

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA BOVEDA
VESTIBULAR (*)

por el

PROF. FERNANDO ORENSANZ GUTIÉRREZ

611.616.314

Observando, en el cadáver y en el vivo, el vestibulo de la boca nos damos cuenta de que dicha región bucal, principalmente en la parte más posterior, ha sido un poco descuidada por los anatómicos. Esto ocurre porque las estructuras anatómicas que la forman se estudian como partes integrantes de otras varias regiones: labial, gingivo-dentaria, geniana, cigomática etc. Esta por hacer el estudio del vestíbulo bucal con un criterio de anatomía topográfica estomatológica y de dicho vestíbulo es principalmente su parte posterior y superior la que pasa desapercibida al anatómico al hacer el estudio clásico de la cavidad bucal. Y el clínico, al intentar conocer la región para sus fines, se ve obligado a hacer un resumen de las regiones que intervienen en su formación.

Al hacer estudios sobre la región cigomática hemos tenido oportunidad de conocer esta zona a que nos referimos, y por creer dicho estudio interesante para estomatólogos es por lo que damos cuenta de él.

Viendo y palpando el surco vestibular superior, de delante hacia atrás, encontramos un saliente que no es otra cosa que el borde inferior de la apófisis piramidal del maxilar superior que se continúa con el hueso malar; por detrás de este saliente, que lleva dirección latero-lateral, el dedo se hunde hacia arriba encontrando un espacio de paredes laterales duras, óseas y un fondo blando y depresible, *abovedado*; siguiendo este espacio se aprecia que se acoda hacia adentro, por detrás del último molar y última porción del alvéolo superior, para terminar

(*) Comunicación presentada a las Jornadas Luso-Españolas de Estomatología en Lisboa el año 1951.

tocando un saliente duro, óseo, de dirección antero-posterior, que es la porción más inferior de la apófisis pterigoides y que cierra este espacio. A este espacio descrito, le denominamos bóveda vestibular.

Vista en la exploración de la cavidad bucal, nos aparece como una depresión de la mucosa bucal por detrás y lateralmente a él; varían sus dimensiones y disposición según la constitución del sujeto y la edad. A la palpación apreciamos los salientes citados y la apófisis coronoides que en los movimientos del maxilar inferior viene a alojarse en este espacio.

CONSTITUCION ANATOMICA

Constitución anatómica. Por su real interés anatomo-clínico podemos considerarla como una región anatómica más. Su aspecto exterior es el ya dicho. Por fuera de la mucosa bucal

