Y SE DIRIGE HACIA LA PUNTA DE LA LENGUA, ESTÁ SITUADO ENTRE EL PTERIGOIDEO INTERNO Y EL PTERIGOIDEO EXTERNO, PASA ENTRE EL PTERIGOIDEO INTERNO Y LA CARA INTERNA DE LA MANDÍBULA, ASÍ LLEGA A LA CARA LATERAL DE LA LENGUA Y SE LOCALIZA MUY CERCA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

EN EL CURSO DE SU TRAYECTO, EL NERVIO LINGUAL DA RAMOS QUE SE PIERDEN EN LA MUCOSA DEL VELO DEL PALADAR Y EN LAS AMIGDALAS, ASÍ COMO EN LA MUCOSA DE LAS ENCÍAS Y DEL SUELO DE LA BOCA.

ESTE NERVIO SE EXPANDE EN NUMEROSAS RAMAS TERMINALES, DESTINADAS A LA MUCOSA LINGUAL, A LA PORCIÓN DE ESTA MUCOSA QUE CUBRE LA CARA INFERIOR DE LA LENGUA.



- 1.- NERVIO DENTARIO INFERIOR
- 2.- NERVIO LINGUAL

CAPITULO II.

MAL FORMACIONES DEL DESARROLLO

1.- MAL FORMACIONES EN GENERAL

1.1. AGNATIA

LA AGNATIA SE CARACTERIZA POR LA AUSENCIA DE LA MANDÍBULA O EL MAXILAR SUPERIOR. ES UN DEFECTO CONGÉNITO EXTREMADAMENTE RARO. LO COMÚN ES QUE SÓLO FALTE UNA PORCIÓN DE UNO DE LOS MAXILARES.

LA AUSENCIA PARCIAL DE LA MANDÍBULA ES AÚN MÁS COMÚN. PUEDE FALTAR LA MANDÍBULA ÍNTEGRA DE UN LADO O, CON MAYOR FRECUENCIA ÚNICAMENTE EL CÓNDILO O LA RAMA EN SU TOTALIDAD, -- AUNQUE TAMBIÉN SE HA REGISTRADO LA AGENESIA BILATERAL DE CÓN DILOS Y RAMAS.

1.2. MICROGNATIA

LA MICROGNATIA SIGNIFICA MAXILAR PEQUEÑO, Y PUEDE ESTAR AFECTADO TANTO LA MANDÍBULA, COMO EL MAXILAR SUPERIOR.

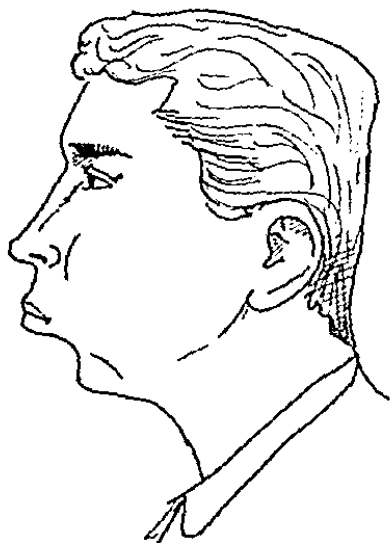
LA MICROGNATIA VERDADERA PUEDE SER CLASIFICADA EN:

A) CONGÉNITA ò B) ADQUIRIDA. LA ETIOLOGÍA DEL TIPO CONGÉNITO ES DESCONOCIDA.

ALGUNOS PACIENTES PARECEN TENER, UNA MARCADA RETRUSIÓN DEL MENTÓN, PERO, MEDIANTE MEDICIONES, SE HA COMPROBADO QUE LA MANDÍBULA ESTÁ DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES DE VARIACIÓN. ESTOS CASOS PUEDEN DEBERSE A LA LOCALIZACIÓN POSTERIOR DE LA MANDÍBULA CON RESPECTO AL CRÁNEO O A UN ÁNGULO MANDIBULAR ACENTUADO QUE DA LUGAR A LA RETRUSIÓN APARENTE DE LA MANDÍBULA. LA AGENESIA DE LOS CÓNDILOS TAMBIÉN PRODUCE UNA MICROGNATIA MANDIBULAR VERDADERA.

LA MICROGNATIA DE TIPO ADQUIRIDO ES DE ORIGEN POSNATAL Y SUELE RESULTAR DE UN TRANSTORNO EN LA ZONA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

EL ASPECTO CLÍNICO DE LA MICROGNATIA MANDIBULAR SE CARACTERIZA POR LA MARCADA RETRUSIÓN DEL MENTÓN, ÁNGULO MANDIBULAR ACENTUADO Y BARBILLA DEFICIENTE.



MICROGNATIA

1.3. HEMIHIPERTROFIA

CASI TODAS LAS PERSONAS PRESENTAN UN GRADO MUY LEVE DE ASIMETRÍA FACIAL Y ESTO SUELE SER IMPERCEPTIBLE, INCLUSO A LA OBSERVACIÓN MINUCIOSA.

A VECES, SIN EMBARGO, PUEDE HABER UNA HEMIHIPERTROFIA FACIAL QUE ABARCA: 1) TODA UNA MITAD DEL CUERPO, 2) UNO O AMBOS MIEMBROS, Ó 3) CARA, CABEZA Y ESTRUCTURAS ASOCIADAS. AUNQUE LA HIPERTROFIA FACIAL UNILATERAL ES LA CARACTERÍSTICA MÁS NOTORIA EN LOS PACIENTES CON ESTA ANOMALÍA, LO MÁS IMPOR

TANTE PARA EL ODONTÓLOGO ES LA HEMIHIPERTROFIA POCO USUAL DE LA MANDÍBULA, MAXILAR SUPERIOR Y DIENTES,

- ETIOLOGÍA.- LA CAUSA ES DESCONOCIDA, PERO LA AFECCIÓN FUÉ ATRIBUIDA A:
1. Desequilibrios hormonales
 2. Gemelación incompleta
 3. Anomalías cromosómicas
 4. Alteración localizada del desarrollo intrauterino
 5. Alteraciones linfáticas
 6. Alteraciones vasculares
 7. Alteraciones neurógenas

- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- LOS PACIENTES QUE SUFREN DE HEMIHIPERTROFIA FACIAL PRESENTAN EL AGRANDAMIENTO DE UNA MITAD DE LA CABEZA,

EN ALGUNOS CASOS, ESTO ES OBVIO INCLUSO EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO. EL LADO AGRANDADO CRECE EN GRADO PROPORCIONAL AL LADO SAND, DE TAL MANERA QUE LA DESPROPORCIÓN SE MANTIENE DURANTE TODA LA VIDA,

- MANIFESTACIONES BUCALES.- LOS DIENTES DEL LADO HIPERTROFIADO SON ANORMALES EN TRES ASPECTOS: 1) EL TAMAÑO DE LA CORONA, 2) EL TAMAÑO Y FORMA DE LA RAÍZ, Y 3) EL RITMO DE DESARROLLO,

LA MANDÍBULA Y EL MAXILAR SUPERIOR TAMBIÉN SE ENCUENTRAN AGRANDADOS. EL HUESO SERÁ MÁS ANCHO Y GRUESO, A VECES CON ALTERACIÓN DEL TRABECULADO,

ES COMÚN QUE LA HEMIHIPERTROFIA ABARQUE LA LENGUA, PRODUCIENDO AGRANDAMIENTO DE LAS PAPILAS LINGUALES,

- TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.- NO EXISTE TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA ESTA LESIÓN. LOS PACIENTES HAN VIVIDO UN TIEMPO NORMAL,



HEMIPERTROFIA FACIAL

2.- PROGNATISMO

RECIBE TAMBIÉN EL NOMBRE DE MACROGNATIA Y SE REFIERE A LA ANOMALÍA EN QUE EL MAXILAR SUPERIOR Y LA MANDÍBULA SON ANORMALMENTE GRANDES.

LA ETIOLOGÍA DE ESTA PROTUSIÓN ES DESCONOCIDA, AUNQUE ALGUNOS CASOS SIGUEN PATRONES HEREDITARIOS. EN MUCHAS OCASIONES EL PROGNATISMO SE ORIGINA EN UNA DISPARIEDAD ENTRE EL TAMAÑO DEL MAXILAR SUPERIOR Y DE LA MANDÍBULA.

