

870122
87
29

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES
BRANQUIAL, TIROGLOSO Y DERMOIDE.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

EUGENIA SANCHEZ MICHEL

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO SERNA SALINAS

GUADALAJARA, JALISCO. 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

"ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES - -
BRANQUIAL, TIROGLOSO Y DERMOIDE. "

INDICE.

	PAGINA.
INTRODUCCION.....	
CAPITULO I Anatomía de Cabeza y Cuello...	1
CAPITULO II Etiología, Diagnóstico de los quistes branquial, tirogloso y dermoide.....	60
CAPITULO III Tratamiento de los quistes - - branquial, tirogloso y dermoide.....	77
CONCLUSIONES.....	93
BIBLIOGRAFIAS.....	94

INTRODUCCION.

Honorable Jurado:

El tema que he escogido para presentar el examen profesional de Cirujano Dentista es el de "Etiología y tratamiento de los quistes branquial, tirogloso y dermoide" .

El tema fue escogido muy minuciosamente ya que a mi, en lo personal me gusta mucho la cirugía. Trata sobre -- las causas de estos quistes, ya que como explico en el -- 2do. capítulo son quistes que se desarrollan en la etapa embrionaria.

También explico como darse cuenta de la existencia de estos quistes para poder realizar un diagnóstico correcto; son quistes que pueden aparecer en edad temprana o bien empezarse a desarrollar y provocar una hinchazón o abultamiento en la parte afectada. Es necesario una Rx para poder saber el inicio y la terminación del quiste.

Sobre el tratamiento de éstos quistes sin duda alguna es quirúrgico radical, puesto que pueda haber recidivas. Los pasos a seguir en el momento operatorio los explico en el 3er. capítulo de manera exhaustiva.

Es tan importante para nosotros los Cirujano Dentis-

tas saber diferenciar y conocer las patologías no solo de la cavidad bucal sino también las que afectan a la región del cuello. Es esencial para nuestra preparación y ampliar nuestros conocimientos el investigar estas patologías, ya que clínicamente podemos pensar que son patologías malignas.

Uno de los factores que influyeron en mi, para el desarrollo de este tema, fue la gran impresión que me causo el conocer la etiología de estos quistes; ya que no podemos saber a ciencia cierta sobre su existencia por que se empieza a formar en el periodo fetal.

La revisión de la literatura médica que trata sobre estas patologías nos demuestra que son netamente benignas y que su malignización es muy relativa; ya que solo puede haber recidivas en una mala maniobra quirúrgica.

Espero que este texto recopilado de datos bibliográficos, sirva para la orientación de las nuevas generaciones de Cirujanos Dentistas.

Esto fue respetables catedráticos del Honorable Jurado el motivo que me impulso a desarrollar este tema, que expongo a su consideración y que me permite decir que la Cirugía Maxilo facial es un procedimiento, diagnóstico sen

cillo rápido, seguro para la curación de estos quistes -
que solamente pueden ser tratados bajo anestesia gene--
ral.

CAPITULO I

" ANATOMIA DE CABEZA Y CUELLO. "

CAPITULO I

" ANATOMIA DE CABEZ Y CUELLO. "

En este capítulo hablaremos sobre la anatomía de cabeza y cuello, ya que los quistes branquial, tirogloso y dermoide se localizan o aparecen generalmente en zonas -- como: cuello el branquial, dermoide en la parte submaxilar y el tirogloso como su nombre lo dice en la región tiroides. (9)

CABEZA OSEA.-

La cabeza ósea se divide en dos porciones: una tiene la forma de caja ósea y contiene el encéfalo, es el cráneo: la otra, destinada a alojar la mayor parte de los órganos de los sentidos y a sostener los de la masticación, es la cara. Estudiaremos: 1) Cráneo.

2) Cara

3) Cierta número de regiones -
comunes al cráneo y a cara.