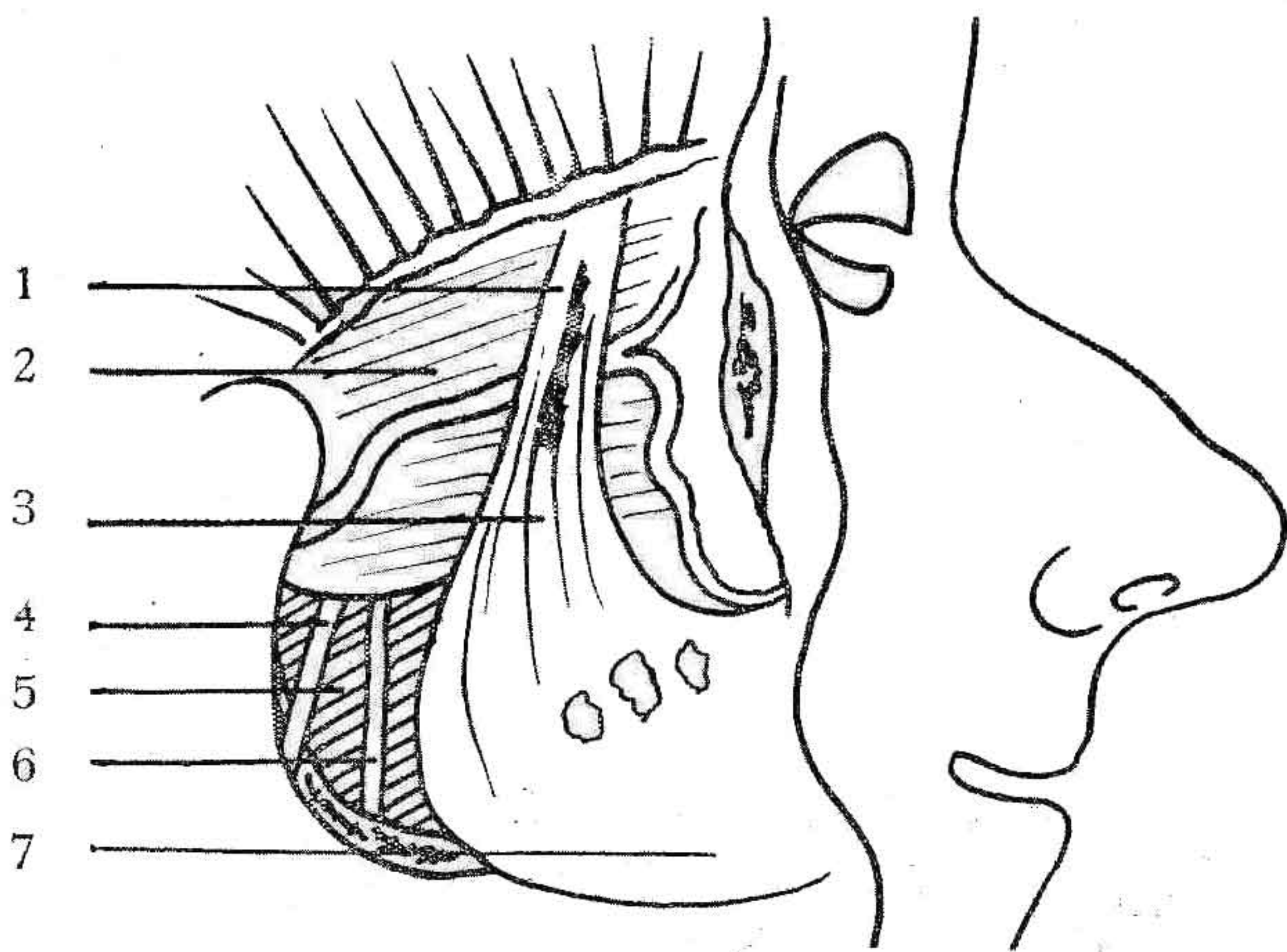