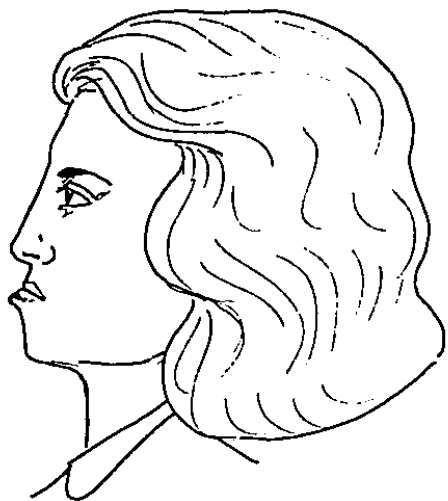
EN OTROS CASOS LA MANDÍBULA ES MENSURABLEMENTE MAYOR DE LO NORMAL. EL ÁNGULO ENTRE LA RAMA ASCENDENTE Y EL CUERPO TAMBIÉN INFLUYE SOBRE LA RELACIÓN DE LA MANDÍBULA CON EL MAXILAR, COMO LO HACE LA ALTURA REAL DE LA RAMA. ASÍ, EL PACIENTE PROGNÁTICO, TIENDE A TENER RAMAS ASCENDENTES LARGAS QUE FORMAN UN ÁNGULO MENOS PRONUNCIADO CON EL CUERPO DE LA MANDÍBULA. LA LONGITUD DE LA RAMA, A SU VEZ, PUEDE GUARDAR RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DEL CÓNDILO. ES POSIBLE QUE EL CRECIMIENTO CONDILAR EXCESIVO PREDISPONE AL PROGNATISMO MANDIBULAR.

LOS FACTORES GENERALES PODRÍAN INFLUIR Y TENDER A FAVORECER EL PROGNATISMO MANDIBULAR SON LOS SIGUIENTES.

- 1) AUMENTO DE LA ALTURA DE LA RAMA
- 2) AUMENTO DE LA LONGITUD DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA
- 3) AUMENTO DEL ÁNGULO MANDIBULAR
- 4) MENOR LONGITUD DEL MAXILAR SUPERIOR
- 5) LOCALIZACIÓN POSTERIOR DE LA MANDÍBULA CON RELACIÓN AL CRÁNEO
- 6) BARBILLA O MENTÓN PROMINENTE

ES FACTIBLE LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTOS CASOS.

LA OSTECTOMÍA, O RESECCIÓN DE UNA PORCIÓN DE LA MANDÍBULA PARA REDUCIR SU LONGITUD, ES AHORA UN PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO Y LOS RESULTADOS SON, POR LO COMÚN, EXCELENTES TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL COMO DESDE EL ESTÉTICO.



PROGNATHISMO

CAPITULO III.

PREPARACION DEL PACIENTE A LA CIRUGIA

1.- HISTORIA CLINICA

ES NECESARIO TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA MORAL COMO LEGAL, QUE EL MÉDICO ESTÉ AL TANTO DEL ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL - DEL PACIENTE PARA ESTAR ALERTA FRENTE A UNA CIRCUNSTANCIA - COMPLICANTE. POR LO QUE DEBE OBTENERSE UNA HISTORIA CLÍNICA ADECUADA DEL PACIENTE.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE CONSIDERAN IMPORTANTES PARA UNA HISTORIA CLÍNICA.

- 1) ¿ HA SIDO PACIENTE DE ALGÚN HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS ?
DE SER ASÍ, ¿ POR QUÉ FUE HOSPITALIZADO ?
- 2) ¿ ESTÁ ACTUALMENTE, O HA ESTADO, BAJO EL TRATAMIENTO DE UN MÉDICO (INCLUYENDO UN PSQUIATRA) DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS ?
DE SER ASÍ, ¿ POR QUÉ FUE TRATADO ?
- 3) ENUMERE LOS MEDICAMENTOS O DROGAS QUE USTED HA ESTADO TOMANDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO Y -- POR QUÉ.
- 4) HA TOMADO USTED CORTISONA U OTRAS MEDICACIONES HORMONALES ?
DE SER ASÍ, POR FAVOR ENUMERELAS.
- 5) ¿ SE LE PRACTICÓ ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL PASADO ?
DE SER ASÍ, POR FAVOR DESCRÍBALA.
- 6) SI SE HIZO CIRUGÍA, NOMBRE DEL CIRUJANO.

- 7) ¿ TUVO ALGUNA REACCIÓN A ALGÚN MEDICAMENTO -
TAL COMO LA PENICILINA, SULFAMIDA, ASPIRINA ?
DESCRÍBALAS.
- 8) ¿ TIENE ALGUNA ALERGIA A CIERTO TIPO DE ALI-
MENTO ?
DE SER ASÍ, DESCRÍBALO.
- 9) CUANDO USTED SE CORTA, ¿ LE SANGRA TANTO QUE
TIENE QUE VER A UN PROFESIONAL PARA QUE DETEN
GA LA HEMORRAGIA ?
- 10) ¿ TUVO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN A UN TRATAMIE
TO DENTAL ?
- 11) MARQUE EL NOMBRE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIEN
TES AFECCIONES QUE HAYA TENIDO:

- PROBLEMA CARDIACO
- ENFERMEDAD CARDÍACA
- PRESIÓN SANGUÍNEA
- ASMA
- ENFERMEDADES VENÉREAS
- HEPATITIS
- TRATAMIENTO CON RAYOS X
- ATAQUES EPILÉPTICOS
- FIEBRE REUMÁTICA
- TUBERCULOSIS
- ENFERMEDAD SANGUÍNEA
- ARTRITIS
- CÁNCER
- ÚLCERAS DE ESTÓMAGO
- DIABETES
- PROBLEMAS RENALES O DE LA VEJIGA
- ANEMIAS
- NEUMONÍA
- ALTERACIONES NERVIOSAS
- ENFERMEDAD TIROIDEA

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 12) ¿ SE DESMAYA CON FACILIDAD ?
- 13) ¿ LE FALTA EL ALIENTO FÁCILMENTE ?
- 14) ¿ HA AUMENTADO, O PERDIDO, MÁS DE 7 KILOS -
RECIENTEMENTE ?
- 15) ¿ FUMA ? ¿ CUÁNTO ?
- 16) ¿ TIENE ALGUNA LLAGA O CRECIMIENTO EN LA BO
CA ?
- 17) ¿ ALGUNA VEZ TUVO UN TRAUMATISMO GRAVE EN -
LA CARA O EN LOS MAXILARES ?
DESCRÍBALO.
- 18) MUJERES: ¿ ESTÁ EMBARAZADA ?
- 19) ¿ TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, ESTADO O PROBLE-
MA NO MENCIONADO MÁS ARRIBA QUE PIENSE QUE
DEBERÍAMOS CONOCER ?

FIRMA

ES EXTREMADAMENTE IMPORTANTE QUE EL PACIENTE ENTIENDA POR -
QUÉ EL CIRUJANO ESTÁ INTERESADO EN ESTA INFORMACIÓN, Y LAS
PREGUNTAS DEBEN TRADUCIRSE A UN LENGUAJE QUE SEA COMPRESI-
BLE PARA EL PACIENTE.

EL CIRUJANO TIENE LA RESPONSABILIDAD DE REALIZAR UNA EVALUA
CIÓN ADECUADA DEL ESTADO PULMONAR DEL PACIENTE.

EN PERSONAS CON SINUSITIS, BRONQUITIS O RESFRIADO, SE DEBE-
RÁ POSPONER LA CIRUGÍA HASTA QUE LA INFECCIÓN HAYA DESAPARE
CIDO POR UNA O DOS SEMANAS. EL TABAQUISMO ES LA CAUSA CO-
MÚN DE LA BRONQUITIS Y CUALQUIERA QUE FUME MÁS DE 20 CIGA-
RILLOS POR DÍA, PUEDE SUPONERSE QUE TIENE UNA FUNCIÓN PUL-
MONAR ANORMAL.

LOS SIGUIENTES HALLAZGOS EN LA HISTORIA CLÍNICA PUEDEN SER PAUTAS DE PROBLEMAS POSOPERATORIOS: 1) INFECCIONES RESPIRATORIAS 2) BRONQUITIS ASOCIADA CON EL TABAQUISMO 3) VIEJOS TRAUMATISMOS DEL TÓRAX 4) ASMA.