(9)

HUESO DEL CRANEO.-

El cráneo es una caja ósea destinada a alojar y proteger la parte más voluminosa y más noble del neuroeje: - el encéfalo: . Ante todo describiremos los diferentes --

huesos que lo constituyen y luego los estudiaremos en su conjunto. (9)

1.- Descripción de los huesos del cráneo.

El cráneo está esencialmente constituido por ocho -- huesos, cuatro pares y cuatro impares. Los cuatro impares son: el frontal, etmoides, el esfenoides y el occipital. Los cuatro pares son los dos parietales y los dos temporales. (9)

FRONTAL.-

El frontal o coronal ocupa la parte más anterior del cráneo. Se consideran en él tres caras (anterior, posterior e inferior), perfectamente limitadas por tres bordes. (9)

A).- Cara anterior.- Convexa y lisa en toda su extensión; posee sutura metópica está situada sobre la línea media del frontal que se extiende por abajo desde el nasión, hasta la glabella situada por arriba. El nasión es el punto de unión de la sutura internasal con el frontal. La sutura internasal es la línea de unión de los -- huesos propios de la nariz entre sí. (9)

La glabella es una pequeña eminencia situada inmediatamente por encima de la sutura metópica, a nivel de la -

línea media. Eminencias frontales laterales están situadas a ambos lados de la glabella. Más desarrolladas en -- personas jóvenes marcan más relieve sobre la piel de la -- región. (5)

Los arcos superciliares están situados por abajo de las eminencias frontales laterales, los arcos superciliares son dos eminencias alargadas transversalmente. Senos frontales aunque son cavidades no visibles por la cara -- exocraneana frontal, ya hemos dicho que corresponden a -- los arcos superciliares. Los senos frontales desembocan en las fosas nasales por medio de un conducto óseo llamado infundíbulo del etmoides. (5)

B).- Cara endocraneana.- Cóncava en toda su extensión, se relaciona con el lóbulo prefrontal del cerebro.- Canal del seno longitudinal superior este corresponde a -- una formación vena cerebral llamada seno longitudinal superior, este se localiza en la línea media y se extiende -- desde la cresta frontal a la sutura coronal. La cresta -- frontal está situada también sobre la línea media. (5)

El agujero cie o limita por abajo la cresta frontal -- sirve para dar paso a una pequeña vena. Fosas frontales -- estas están situadas a los lados de la cresta frontal sin -- ven para alojar a los lóbulos prefrontales del cerebro. -- Las fosas de Pachioni se localizan a nivel del tercio su-

perior posterior de los huesos a ambos lados de la línea media dan alojamiento a las pequeñas granulaciones aracnoideas. (5)

PARIETALES. -

Situados inmediatamente hacia atrás del frontal y - - arriba de temporales. (5)

A).- Cara exocraneana.- Es convexa y está cruzada de adelante atrás por dos rebordes anteroposteriores poco visibles: las líneas curvas temporales superior e inferior. (5)

B).- Cara endocraneana.- Es cóncava y está relacionada con el cerebro. Cada parietal se articula por medio de su borde anterior con el frontal, con el cual forma la sutura coronal por su borde superior se une con el parietal del lado opuesto formando la sutura sagital o interparietal. En su borde posterior se articula con el occipital formando la sutura lambda. Finalmente al punto de unión entre ambos parietales con el occipital se le llama lambda en tanto que a la unión del parietal, occipital y temporal se le conoce como asterión. (5)

OCCIPITAL. -

Hueso impar, medio simétrico, situado en la parte pos

terior e inferior del cráneo. Presenta una forma romboidal bastante regular, y por este hecho ofrece al estudio dos caras, cuatro borde y cuatro angulos. (9)

A).- Cara posteroinferior.- Fuertemente convexa presenta en primer lugar un vasto orificio llamado agujero occipital.