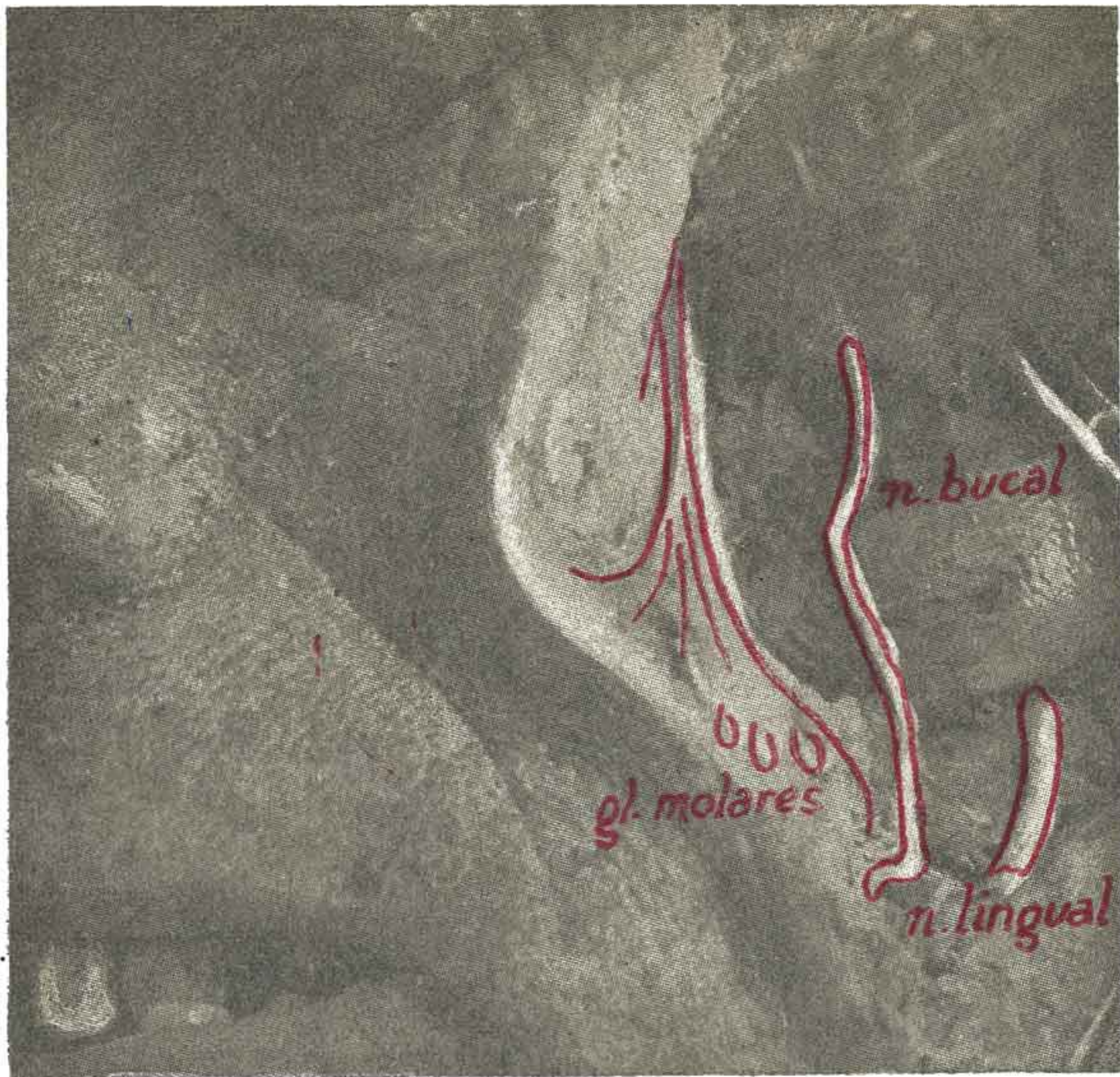