EN CASO DE RETENCIÓN DE LÍQUIDOS, AUMENTO DE PRESIÓN VENOSA Y HEPATOMEGALIA DEBE EVITARSE LA CIRUGÍA, YA QUE IMPLICA BAJAS RESERVAS CARDÍACAS.

UNA HISTORIA DE DROGAS PRECISA DEBE FORMAR PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA, YA QUE SI EXISTE ALGUNA DUDA CON RESPECTO A DEPENDENCIA DE DROGAS, EL PACIENTE DEBE SEGUIR CON UNA DÓSSIS DE MANTENIMIENTO DE LA DROGA A LA QUE SE HAYA HABITUADO, DE MANERA QUE PUEDAN PREVENIRSE ATAQUES DEL GRAN MAL POSOPERATORIO. EL RETIRO ABRUPTO EN UN PACIENTE PSICOLÓGICAMENTE ADICTO A BARBITÚRICOS O SEDANTES NO BARBITÚRICOS PUEDEN PRODUCIR DELIRIO O CONVULSIONES, O AMBAS COSAS.

LA CAPACIDAD DE LOS TEJIDOS PARA CICATRIZAR ES CONTROLADA - POR MUCHOS FACTORES, UNO DE LOS MÁS IMPORTANTES DE LOS CUALES ES EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE.

EL CONOCIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO DEL PACIENTE ES IMPORTANTE POR ESTA RAZÓN. EL PACIENTE QUIRÚRGICO DEBE SER MANTENIDO A UN EQUILIBRIO NUTRICIONAL DURANTE - TODAS LAS FASES DEL DIAGNÓSTICO, EL TRATAMIENTO Y LA CONVALESCENCIA.

LA NECESIDAD DE UN COMPLEMENTO VITAMÍNICO NO DEBE PASARSE - POR ALTO, Y PUEDE SUMINISTRARSE POR VÍA BUCAL O PARENTERAL.

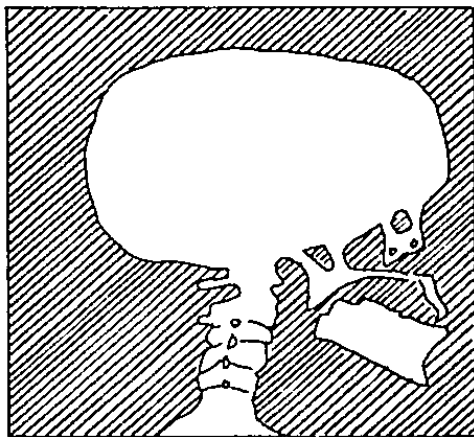
2.- RADIOGRAFIAS

SE REQUIERE UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO DENTAL COMPLETO O RADIOGRAFIAS PANORÁMICAS COMO PROCEDIMIENTO PREVIO A LA CIRUGÍA PARA DESCARTAR UN ESTADO PATOLÓGICO PERIAPICAL O PERIODONTAL, CUYO TRATAMIENTO PODRÍA REQUERIR LA MOVILIZACIÓN DE LA MANDÍBULA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA Y AYUDAR A LA DETERMINACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE LOS DIENTES EN LOS TEJIDOS DE SOPORTE Y SU CAPACIDAD PARA SOPORTAR LAS TENSIONES DE LOS ELEMENTOS DE FIJACIÓN E INMOVILIZACIÓN.

LAS RADIOGRAFÍAS LLAMADAS CEFALOGRAMAS SON MUY IMPORTANTES PARA LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN TODOS LOS PACIENTES. LA CEFALOMETRÍA SE UTILIZA PARA EL ESTUDIO DEL CRECIMIENTO CRÁNEO-FACIAL Y ES INDISPENSABLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS DEFORMIDADES DE LA MANDÍBULA Y EN LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.

LA APLICACIÓN PRÁCTICA Y EL VALOR DE LAS RADIOGRAFÍAS SON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y DEBEN SER CORROBORADOS CON LAS OBSERVACIONES CLÍNICAS PARA LLEGAR A UNA CONCLUSIÓN ADECUADA.

LOS CIRUJANOS BUCALES RECONOCEN QUE LAS MEDICIONES DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS PROVEN UN MEDIO DE CONTINUAR CON LA EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO DESDE EL PREOPERATORIO HASTA EL POSOPERATORIO.



PLACA RADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA PREOPERATORIA
DE PROGNATISMO MANDIBULAR

3.- MODELOS DE ESTUDIO

LOS MODELOS DE ESTUDIO SE REALIZAN CON YESO PIEDRA Y SON NECESARIOS PARA LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS DE LAS RELACIONES OCLUSALES.

UN JUEGO QUE INDIQUE LA OCLUSIÓN PREOPERATORIA EXACTA ES DESEABLE PARA SER ARCHIVADO, EN CASO DE QUE SURGIERA ALGUNA DUDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA CON RESPECTO AL MEJORAMIENTO LOGRADO.

ES MUY IMPORTANTE CONTAR CON UN JUEGO EN EL CASO DONDE ESTÁ INDICADO EL AJUSTE PREOPERATORIO DE LA OCLUSIÓN.

CUANDO EL GRUPO INFERIOR DE DIENTES SE MUEVE EN BLOQUE EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA, LA NUEVA OCLUSIÓN DEBE DETERMINARSE Y ESTABLECERSE BIEN PREOPERATORIAMENTE.

SERÁ NECESARIO ORTODONCIA DESPUÉS DE LA CICATRIZACIÓN COMO MEDIDA ADJUNTA PARA LOGRAR UNA BUENA OCLUSIÓN FUNCIONAL.

LOGRAREMOS UN EQUILIBRAMIENTO PREOPERATORIO DESGASTANDO UN PLANO INCLINADO EN UN DIENTE EN EL MODELO DE ESTUDIO.

Y SE REALIZA EL MISMO GRADO DE AJUSTE EN LA BOCA EN EL MISMO DIENTE. EL EQUILIBRAMIENTO SE VA REALIZANDO ASÍ DE UN DIENTE A OTRO HASTA QUE SE HA LOGRADO UNA OCLUSIÓN BASTANTE ESTABLE EN TODOS LOS DIENTES.

EL EQUILIBRAMIENTO FINAL Y DEFINITIVO SE LLEVA A CABO CUANDO EL MAXILAR SUPERIOR Y LA MANDÍBULA SON INMOVILIZADOS UNA VEZ TERMINADA LA CICATRIZACIÓN.

ESTE JUEGO EQUILIBRADO DE MODELOS DE ESTUDIO DEBE LLEVARSE A LA SALA DE OPERACIONES PARA SER UTILIZADO COMO GUÍA EN LA COLOCACIÓN DE LA OCLUSIÓN CUANDO SE REALIZA EL MOVIMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MANDÍBULA.

CUANDO SE VA A REALIZAR UNA OSTECTOMÍA PARA LA CORRECCIÓN DEL PRONATISMO, SE CORTAN EN LOS MODELOS DE ESTUDIO SECCIONES MEDIDAS A CADA LADO DEL REBORDE PARA PODER DETERMINAR LA OCLUSIÓN Y LA RELACIÓN MANDIBULAR.

TODAS LAS OPERACIONES RELACIONADAS CON HUESOS DE LA CARA QUE COMPRENDAN LA OCLUSIÓN DENTARIA DEBEN PRIMERO REALIZARSE EN MODELOS DE PLANEAMIENTO QUE SEAN REPRESENTACIONES EXACTAS DE LOS DIENTES, LAS APÓFISIS ALVEOLARES, LOS SURCOS ADYACENTES Y EL PALADAR.

LOS MODELOS DE ESTUDIO DEBEN MONTARSE EN UN ARTICULADOR EN RELACIÓN CÉNTRICA.

SE OBTIENE UNA VALIOSÍSIMA INFORMACIÓN DE LAS OPERACIONES - CORRECTAMENTE EJECUTADAS SOBRE LOS MODELOS DE ESTUDIO. PUEDE DETERMINARSE LA OPERACIÓN QUE MEJOR SE ADECUÉ A LAS NECESIDADES DEL CASO, SE ESTABLECE LA DIRECCIÓN Y EL GRADO DE MOVIMIENTO DE LOS SEGMENTOS, Y SE EVALÚA SI ES ACONSEJABLE O NO, EL USO DEL MOVIMIENTO ORTODÓNTICO PREOPERATORIO O POSOPERATORIO.