B).- Cara anterosuperior.- Cóncava, esta en relación con la masa encefálica también encontramos el agujero occipital. (9)

C).- Bordes.- Dos superiores y dos inferiores; los dos superiores se articulan con los parietales. Los inferiores presentan casi en línea media, una eminencia bastante pronunciada llamada apófisis yugular, la cual divide el borde en dos partes. El occipital esta formado de dos láminas de tejido compacto separadas entre si por una capa más o menos gruesa de tejido esponjoso. (9)

TEMPORAL.-

Es un hueso muy importante debido a que aloja tanto al aparato auditivo como el aparato vestibular. Para su estudio se divide en tres porciones: (5)

A).- Porción escamosa.- Destaca en ella la apófisis cigomática la porción superior o escama esta cubierta por

músculo temporal y también se alojan la arteria temporal profunda posterior y sus ramas. (5)

B).- Cara endocraneana.- Esta, está en relación con el lóbulo temporal o esfenoidal del cerebro y también se alojan la arteria meníngea y sus ramas. (5)

También tenemos el condilo del temporal o raíz transversa del arco cigomático que juega papel importante en la articulación temporomandibular. Más atrás se encuentra la cavidad glenoidea temporal destinada a articularse con el condilo del maxilar inferior. Finalmente atrás y afuera de la cavidad glenoidea se encuentra la porción -- posterosuperior del hueso timpánico que contribuye a formar el techo de la bóveda del conducto auditivo externo.- El orificio externo del conducto auditivo externo, está situada hacia atrás de la cavidad glenoidea y está limitada arriba y adelante por la base de la apofisis cigomática. La escama del temporal se articula por arriba con el parietal; adelante con el ala mayor del esfenoides; y por abajo con el condilo del maxilar inferior la apofisis cigomática se articula por delante con el maxilar. (5)

En la porción petrosa presenta varias superficies; - la cara anterosuperior sobre esta descansa el lóbulo temporal del cerebro y se distingue la fosa de Gasser, que - sirve como alojamiento para el ganglio de Gasser o tríge-

minal. Más hacia atrás y afuera se localizan varios agujeros que se continúan en conductos especiales; el más -- importante es el hiato de Falopio que da paso a una rama del nervio facial. (5)

La cara posterosuperior está en relación parcialmente con los hemisferios cerebelosos. Destaca el agujero - auditivo interno que da paso a los nervios facial, estatoacústico e intermediario así como la arteria auditiva-interna rama del tronco basilar. (5)

Finalmente hacia arriba y abajo de los elementos antes mencionados, destacan otros dos canales que recorren en sentido longitudinal la porción petrosa; el canal del seno petroso superior y el canal del seno petroso infe--rior. (5)

La cara anteroinferior está formada por el hueso - timpánico. Sobre ella destacan el orificio óseo de la -- trompa de eustaquio y el canal óseo del músculo del martillo y la apófisis vaginal. La cara posterior; tiene -- una gran saliente llamada apófisis estiloides que sirve - para inserción de músculo y ligamentos. Más atrás y afue--ra está el agujero estilomastoideo que da salida al ner--vicio facial y entrada a la arteria facial; por delante y - afuera de este orificio algunas veces esta otro pequeño - que da salida al nervio del cuerda del tímpano. Por den--

tro está la fosa yugular que aloja el extremo ampuloso de la vena yugular interna, más adentro está el orificio inferior del conducto carotideo, por el que penetra la arteria carótida interna, entre la fosa yugular y el orificio carotideo está el orificio de Jacobson para el paso del nervio del mismo nombre. Por dentro del orificio carotideo está una zona ósea que da inserción al músculo parietal interno. (5)

La porción mastoidea es plana de fuera adentro. La cara externa plana rugosa termina abajo con una eminencia voluminosa la apófisis mastoidea. Por dentro de esta apófisis se ve la ranura digástrica, para el músculo digástrico. La cara interna cóncava e irregular, corresponde al cerebelo. En toda su extensión circunferencial queda libre solo en su parte superior y posterior se articula con el parietal y el occipital. La porción petrosa se articula por dentro y adelante con el esfenoides y el occipital.