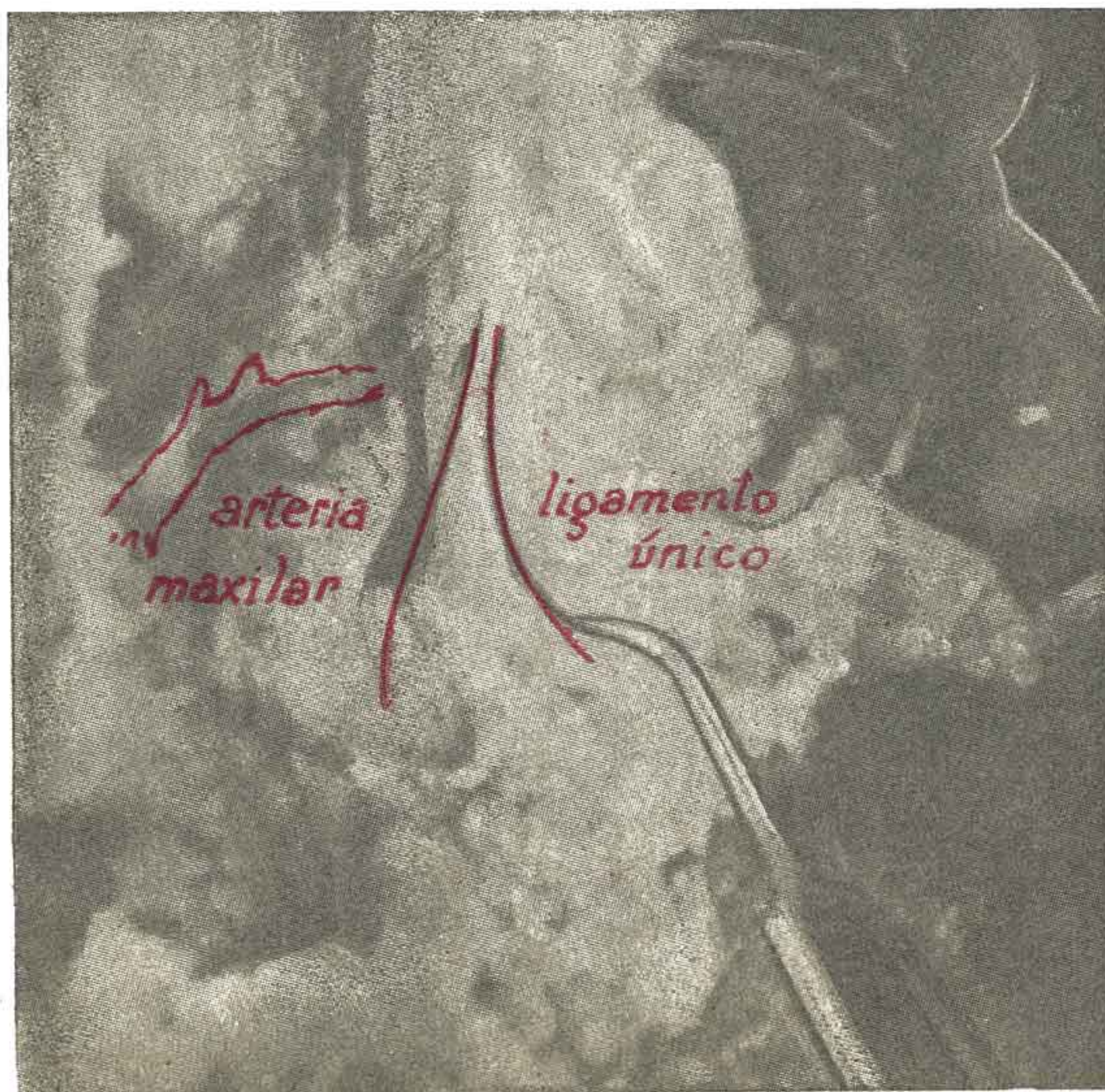