SE CONSTRUYEN EN LOS MODELOS DE ESTUDIO SECCIONADOS PRECISAS GUÍAS OPERATORIAS Y FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN POSOPERATORIAS.

CAPITULO IV.

INTERCONSULTAS

1.- PROTESICAS

LA META FINAL DE TODO TRATAMIENTO DENTAL ES BRINDAR LA ÓPTIMA SALUD BUCAL.

CUALQUIER TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SE CONSIDERA INCOMPLETO SI NO FORMA PARTE DE UN PLAN DE TRATAMIENTO TOTAL QUE DÉ COMO RESULTADO EL MANTENIMIENTO DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.

EN REALIDAD NO HAY MANERA DE AISLAR UNA PARTE DEL SISTEMA - MASTICATORIO IGNORANDO LOS OTROS COMPONENTES DEL MISMO.

LO QUE AFECTA UNA PARTE, AFECTA TAMBIÉN A OTRA, PUESTO QUE ROMPE EL EQUILIBRIO Y LA ARMONÍA EXISTENTE.

EL APARATO MASTICADOR ES UNA UNIDAD FUNCIONAL FORMADA POR - LOS DIENTES, LAS ESTRUCTURAS QUE LES RODEAN Y LES SIRVEN DE SOPORTE, LOS MAXILARES, LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES, LOS MÚSCULOS INSERTADOS AL MAXILAR INFERIOR, LOS MÚSCULOS - DE LOS LABIOS Y DE LA LENGUA, Y LOS VASOS Y NERVIOS CORRESPONDIENTES A ESTOS TEJIDOS.

LA ARMONIOSA CORRELACIÓN ENTRE ESTOS COMPONENTES ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL APARATO MASTICADOR.

ESTE SISTEMA REPRESENTA, ASIMISMO, ANATÓMICA Y FISIOLÓGICAMENTE, UNA PARTE DEL CUERPO HUMANO, Y POR LO TANTO NO PUEDE SER CONSIDERADO COMO UNA UNIDAD AUTÓNOMA SIN PRESTAR LA DEBIDA ATENCIÓN A LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE.

AL REALIZAR LA REDUCCIÓN DEL PROGNATISMO, DAMOS AL PACIENTE TANTO ESTÉTICA, COMO FUNCIONALIDAD.

AL HABLAR DE FUNCIONALIDAD NOS REFERIMOS A LA OCLUSIÓN; SABIENDO QUE OCLUSIÓN SE DEFINE COMO TANTO AL CIERRE DE LAS - ARCADAS DENTARIAS, COMO LOS DIVERSOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES CON LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES EN CONTACTO. - ADEMÁS ESTA PALABRA SE EMPLEA PARA DESIGNAR LA ALINEACIÓN -

ANATÓMICA DE LOS DIENTES Y SUS RELACIONES CON EL RESTO DEL APARATO MASTICADOR.

PARA PODER MENCIONAR LA FUNCIÓN DEL APARATO MASTICADOR, DEBEMOS CONOCER ALGUNOS FACTORES NECESARIOS PARA ESTABILIZAR LA OCLUSIÓN, DE ESTA MANERA DESCRIBIRÉ LO SIGUIENTE:

- CÚSPIDES DE APOYO.- TAMBIÉN SE LES LLAMA CÚSPIDES DE -- TRABAJO, SON LAS CÚSPIDES PALATINAS DE MOLARES Y PREMOLARES SUPERIORES, Y SON LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE MOLARES Y -- PREMOLARES INFERIORES.

DETERMINAN LA DIMENSIÓN VERTICAL DE LA OCLUSIÓN DE LA CARA.

- CÚSPIDES DE BALANCE.- SE LES CONOCE TAMBIÉN COMO DECLIVES GUÍA, SON LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE MOLARES Y PREMOLARES SUPERIORES, Y LAS CÚSPIDES LINGUALES DE MOLARES Y PRE MOLARES INFERIORES.

COMO SU NOMBRE LO INDICA, GUÍAN EL TRAYECTO DE LAS CÚSPIDES DE TRABAJO.

- GUÍA ANTERIOR.- DENOMINADA TAMBIÉN GUÍA INCISIVA, ES LA RELACIÓN QUE TIENEN LA SUPERFICIE PALATINA DE LOS DIENTES - ANTERIORES SUPERIORES CON LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES.

- ÁNGULO DE LA CÚSPIDE.- SE REFIERE A LA ALTURA DE LA CÚSPIDE.

- CURVA DE SPEE.- ES UNA LÍNEA IMAGINARIA QUE VA DESDE LA CÚSPIDE DEL CANINO INFERIOR, HASTA LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR DE LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES SIGUIENDO LAS CÚSPIDES VESTIBULARES.

- PLANO OCLUSAL.- LÍNEA IMAGINARIA QUE VA DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES A LAS CÚSPIDES DISTOVESTIBULARES DE - LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES.

- , GUÍA CONDILAR.- CAMINO QUE RECORRE EL EJE DE ROTACIÓN - HORIZONTAL DE LOS CÓNDILOS EN MOVIMIENTOS DE BISAGRA.

CONSIDERO ESTO DE SUMA IMPORTANCIA, PUESTO QUE ES LA BASE - PARA LA ESTABILIZACIÓN DE LA OCLUSIÓN, COMO ANTERIORMENTE - LO SEÑALÉ.

LA ARMONÍA OCLUSAL ES BÁSICA PARA TENER UN EQUILIBRIO IDEAL EN EL SISTEMA MASTICATORIO.

AL EXISTIR UN FACTOR, TAL COMO UNA INTERFERENCIA DE CUALQUIER ÍNDOLE, O UN PUNTO DE CONTACTO PREMATURO, SE ROMPE EL EQUILIBRIO Y LA ARMONÍA QUE DEBE EXISTIR.

AL EFECTUAR LA REDUCCIÓN DEL PROGNATISMO, PRODUCIMOS UNA POSICIÓN DENTAL QUE NO TIENE LA ARMONÍA IDÓNEA, ES DECIR, LA RELACIÓN ESQUELETAL QUE DEJAMOS ES LA MEJOR, SIN EMBARGO -- CON ESTA RELACIÓN, ALTERAMOS LA RELACIÓN QUE TENÍA EL PACIENTE, POR LO QUE DE ALGUNA MANERA TENEMOS QUE LOGRAR LA ARMONÍA OCLUSAL.

EN ALGUNOS CASOS SE TENDRÁ QUE REALIZAR UNA REHABILITACIÓN TOTAL, EN OTROS, ALGUNAS RESTAURACIONES INDIVIDUALES, ETC., PERO SIEMPRE SE DEBE DE REALIZAR UN AJUSTE OCLUSAL SEA CUAL SEA EL CASO.

SE ENTIENDE POR AJUSTE OCLUSAL A EL PROCEDIMIENTO CLÍNICO - POR EL MEDIO DEL CUAL SE ELIMINAN TODO TIPO DE INTERFERENCIAS QUE IMPIDAN EL ASENTAMIENTO ADECUADO DE LOS DIENTES O EL MOVIMIENTO DE LOS MISMOS. SE LLEVA A CABO POR MEDIO DE VARIAS TÉCNICAS:

- DESGASTE SELECTIVO
- PROCEDIMIENTOS PROTÉSICOS
- PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS

EL DESGASTE SELECTIVO SE LLEVA A CABO ELIMINANDO TODAS LAS INTERFERENCIAS QUE EXISTEN POR MEDIO DE INSTRUMENTOS ESPECIALES COMO FRESAS DE DIAMANTE DE ALTA VELOCIDAD DE DIVERSAS FORMAS, DESGASTANDO ÚNICAMENTE LA ZONA QUE CON AYUDA DE UNA CINTA ESPECIAL SE MARCA SOBRE EL ESMALTE DESGASTANDO APROXIMADAMENTE DE 0,3 - 0,5 MM. PULIENDO POSTERIORMENTE LA ZONA DESGASTADA.