HUESOS WORMIANOS. -

Se llama así por ser unos huesos pequeños supernumerarios que se encuentran accidentalmente entre los huesos del cráneo. Derivan de uno o de varios puntos de osificación superpuestos. Se dividen según su situación en suturales y frontanelarios. Los huesos wormianos suturales -

se encuentran en las suturas; el más conocido es el hueso sagital. Los huesos wormianos frontanelarios ocupan las fontanelas. Reciben nombre de bregmático, lambdoideo, -- astérico, ptérico y orbitario. (9)

CRANEO EN GENERAL. -

Esta dividido en bóveda y base, los separa una línea transversal que se inicia en la glabella y termina en la protuberancia occipital posteroexterior. La bóveda craneal en su cara exterior destaca la eminencia media, el punto de unión bregma, la sutura sagital, el punto de unión lambda y la protuberancia posteroexterior del occipital. (9)

La cara endocraneana se localiza el agujero ciego, la cresta frontal media y el canal del seno longitudinal. A los lados de la línea media destacan las fosas frontales, las fosas parietales, los agujeros de Pachóni, los agujeros parietales y las fosas cerebrales del occipital. (9)

La base craneal presenta para su estudio 2 superficies: la superficie endocraneana está dividida en tres grandes fosas anterior, media y posterior. (5)

La fosa anterior está limitada atrás por el borde --

posterior de las alas menores del esfenoides y el canal óptico. En línea media encontramos la apófisis crista galli, la cresta superior del esfenoides y el canal óptico. A los lados la lámina cribosa del etmoides, los surcos -- olfatorios del esfenoides, los agujeros ópticos, y las -- alas menores del esfenoides. (5)

La fosa media en línea media destaca la silla turca del esfenoides (aloja la hipófisis), y la lámina cuadrilátera del mismo hueso. A los lados las apófisis clinoides anteriores y posteriores, el canal del seno cavernoso, la hendidura esfenoidal, el agujero redondo mayor, el agujero oval, el agujero redondo menor, la fosa esfenoidal y la cara superoanterior de la roca del temporal con la fosa de Gasser; entre el cuerpo del esfenoides y la roca del temporal queda situado el agujero rasgado anterior que tiene importantes relaciones con la arteria carótida interna, el plexo nervioso carotideo y el nervio vidiano. (5)

La fosa posterior destacan el canal basilar del -- occipital y la cresta occipital interna. A los lados destacan el agujero auditivo interno, el acueducto del vestíbulo, el agujero rasgado posterior, el agujero precondíleo y el agujero retrocondíleo, el agujero mastoideo, la cara posterosuperior de la roca del temporal, las fosas --

cerebelosas del occipital y el canal del seno lateral o - transverso, que se origina a nivel de la línea media en - la prensa de Herófilo. (6)

La cara exocraneana de la base del cráneo se divide - en: zona facial que está limitada posteriormente por una - línea que se extiende de un tubérculo cigomático a otro. - En la línea media destacan: la espina nasal del frontal, - la lámina perpendicular del etmoides y la cresta inferior del esfenoides. A los lados el techo de las fosas nasa - les con la lámina cribosa del etmoides y el cuerpo del - esfenoides, las masas laterales del etmoides, la mitad su - perior de la órbita y la superficie esfenocigomática del - ala mayor del esfenoides. (6)

Los principales agujeros que se localizan en esta zo - na son los olfatorios, la hendidura esfenoidal, el agujero - óptico, y el agujero del seno esfenoidal. (5)

La zona yugular destacan la superficie basilar del - occipital y el tubérculo faríngeo. A los lados apófisis - pterigoides, el agujero rasgado anterior, el orificio pos - terior del conducto vidiano, el agujero oval, el agujero - redondo menor, el agujero precondíleo, el cóndilo del occi - pital, el orificio carotideo, la fosa yugular, el agujero - estilomastoideo, el orificio óseo de la trompa de Eusta - quío, el agujero rasgado posterior, la apófisis estiloides

para la inserción de los músculos estilohioideo, estilofaríngeo y estilogloso y los ligamentos estilomaxilar, y -- estilohioideo la apófisis mastoides, el surco occipital, -- la cavidad glenoidea del temporal y el conducto auditivo-externo. (5)