Fig. 1.—Aspecto del ligamento y aponeurosis bucinatriz: 1-3, ligamento suspensorio; 2, músculo pterigoideo externo; 4, nervio dentario inferior; 5, músculo pterigoideo interno; 6, nervio lingual; 7, aponeurosis bucinatriz

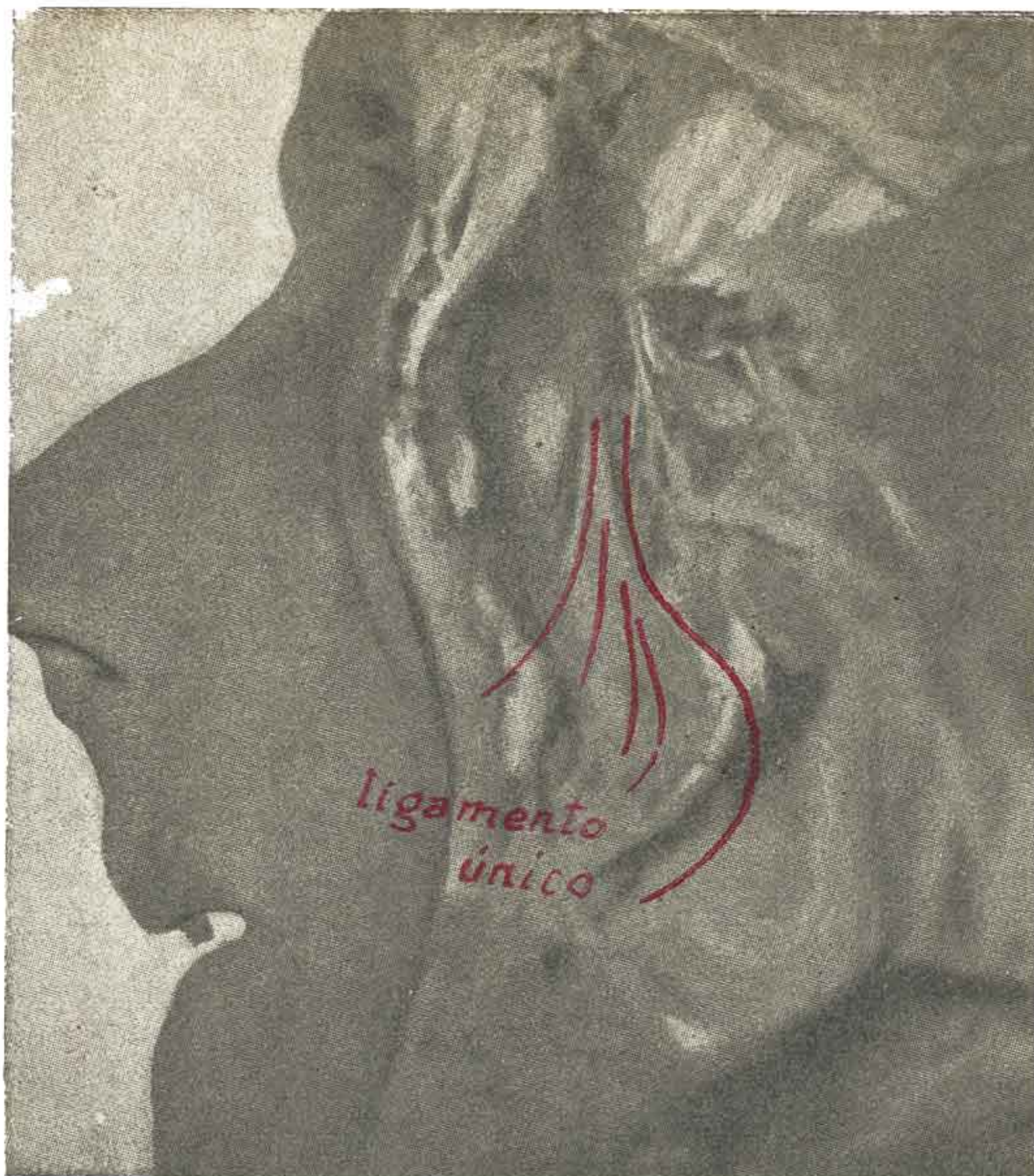
encontramos el músculo buccinador y la aponeurosis buccinatriz, una parte de la bola adiposa de Bichat y la rama arterial alveolar superior que, procedente de la arteria maxilar interna, se introduce en el maxilar superior, no sin antes dejar una rama que contornea la cara externa de este hueso y se dirige