ES IMPORTANTE QUE EL DESGASTE SE REALICE EN TODAS LAS POSICIONES Y EN TODOS LOS MOVIMIENTOS.

EN CUANTO A LOS PROCEDIMIENTOS PROTÉSICOS ME REFIERO A LAS RESTAURACIONES QUE SE VAN A REALIZAR, TOMANDO EN CUENTA EL MATERIAL A UTILIZAR, LA EXTENSIÓN DE LA RESTAURACIÓN, ETC.

SE DEBERÁN TOMAR EN CONSIDERACIÓN TODOS ESTOS FACTORES PARA LOGRAR EL ÉXITO ESPERADO, PUES COMO YA SEÑALÉ, ESTO NO SE PODRÍA LOGRAR DE MANERA UNITARIA.

2.- ORTODONTICAS

AL HABLAR DE PROGNATISMO NOS REFERIMOS A UNA DESARMONÍA POR LO QUE DEBEMOS CONTAR CON LA AYUDA DEL ORTODONCISTA, CONSULTAS PREVIAS Y POSTERIORES A LA CIRUGÍA PARA PODER CONTAR -- CON UN DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

SE SIGUE UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA QUE SE SIGUE EN PRESENCIA DE UNA MALOCLUSIÓN.

- SE OBTIENE UNA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE DETALLANDO EL ESTADO DENTARIO Y ESTADO GENERAL.
- SE TOMAN IMPRESIONES, Y LA OCLUSIÓN, CON UN RODETE DE CE RA, DE LA RELACIÓN INTER-OCCLUSAL.
- SE TOMAN RADIOGRAFÍAS.
- SE SACAN FOTOGRAFÍAS INICIALES PARA COMPROBAR LA MEJORÍA QUE SE LOGRA CON EL TRATAMIENTO.
- SE VALORA LA RELACIÓN DEL TAMAÑO DENTARIO CON EL DE LOS ARCOS DENTARIOS.

AL TERMINAR ESTE TRABAJO DE RUTINA, EL PRIMER PASO QUE SE DA HACIA EL DIAGNÓSTICO, ES CLASIFICAR LA OCLUSIÓN DENTARIA. ÉSTA CLASIFICACIÓN SE BASA EN LA POSICIÓN DE LOS PRIMEROS - MOLARES Y FUE DESIGNADA POR ANGLE:

CLASIFICACIÓN DE ANGLE:

CLASE I.- RELACIÓN ANTEROPOSTERIOR NORMAL DE -- LOS ARCOS CUANDO HAY ESTA RELACIÓN, EL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE SE HALLA RELACIONADO CON EL MOLAR INFERIOR DE FORMA TAL QUE LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR OCLUYE EN EL SURCO VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

2.- ORTODONTICAS

AL HABLAR DE PROGNATISMO NOS REFERIMOS A UNA DESARMONÍA POR LO QUE DEBEMOS CONTAR CON LA AYUDA DEL ORTODONCISTA, CONSULTAS PREVIAS Y POSTERIORES A LA CIRUGÍA PARA PODER CONTAR -- CON UN DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

SE SIGUE UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA QUE SE SIGUE EN PRESENCIA DE UNA MALOCLUSIÓN.

- SE OBTIENE UNA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE DETALLANDO EL ESTADO DENTARIO Y ESTADO GENERAL.
- SE TOMAN IMPRESIONES, Y LA OCLUSIÓN, CON UN RODETE DE CERA, DE LA RELACIÓN INTER-OCCLUSAL.
- SE TOMAN RADIOGRAFÍAS.
- SE SACAN FOTOGRAFÍAS INICIALES PARA COMPROBAR LA MEJORÍA QUE SE LOGRA CON EL TRATAMIENTO.
- SE VALORA LA RELACIÓN DEL TAMAÑO DENTARIO CON EL DE LOS ARCOS DENTARIOS.

AL TERMINAR ESTE TRABAJO DE RUTINA, EL PRIMER PASO QUE SE DA HACIA EL DIAGNÓSTICO, ES CLASIFICAR LA OCLUSIÓN DENTARIA. ESTA CLASIFICACIÓN SE BASA EN LA POSICIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES Y FUE DESIGNADA POR ANGLE:

CLASIFICACIÓN DE ANGLE:

CLASE I.- RELACIÓN ANTEROPOSTERIOR NORMAL DE -- LOS ARCOS CUANDO HAY ESTA RELACIÓN, EL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE SE HALLA RELACIONADO CON EL MOLAR INFERIOR DE FORMA TAL QUE LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR OCLUYE EN EL SURCO VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

CLASE II.- RELACIÓN POSNORMAL DE LOS ARCOS DENTARIOS. EL ARCO DENTARIO INFERIOR OCLUYE MÁS ATRÁS QUE LO NORMAL RESPECTO DEL ARCO DENTARIO SUPERIOR.

EN TAL RELACIÓN, LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR OCLUYE CON EL SURCO VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR. DE ACUERDO CON LA POSICIÓN DE LOS INCISIVOS, HAY DOS DIVISIONES DE ESTA CLASE.

DIVISIÓN 1.- CON PROCLINACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. ADEMÁS DE ESTA ANOMALÍA, ES FRECUENTE UN ARCO SUPERIOR CON FORMA DE V Y LOS INCISIVOS INFERIORES OCLUYEN EN EL PALADAR O EN EL CÍNGULO.

DIVISIÓN 2.- CON RETROCLINACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. POR LO COMÚN, LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES SE HALLAN EN GIROVERSIÓN Y PROCLINACIÓN. EN ESTA DIVISIÓN EL ARCO ES CUADRADO Y DE NUEVO SE OBSERVA UN ENTRECRUZAMIENTO PRONUNCIADO; LOS INCISIVOS INFERIORES OCLUYEN EN EL PALADAR O POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

CLASE III.- EL ARCO INFERIOR SE HALLA EN RELACIÓN MESIAL O EN OCLUSIÓN PREMOLAR RESPECTO DEL ARCO SUPERIOR. CON FRECUENCIA, LA RELACIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES ES VESTIBULAR RESPECTO DE LOS SUPERIORES. CUANDO LA OCLUSIÓN PRENORMAL EQUIVALE A UNA UNIDAD, LA CÚSPIDE MENSIO VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR OCLUYE CON EL ESPACIO ENTRE EL PRIMER MOLAR INFERIOR Y EL SEGUNDO.

EL PROGNATISMO MANDIBULAR ES UNO DE LOS CASOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA REQUIEREN CORRECCIÓN, SON TRES LAS RAZONES:

- LA INDICACIÓN DE MOVER HACIA ADELANTE LOS INCISIVOS ES VÁLIDA SÓLO EN LOS CASOS EN QUE AL HACERLO HABRA UN ENTRECRUZAMIENTO SUFICIENTE PARA RETENERLOS.
- NO SE PRODUCE UN CAMBIO ESPECTACULAR DEL PERFIL, AUNQUE SE CORRIJA LA RELACIÓN INCISIVA.

- PARECE QUE LOS PACIENTES CON PROGNATISMO MANDIBULAR ESTÁN CONSCIENTES DE ESE DEFECTO. NO PUEDEN INCIDIR Y A MENUDO NO PUEDEN MORDER UNA MANZANA O UN SANDWICH.

ESTA CORRECCIÓN ES CONVENIENTE POR CONSIDERACIONES EXCLUSIVAMENTE DENTARIAS.

LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES NO SE HALLAN EN CONTACTO EN POSICIÓN OCLUSAL CUANDO SE TRATA DE UNA CLASE III. - CON ESTO SIGNIFICA QUE SUS POSICIONES SE HALLAN EN EQUILIBRIO MUSCULAR Y QUE LOS TEJIDOS BLANDOS SON LOS QUE RIGEN POR ENTERO SUS POSICIONES. CUANDO SE HACE EL CRUCE DE OCLUSIÓN DE ESOS INCISIVOS SUPERIORES, SE LES SACA DEL EQUILIBRIO MUSCULAR, Y HAY TENDENCIA CONSTANTE A LA RECÍDIVA. ESTE TRATAMIENTO ES SUMAMENTE TRAUMÁTICO, PUES CONDUCE AL AFLOJAMIENTO DE LOS DIENTES Y A LA REABSORCIÓN APICAL. POR RAZONES DE SALUD DENTARIA NO SE DEBE TRATAR ORTODÓNTICAMENTE UNA CLASE III. SE DEJA COMO ESTÁ.