La zona occipital en su límite anterior que se extiende de una apófisis mastoides a otra. Destacan la -- cresta occipital y la pretuberancia occipital posteroexterior. A los lados el agujero retrocondíleo, la apófisis-mastoides la ranura digástrica y las líneas curvas superior e inferior del occipital. (5)

HUESOS DE LA CARA.-

La cara es un conglomerado óseo, situado en la parte inferior y anterior de la cabeza, que contiene en sus cavidades la mayoría de los aparatos de los sentidos. Como en el cráneo, describiremos primero los diferentes huesos que la constituyen, estudiando después la cara en conjunto. (9)

La cara se divide en dos porciones llamadas mandíbulas, que son la mandíbula superior y la inferior. La mandíbula superior se divide en 3 huesos que se agrupan todos alrededor de un solo, el maxilar, el maxilar superior como alrededor de un centro común. De estos tres huesos-

uno solo es impar el vómer; los demás son pares están dispuestos simétricamente a cada lado de la línea media. Son el maxilar superior, el hueso malar, el unguis, el cornete inferior, el hueso propio de la nariz y el palatino. (9)

MAXILAR SUPERIOR.

Hueso par, la forma cuadrilátera, ligeramente aplanada de afuera adentro, presenta una cara interna, otra externa cuatro bordes y cuatro ángulos. (9)

La cara interna presenta en la unión de un tercio inferior con sus dos tercios superiores una eminencia transversal, la apófisis palatina, la cual articulándose en la línea media con la del lado opuesto, forma un tabique transversal, que constituye a la vez el suelo de las fosas y la bóveda palatina. En su parte anterior se ve el conducto palatino anterior. Por debajo de la apófisis palatina, la cara interna forma parte de la bóveda palatina. Por encima de la apófisis palatina presenta sucesivamente siguiendo de atrás adelante, las rugosidades para el palatino, el orificio del seno maxilar, el canal nasal, la apófisis ascendente del maxilar superior. (9)

La cara externa en su parte anterior y a nivel de los incisivos, la fosita mirtiforme, limitada por detrás por una eminencia longitudinal, llamada eminencia canina. La-

apófisis piramidal del maxilar superior, su base forma -- cuerpo; su vertice rugoso, se articula con el hueso malar su parte superior plana, forma parte del suelo de la órbita; su cara anterior presenta el agujero suborbitario, su cara posterior ligeramente convexa, forma parte de la fosa cigomática, su borde inferior cóncavo y redondo se dirige hacia el primer molar, su poder anterior forma parte del reborde orbitario; su borde posterior corresponde ala mayor del esfenoides. (9)

Los bordes se distinguen en anterior, posterior, superior e inferior. Presenta la semiespina nasal anterior la escotadura nasal, y el borde anterior de la apófisis ascendente. (3)

El borde posterior, grueso y redondeado, constituye la tuberosidad del maxilar. Se articula por su parte inferior con la apófisis pterigoidea del esfenoides y con la porción vertical del palatino. El borde superior muy delgado, se articula en el unguis, el hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del palatino. El borde inferior o borde alveolar presenta los alveolos de los -- dientes, cavidades más o menos espaciados, simples o tabicadas. (9)

Al ángulo superior esta representado por la apófisis ascendente del maxilar superior; su base forma cuerpo con

el hueso; su vertice, rugoso, se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal, su cara interna forma parte de las fosas nasales; su cara externa, lisa de inserción a diversos músculos; su borde anterior rugoso, se articula con los huesos propios de la nariz; su borde posterior limita por dentro el contorno de la órbita. La confirmación anterior el seno maxilar está formado casi exclusivamente de tejido compacto; solo hay una pequeña masa de tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y a nivel del borde alveolar. En el centro del hueso se halla una vasta excavación de la misma forma general que el hueso; el llamado seno maxilar o antro de Highmore. (9)