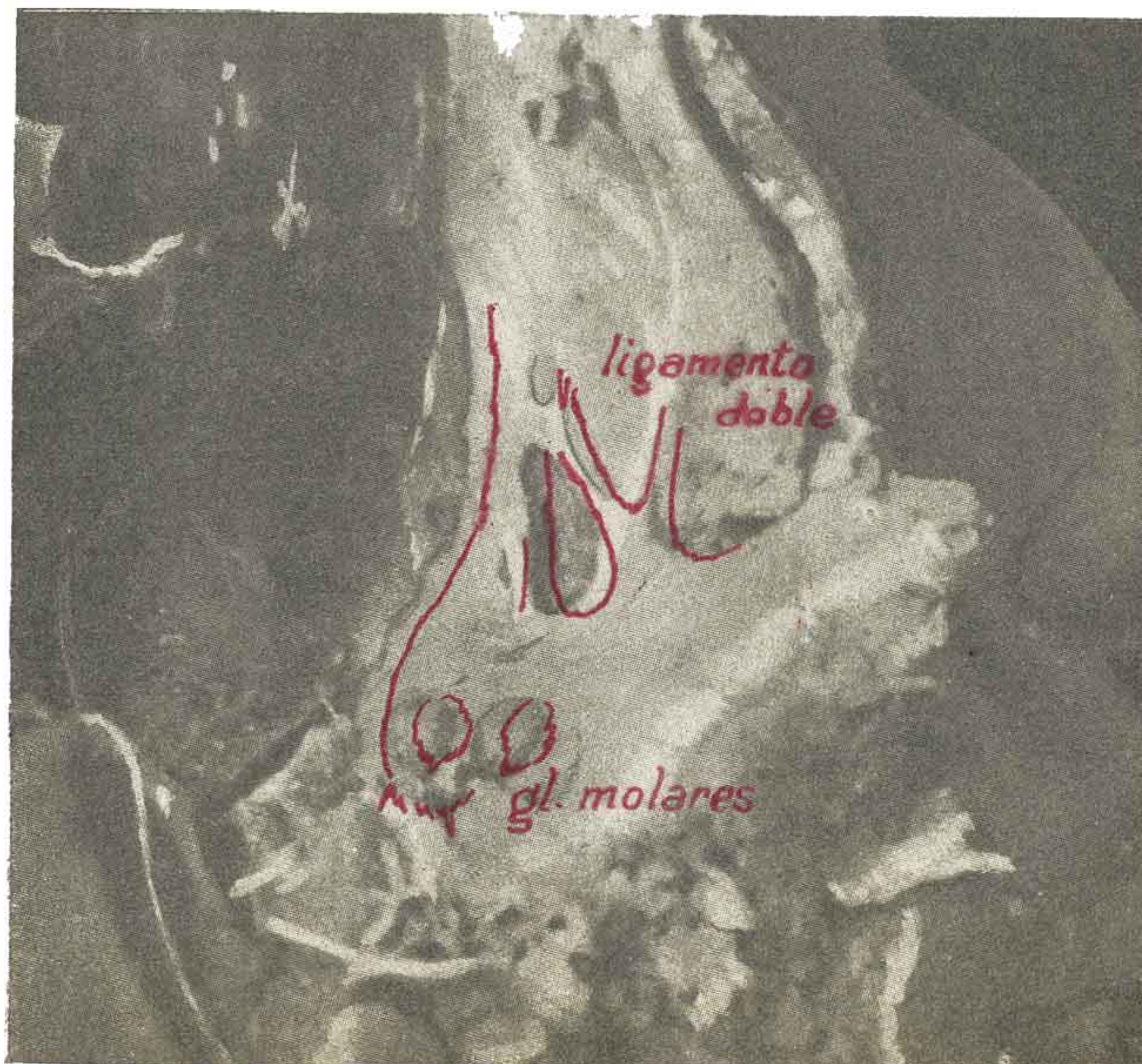
Se ve el ligamento suspensorio y aponeurosis bucinatriz; además, las glándulas salivales molares y los nervios lingual y bucal