CUANDO SE HACE LA REDUCCIÓN DE LA MANDÍBULA, EN CLASE III, EL TAMAÑO LINGUAL SE HALLA RELACIONADO CON EL MAXILAR NORMAL Y NO CON LA MANDÍBULA PROMINENTE. EN TALES CASOS, EN LA CAVIDAD BUCAL HAY LUGAR SUFICIENTE PARA LA LENGUA. HAY QUE ESTABILIZAR LOS CONTACTOS DENTALES, ELIMINANDO CUALQUIER APIÑONAMIENTO DENTARIO, GIROVERSIONES, DIASTEMAS, ETC., TENIENDO EN CUENTA QUE DEBERÁ REALIZARSE ANTES DE LA CIRUGÍA. LO PRINCIPAL ES ESTABILIZAR LOS CONTACTOS DENTARIOS PARA PODER LOGRAR UN EQUILIBRIO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO V.

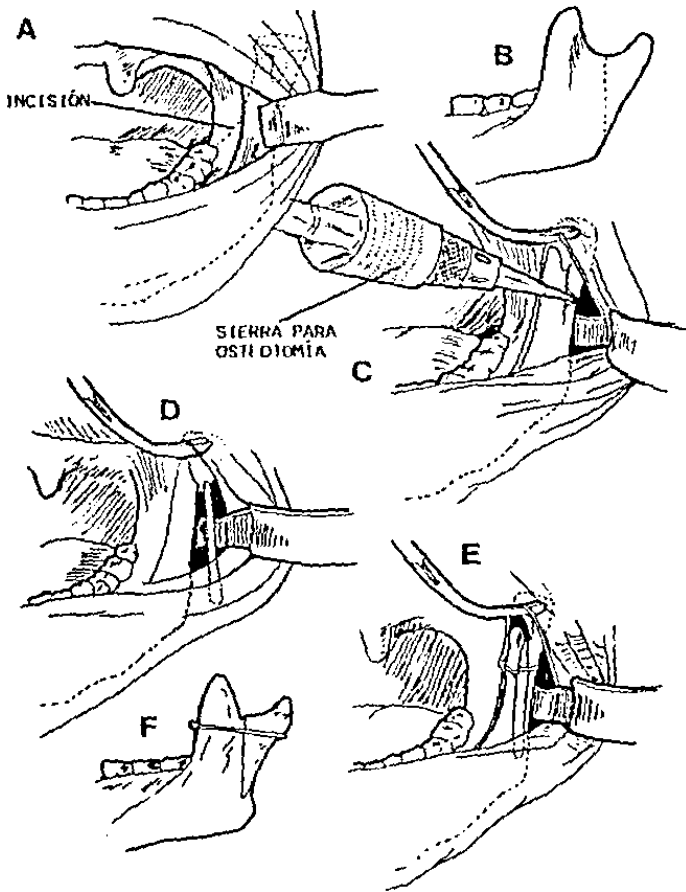
TECNICAS INTRAORALES

1.- OSTEOTOMIA SUBCONDILAR INTRAORAL OBLICUA (CALDWELL Y LETTERMAN)

- LA INCISIÓN MUCOPERIÓSTICA SE HACE FIRMEMENTE HASTA LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DESDE APROXIMADAMENTE EL NIVEL DEL AGUJERO DENTARIO INFERIOR HASTA LA ZONA DEL PRIMER MOLAR.
- SE LLEVAN HACIA ARRIBA LOS TEJIDOS MUCOPERIÓSTICOS Y LOS MANTIENE FIRMEMENTE EL SEPARADOR CORONOIDE.
- LOS TEJIDOS PERIÓSTICOS Y BLANDOS DE RECUBRIMIENTO SE LE VANTAN AMPLIAMENTE DE LA CARA EXTERNA DE LA RAMA DESDE EL NIVEL DE LA ESCOTADURA SIGMOIDEA HASTA EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.
- TAN PRONTO COMO SE DISPONE DE ACCESO, SE INSERTA UN SEPARADOR INTRA-ORAL QUE TIENE UNA FIBRA ÓPTICA PARA ILUMINACIÓN, DE MANERA DE PROVEER LA VISUALIZACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA.
- LA ESCOTADURA SIGMOIDEA, EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE Y EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA SE UBICAN DE MANERA POSITIVA.

LA OSTEOTOMÍA SE REALIZA USANDO UNA SIERRA CON UNA HOJA DE 1MM. EN UN ÁNGULO DE 20°

- EL CORTE SE HACE DESDE EL PUNTO MÁS BAJO DE LA ESCOTADURA SIGMOIDEA OBLICUAMENTE HACIA ABAJO HACIA EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, LIGERAMENTE POR ENCIMA DE ÉL Y POR DETRÁS DEL AGUJERO DENTARIO INFERIOR.



TÉCNICA PARA LA OSTEOTOMÍA SUBCONDILAR INTRAORAL OBLICUA

2.- OSTEOTOMIA SAGITAL INTRAORAL (OBWEGESER)

- SE HACE UNA INCISIÓN INTRAORAL SOBRE EL BORDE ANTERIOR - DE LA RAMA VERTICAL DE LA MANDÍBULA Y LA LÍNEA OBLÍCUA EXTERNA A TRAVÉS DE LA MUCOSA Y DEL PERIOSTIO, DESDE ICM. POR ENCIMA DE LAS PROFUNDIDADES DE LA CURVA EN EL BORDE ANTERIOR HASTA LA ZONA QUE ESTÁ POR FUERA DEL SEGUNDO PREMOLAR. SE TIENE CUIDADO DE IMPEDIR UNA SEPARACIÓN EXTERNA EXCESIVA DE LOS TEJIDOS VESTIBULARES, LO QUE PODRÍA PROVOCAR DIFICULTADES EN EL CIERRE FINAL.
- EL PERIOSTIO QUE ESTÁ POR FUERA DE LA MANDÍBULA SE DESPEGA CON UN PERIOSTÓTOMO DE HOJA ANCHA HASTA EL BORDE INFERIOR Y HACIA ATRÁS HASTA EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE.
SE INSERTA UN SEPARADOR DE HOJA LARGA PROFUNDAMENTE EN EL ESPACIO QUE ESTÁ ENTRE EL PERIOSTIO Y EL HUESO PARA SEPARAR EL COLGAJO LATERAL.
- LOS TEJIDOS INTERNOS QUE ESTÁN POR ENCIMA DEL AGUJERO DENTARIO INFERIOR EN LA CARA INTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE, SE SEPARAN TAMBIÉN CON UN PERIOSTÓTOMO DE HOJA ANCHA. HAY QUE TENER CUIDADO PARA EVITAR EL DAÑO DEL NERVILO DENTARIO INFERIOR. POR ESTA RAZÓN, LA DISECCIÓN SE REALIZA INICIALMENTE HACIA ARRIBA HASTA LA ESCOTADURA SIGMOIDEA. CUANDO SE HA LOCALIZADO ESTE REPARO, SE HACE LA DISECCIÓN HACIA ATRÁS Y LIGERAMENTE HACIA ABAJO HASTA EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA VERTICAL.
- CUANDO SE HA SEPARADO DE LA CARA INTERNA SUFICIENTE PERIOSTIO, SE INSERTA UN SEPARADOR ACANALADO CON CUIDADO DE PROTEGER EL PAQUETE VASCLONERVIOSO DENTARIO INFERIOR.
- EL PERIOSTIO QUE ESTÁ POR FUERA DE LA MANDÍBULA SE ELEVA DE LA ZONA QUE ESTÁ ENTRE LA ESCOTADURA SIGMOIDEA Y EL SEGUNDO PREMOLAR. LOS TEJIDOS REMANENTES ADHERIDOS A LOS BORDES POSTERIOR E INFERIOR DE LA MANDÍBULA SON SEPARADOS POR UN PERIOSTÓTOMO.

LA SEPARACIÓN COMPLETA DE ESTOS TEJIDOS ES FUNDAMENTAL PARA EL LOGRO EXITOSO DE LA OPERACIÓN.

- SE REALIZA LA INCISIÓN ÓSEA INTERNA OBTENIENDO PRIMERO - UNA MEJOR VISIÓN DE LA ZONA POR MEDIO DE LA REALIZACIÓN DE UN SURCO POCO PROFUNDO.