Ligamento suspensorio único, puesto de manifiesto por la tracción con erina



Ligamento suspensorio único. Puede apreciarse cómo la aponeurosis bucinatriz pende de él



*Ligamento suspensorio de la aponeurosis bucinatriz doble.
Glándulas molares*

hacia la región suborbitaria. En la parte más alejada encontramos el rafe aponeurótico pterigo-maxilar. La mucosa en esta región no posee caracteres diferentes del resto de la mucosa bucal; tapiza a las demás estructuras, quedando fijada a los procesos alveolares y adherida a la cara interna del músculo buccinador.

El músculo buccinador se inserta en el maxilar superior, como es sabido, en zona vecina al borde alveolar; por detrás de los molares esta zona de inserción se eleva un poco y describe un arco de concavidad inferior hasta llegar a la apófisis

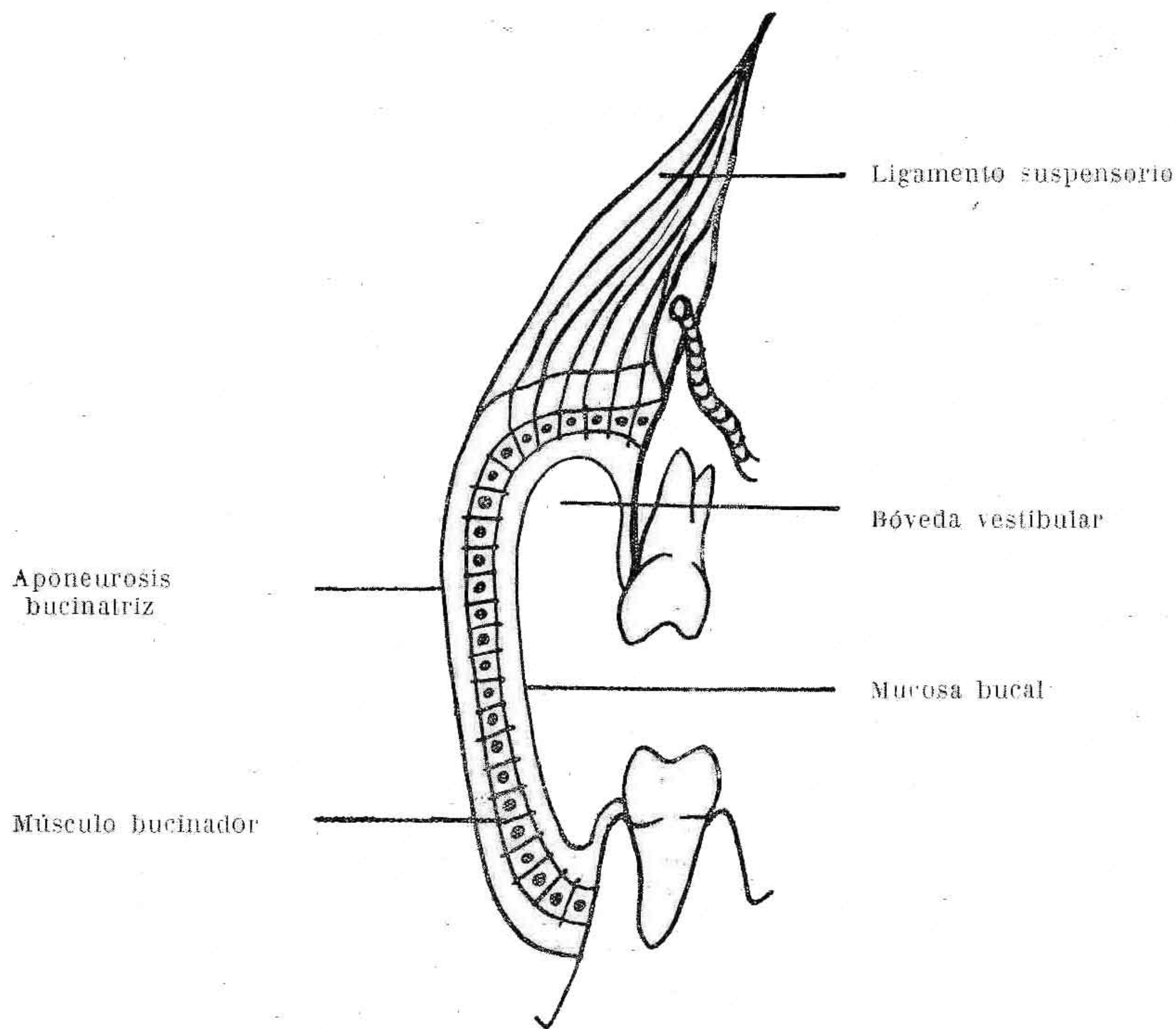


Fig. 2.—Sección frontal, demostrativa del ligamento suspensorio y de su acción mantenedora de la bóveda vestibular

pterigoides. Desde aquí, sus fibras, formando una lámina, se dirigen hacia abajo y adelante, se unen a las que nacen en el maxilar inferior y forman la porción muscular de la mejilla. Este músculo buccinador es envuelto por su cara externa por

la aponeurosis buccinatriz y por su cara bucal por la mucosa. *Y es precisamente dicha aponeurosis buccinatriz la que ha retenido más nuestra atención y la que ha motivado el presente estudio.*

La aponeurosis buccinatriz es aquella que tapiza exteriormente al músculo buccinador, siendo fuerte y resistente en su parte posterior y disminuyendo en espesor y resistencia en su parte anterior, hasta acabar al insertarse el músculo en los orbiculares labiales. Este es el concepto clásico, añadiendo que se continúa con el periostio maxilar y aponeurosis de envoltura de los músculos masetero y pterigoideos.

Al hacer estudios y disecciones sobre la región cigomática, encontramos una disposición de dicha aponeurosis buccinatriz diferente de lo leído en obras de anatomía. La disposición vista por nosotros de la parte postero-superior de la aponeurosis buccinatriz, discrepa del concepto clásico y nos explica la constitución de lo que hemos denominado bóveda vestibular. En la actualidad, continuamos este estudio en el Departamento Anatómico de la Facultad de Medicina de Zaragoza, orientados por el catedrático jefe doctor J. Conde Andréu.

En efecto, esta aponeurosis se continúa hacia arriba, ya en plena región cigomática cara anterior, con el periostio del maxilar superior, pero no de una manera simple. Por el contrario, *se condensa en un verdadero ligamento o aparato ligamentoso, individualizado y separado del hueso en uno o varios puntos.*

Las adjuntas fotografías lo demuestran.

Este ligamento puede ser único, doble y aun triple; se extiende y continúa y suspende al resto de la aponeurosis buccinatriz; entre el ligamento y el hueso pasa una rama arterial que ya hemos citado. Está rodeado por tejido adiposo dependiente de la masa adiposa de Bichat y algunos de los lóbulos adiposos se introducen entre él y el maxilar.

Este ligamento, en cuanto a función, parece que está destinado a suspender la porción distal del músculo buccinador; sería un verdadero ligamento suspensorio del músculo buccinador, y, por lo tanto, causa necesaria o determinante del fondo de saco o bóveda vestibular en estudio.

En efecto; la aponeurosis envía unos tabiques fibrosos entre las fibras del músculo buccinador, las cuales, después de atra-

vesar el músculo, llegan hasta el dermis mucoso, quedando así íntimamente unidas la mucosa, el músculo y la aponeurosis.

El ligamento suspensorio se inserta por su parte superior en la tuberosidad maxilar en su zona más alta, en la vecindad de la escotadura esfeno-maxilar. Por su parte inferior posee fibras de longitud diferente, que terminan a diversas alturas de la aponeurosis; las más cortas, en la parte más superior, y son las que fijan la aponeurosis a un nivel más alto, o, tan alto, por lo menos, como la inserción del músculo en el maxilar; y como el músculo y la mucosa están solidarizados con la aponeurosis, la siguen y queda formada la bóveda.

SU INTERES

La bóveda vestibular es de un gran interés clínico. En primer lugar, es la vía de acceso más fácil para penetrar en la región cigomática y aun en la pterigo-maxilar con una aguja o bisturí. Atravesando los planos ya estudiados, alcanzamos la fosa cigomática y podemos evacuar un absceso de la región.

Podemos alcanzar las segunda y tercera rama del nervio trigémino y sus ganglios.

Conociendo bien la anatomía regional podremos tratar mejor las alteraciones eruptivas del cordal superior y los problemas protéticos derivados de la existencia de tal bóveda.

Norocaína y arritmias del corazón, por el Dr. J. ZAPATA y colaboradores.
("Arch. del I. de Cardiol. de México", 1951. 21. 91.)

Se estudia la acción de la procaína en 14 individuos cardiopatas con diferentes tipos de arritmias. De este total: 1) En tres casos de fibrilación auricular antigua no hubo modificación. 2) Los tres individuos, con fibrilación auricular paroxística, pasaron a ritmo sinusal. 3) Tres pacientes, con extrasístoles ventriculares frecuentes, mostraron desaparición de las mismas. No se observó efecto favorable en un caso de taquicardia paroxística ventricular que posteriormente pasó a ritmo sinusal con fuertes dosis de quinidina. 4) De los cuatro casos de taquicardia paroxística auricular, los resultados fueron buenos en dos y dudosos en un tercero.

Se hacen consideraciones sobre la acción farmacológica de la procaína, en lo referente a las propiedades del miocardio, y se informa de un accidente fatal (el cuarto caso de taquicardia paroxística auricular) atribuible muy probablemente a la procaína por sí sola o a su asociación con la digital (Sm. Méd.)