SE HACE UN CORTE HORIZONTAL A UN NIVEL INFERIOR COMO PARA - TOMAR LA PORCIÓN MÁS GRUESA DE LA RAMA EN ESTA ZONA Y LO SU FICIENTEMENTE ALTO COMO PARA EVITAR AL PAQUETE VASCULONER-- VIOSO DENTARIO INFERIOR. ESTE CORTE SE HACE DESDE EL BORDE POSTERIOR HASTA EL BORDE ANTERIOR A UNA PROFUNDIDAD IGUAL A LA MITAD DEL ESPESOR LATEROALTERAL DE LA RAMA EN ESTA ZONA.

- LA CONFIGURACIÓN ANATÓMICA DE LA MANDÍBULA POR FUERA DE LOS MOLARES ES LA CLAVE PARA LA UBICACIÓN DEL CORTE LATERAL. EN REALIDAD, EL ANCHO DE LA ZONA ENTRE LOS MOLARES Y LA LÍNEA OBLÍCUA EXTERNA ES EL QUE INDICA SI LA OSTEOTOMÍA SAGITAL ES QUIRÚRGICAMENTE FACTIBLE.

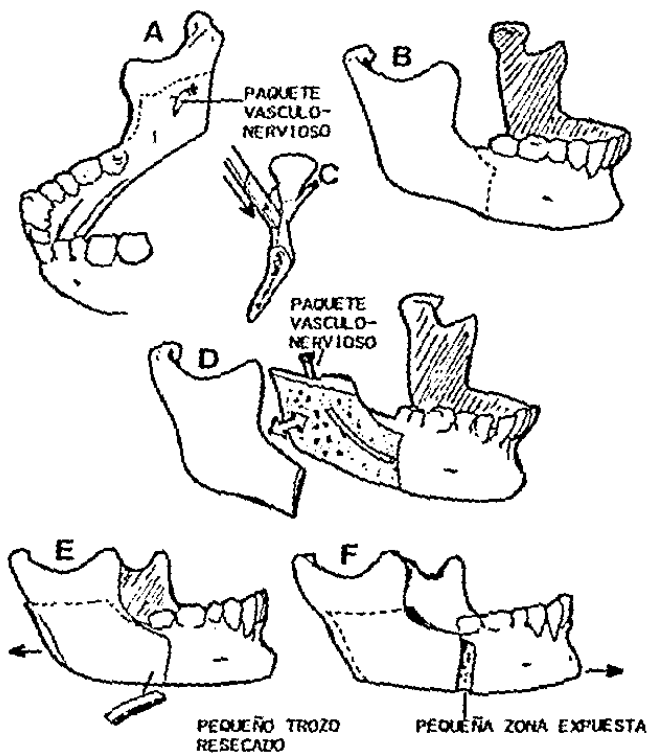
LA INCISIÓN ÓSEA EXTERNA SE HACE PERPENDICULARMENTE AL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA, HACIA ABAJO HASTA EL HUESO SAN GRANTE, DESDE LA LÍNEA OBLÍCUA EXTERNA HASTA EL BORDE INFERIOR. CUANTO MÁS ANTERIOR ES EL CORTE, MÁS FÁCIL ES LA TÉCNICA DE DIVISIÓN.

- SE UNEN AHORA LOS CORTES INTERNO Y EXTERNO A LO LARGO DEL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA CON UNA FRESA Nº 700. EL CORTE ANGOSTO PREPARA LA ZONA PARA UNA VERDADERA ACCIÓN DE DIVISIÓN REALIZADA POR LOS OSTEÓTOMOS.

- SE DIVIDE LA MANDÍBULA CON EL USO DE OSTEÓTOMOS ANCHOS Y GRUESOS, A LOS QUE SE LES APLICA UN GOLPE SECO CON UN MARTILLO QUIRÚRGICO.

EL OSTEÓTOMO DEBE DIRIGIRSE PARALELO A LA CORTICAL EXTERNA DE LA RAMA. SE COMPLETA LA DIVISIÓN GIRANDO UNO O DOS OSTEÓTOMOS AL MISMO TIEMPO.

- GENERALMENTE SE VISUALIZA EN ESTE MOMENTO EL CONTENIDO DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.
- SE FIJAN LOS DIENTES EN LA OCLUSIÓN PREDETERMINADA. SE UBICA LA MANDÍBULA.
- SE COLOCA EL ALAMBRE LLAMADO DE LÍMITE SUPERIOR POR DETRÁS DEL MOLAR DE AMBOS LADOS, CUIDANDO QUE EL CÓNDILO MANDIBULAR ESTÉ EN LA CAVIDAD GLENOIDEA.
- SE COLOCA UN CATÉTER DE SUCCIÓN POR FUERA DE LA MANDÍBULA, A LO LARGO DE TODA LA LONGITUD DEL HUESO ~~EXPUESTO~~ Y SE LO HACE SALIR POR LA HERIDA A TRAVÉS DE UNA INCISIÓN PUNZANTE EN EL SURCO VESTIBULAR POR DELANTE DEL EXTREMO DISTAL DE LA INCISIÓN.
LUEGO SE CIERRA LA HERIDA CON UNA SUTURA CONTÍNUA HORIZONTAL DE COLCHONERO.



TÉCNICA PARA LA OSTEOTOMÍA SAGITAL INTRAORAL

3.- OSTECTOMIA EN EL CUERPO DE LA MANDIBULA INTRAORAL

- EL PACIENTE ES PREPARADO PARA LA PARTE INICIAL DE LA OPERACIÓN CON UN LAVADO COMPLETO DE LA CARA CON JABÓN QUIRÚRGICO Y UNA LIMPIEZA ESCRUPULOSA DE LA CAVIDAD BUCAL.
- SE REALIZAN INCISIONES EN LAS PAPILAS INTERDENTARIAS ADYACENTES AL SITIO DE LA OSTECTOMÍA Y A TRAVÉS DEL MUCOPERIOSTIO, A NIVEL DE LA CRESTA DE REBORDE DESDENTADO SI SE HA EXTRAÍDO UN DIENTE PREVIAMENTE.
- SE REALIZA UNA INCISIÓN OBLÍCUEMENTE HACIA ADELANTE Y ABAJO HASTA EL VESTÍBULO, UNO O DOS DIENTES POR DELANTE DEL SITIO DE LA OSTECTOMÍA.
- GENERALMENTE ES NECESARIO INCIDIR LAS PAPILAS HASTA EL CANINO O EL INCISIVO LATERAL PARA PERMITIR LA SEPARACIÓN DEL PERIOSTIO LINGUAL SIN DESGARRARLO.
- EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO DE LA CARA VESTIBULAR SE SEPARA DEL HUESO. HAY QUE TENER CUIDADO CON EL NERVIAMENTO MENTONIANO. PARA LA SEPARACIÓN INTRABUCAL, SE PREFERE UN PERIOSTÓTOMO MÁS PEQUEÑO Y SE EMPLEAN CUCHARILLAS PARA HUESO PARA DESPEGAR Y SEPARAR EL PERIOSTIO.
- SE LEVANTA UN COLGAJO LINGUAL DE LA MISMA MANERA HASTA EL MÚSCULO MILOHIOIDEO.
- SE HACE LA INCISIÓN ÓSEA.
- SE REALIZAN CORTES VERTICALES A TRAVÉS DEL REBORDE ALVEOLAR. SE EXTIENDE TAN ABAJO COMO SEA POSIBLE HACIA EL INTERIOR DE LAS CORTICALES TANTO INTERNA COMO EXTERNA, Y LA PORCIÓN ALVEOLAR DEL HUESO. EL NERVIAMENTO DENTARIO PUEDE VERSE O NO EN ESTE MOMENTO.

A) COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: AL ESTAR EL MÉDICO UNOS MINUTOS TODOS LOS DÍAS CON EL PACIENTE Y COMENTARLE CON FRANQUEZA LOS PROGRESOS REALIZADOS Y LAS COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DISMINUYE EL DOLOR MÁS DE LO QUE MUCHOS MÉDICOS CREEN.

B) ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS: POR LO GENERAL SE ADMINISTRAN POR VÍA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA. LA DÓISIS QUE SE REQUIERE PARA EL ALIVIO DEL DOLOR VARÍA DE UN PACIENTE A OTRO AÚN EN EL MISMO PACIENTE EN MOMENTOS DISTINTOS.

C) FIEBRE: ES CONSIDERADA COMO UNA REACCIÓN DEL DEL CUERPO AL TRAUMA DE LA OPERACIÓN. TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR POR INFECCIÓN EN LA HERIDA QUE ES LA CAUSA MÁS COMÚN.

D) INFECCIÓN: SE PONE DE MANIFIESTO HACIA EL CUARTO O EL QUINTO DÍA DEL POSOPERATORIO. LOS GÉRMESES SE ENCUENTRAN A MENUDO, ESTAFILOCOCO Y ESTREPTOCOCO, RARA VEZ RETRASAN LA CICATRIZACIÓN. LAS INFECCIONES SON MÁS FRECUENTES Y GRAVES CUANDO SE ENTRA EN LA CAVIDAD BUCAL.

LA INFECCIÓN DEBE SER PREVENIDA MEDIANTE LA LIMPIEZA CUIDADOSA DE LA HERIDA, INSERCIÓN DE DRENES Y COMPRESAS DE SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA A LA TEMPERATURA AMBIENTE (LAS COMPRESAS CALIENTES PUEDEN PROVOCAR NECROSIS DE LOS COLGAJOS ISQUÉMICOS).

DEBE INICIARSE DE INMEDIATO EL TRATAMIENTO GENERAL CON PENICILINA Y UN ANTIBIÓTICO DE ESPECTRO AMPLIO. DEBERÁN SOMETERSE A CULTIVO LOS EXUDADOS DE LA HERIDA, Y UNA VEZ IDENTIFICADOS LOS GÉRMESES Y DETERMINADA SU SENSIBILIDAD SE ELIGIRÁ EL ANTIBIÓTICO ADECUADO.

E) SI EL PACIENTE NO HA ORINADO DENTRO DE LAS 6 U 8 HORAS DESPUÉS DE HABER VUELTO EN SÍ DE LA ANESTESIA, ES TÁ INDICADA SU CATETERIZACIÓN.

F) SI NO SE HAN PRODUCIDO PARA EL TERCER DÍA MOV
VIMIENTOS INTESTINALES NORMALES, DEBE ORDENARSE UNA ENEMA.

G) LA MEDIATA AMBULACIÓN ACELERA LA RECUPERACIÓN.

H) LOS APÓSITOS INICIALES QUEDAN EN SU SITIO HAS-
TA EL CUARTO O QUINTO DÍA POSOPERATORIO, MOMENTO EN EL CUAL
SE INMOVILIZA LA PIEL CON TIRAS DE GASA OTRA SEMANA.

3.- TARDIO

UNO DE LOS CUIDADOS POSOPERATORIOS DE MAYOR IMPORTANCIA ES LA ALIMENTACIÓN EN ESTE TIPO DE PACIENTES, YA QUE DURANTE - VARIAS SEMANAS NO PODRÁN REALIZAR MOVIMIENTOS MASTICATORIOS, NI TRAGAR.

SU ESTADO NUTRITIVO PUEDE MANTENERSE MEDIANTE LA ALIMENTACIÓN CON Sonda INICIADA EL PRIMER DÍA POSOPERATORIO Y CONTINUADA HASTA QUE LA DEGLUCIÓN RESULTE EFICAZ.

LOS ALIMENTOS SE ADMINISTRAN MEDIANTE UNA SONDA DE PEQUEÑO CALIBRE, DE CAUCHO O PLÁSTICO, INTRODUCIDA POR LA NARIZ. MUCHAS VECES RESULTA ÚTIL INTRODUCIR LA Sonda EN LA MESA DE OPERACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN, PUES MÁS TARDE LA INSECCIÓN PUEDE RESULTAR DIFÍCIL POR EDEMA DE LENGUA Y FARINGE. LA ADMINISTRACIÓN CON Sonda SE ADMINISTRA CUATRO VECES AL DÍA. LA SOLUCIÓN ALIMENTARIA SE COLOCA EN UN FRASCO CORRIENTE DE INYECCIONES INTRAVENOSAS QUE SE CONECTAN A LA Sonda NASAL Y SE DEJA PASAR GOTAS A GOTAS CON RITMO DE UNAS 100 GOTAS POR MINUTO.

DESPUÉS DE CADA ALIMENTACIÓN, SE AÑADEN UNAS POCAS ONZAS DE AGUA PARA LIMPIAR EL TUBO.

EL PRIMER DÍA POSOPERATORIO SE INICIAN LAS COMIDAS DE APROXIMADAMENTE 250 CM³., DE ALIMENTO EN SOLUCIONES. SI SON BIEN TOLERADAS, SE AUMENTA EL VOLÚMEN HASTA 500 CM³., QUE SE ADMINISTRAN CUATRO VECES AL DÍA DESDE ENTONCES.

LOS PRIMEROS DÍAS SE REALIZA UNA ALIMENTACIÓN MEDIANTE LAS SIGUIENTES FÓRMULAS. PUEDE EMPLEARSE UNA U OTRA SEGÚN EL INGRESO CALÓRICO DESEADO.

FÓRMULA 1

LECHE	1 LITRO
HUEVOS	4
LECHE DESCREMADA EN POLVO	100 g.
AZÚCAR	50 g.

FÓRMULA 2

LECHE	1 LITRO
HUEVOS	6
JARABE DE MAÍZ	120 G.
LECHE DESCREMADA EN POLVO	50 G.
SAL	5 G.
LEVADURA	5 G.
ACIDO ASCÓRBICO	200 MG.

ALGUNOS PACIENTES NO PUEDEN TOLERAR ESTOS ALIMENTOS Y DEBERÁN TOMAR LA FÓRMULA DE LECHE CONCENTRADA DESNATADA.

LECHE DESCREMADA EN POLVO	240 G.
AGUA	3 TAZAS

POSTERIORMENTE A ESTE TIPO DE ALIMENTACIÓN EL PACIENTE PODRÁ IR NORMALIZANDO EL TIPO DE COMIDA, LICUÁNDOSE TODA CLASE DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- L. TESTUD - A. LATARJET
ANATOMÍA HUMANA
EDITORIAL SALVAT - MÉXICO, D.F. - 1979
EDICIÓN 9°.
- 2.- DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ
ANATOMÍA HUMANA
EDITORIAL PORRÚA, S.A. - MÉXICO, D.F. - 1977
EDICIÓN 17°.
- 3.- DR. WILLIAM G. SHAFER, DR. MAYNARD K. HINE,
DR. BARNET M. LEVY.
PATOLOGÍA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D.F. - 1984
EDICIÓN 3°.
- 4.- GUSTAVO KRUGER
CIRUGÍA BUCO - MAXILOFACIAL
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A. - MÉXICO,
D.F. - 1983
EDICIÓN 5°.
- 5.- DR. SIGURD P. RAMFJORD, DR. MAJOR M. ASH, JR.
OCLUSIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D.F. - 1972
EDICIÓN 2°.
- 6.- BERESFORD, CLINCH, HALDEN, HOVELL, KETTLE,
REITAN, TULLEY, WALTHER.
ORTODONCIA ACTUALIZADA
EDITORIAL MUNDI, S.A. - MÉXICO, D.F. - 1972
EDICIÓN 1°.

- 7.- BEGG, KESLING.
ORTODONCIA DE BEGG TEORÍA Y TÉCNICA
EDICIONES DE LA REVISTA DE OCCIDENTE - MÉXICO.
D.F. - 1973
EDICIÓN 2°.
- 8.- DANIEL E. WAITE
TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL PRÁCTICA
EDITORIAL CONTINENTAL, S.A. - MÉXICO, D.F. - 1984
EDICIÓN 2°.
- 9.- DR. ROBERT A. WISE
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D.F. - 1973
EDICIÓN 3°.
- 10.- DR. CURTIS P. ARTZ., DR. JAMES D. HARDY.
COMPLICACIONES EN CIRUGÍA Y SU TRATAMIENTO
EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D.F. - 1978
EDICIÓN 3°.
- 11.- DR. LAWRENCE W. WAY
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. - MÉXICO,
D.F. - 1985
EDICIÓN 4°.