Tiene la forma de una pirámide cuadrangular, cuyo vértice de la apófisis piramidal y cuya base corresponde a su orificio de entrada. (9)

HUESO MALAR.-

Hueso par, en la parte más externa de la cara. Aplano de fuera adentro, de forma cuadrilátera, presenta dos caras, cuatro bordes y cuatro angulos. (9)

Las caras una es externa y otra interna. La externa convexa y lisa, sirve de punto de inserción de varios músculos. La cara interna forma parte a la vez de la fosa cigomática y de la fosa temporal. (9)

Los bordes son cuatro. El borde anterosuperior forma parte del reborde de la órbita, y da origen por dentro a una lámina ósea, la apófisis orbitaria. El borde posterosuperior sirve de límite a la fosa temporal en sus partes inferior y anterior. Presenta dos porciones, una horizontal y otra vertical: en estas últimas se encuentra la apófisis marginal. El borde anteroinferior, casi rectilíneo, se articula con el maxilar superior. El borde posteroinferior, grueso y rugoso sigue la dirección del arco cigomático. (9)

Los ángulos también son cuatro, el ángulo superior, rugoso, se articula con la apófisis orbitaria externa del frontal. El ángulo posterior, igualmente rugoso, se articula con la apófisis cigomática del temporal. El ángulo anterior y el ángulo inferior se confunden uno y otro del borde anteroinferior para articularse los dos con el maxilar superior. (9)

Su conformación interior es casi por completo de tejido compacto. Esta atravesado de parte a parte por el conducto malar, en forma de Y invertida, con un orificio de entrada en la apófisis orbitaria y dos orificios de salida, uno en la cara externa y otro en la cara interna. (9)

HUESO PROPIO DE LA NARIZ. -

Hueso par, colocado a cada lado de la línea media, entre las dos apófisis ascendentes del maxilar superior. Forma una lámina cuadrilátera con dos caras y cuatro bordes. -

(9)

Las caras son un anterior, y otra posterior la cara anterior convexa en sentido transversal y cóncava en el vertical, corresponde al músculo piramidal. La cara posterior, notablemente cóncava en el sentido transversal, forma parte de las fosas nasales. (9)

Los bordes son cuatro. Superior, inferior, externo e interno. El borde superior, muy detallado, muy dentado, se articula con el frontal. El inferior, más ancho, pero mucho más delgado, se une con los cartílagos laterales de la nariz el reborde externo se articula con la rama ascendente del maxilar superior. El borde interno relativamente grueso, se articula, primero con el del lado opuesto, luego con la espina nasal del frontal y la lámina perpendicular del estmoides. (9)

UNGUIS. -

El unguis o lagrimal es un hueso par, que se halla situado en la parte anterior de la cara interna de la fosa orbitaria. Constituye una pequeña lámina ósea, de forma -

cuadrilátera irregular, que presenta, así como el hueso propio de la nariz, dos caras y cuatro bordes. (9)

Las caras una externa y otra interna. La externa -- presenta en su parte media, una cresta vertical, la cresta del unguis, terminada en su parte inferior por una pequeña apófisis en forma de gancho. Por detrás de la cresta se ve una superficie plana; por delante, un canal longitudinal que uniéndose con el de la apófisis ascendente del maxilar superior, forma el canal lagrimal. La cara interna se articula por detrás con las masas laterales -- del etmoides, y por delante forma parte de las fosas nasales. (9)

Los bordes son cuatro, irregulares y muy delgados. -- El borde superior se articula con la apófisis orbitaria del frontal. El inferior completa en parte el conducto nasal. El borde posterior, se articula con el os planum. El anterior se une, con el canal lacrimonasal, con la -- apófisis ascendente del maxilar superior. (8)

La conformación interior esta formado de tejido compacto. (9)

HUESO PALATINO. -

Los dos huesos palatinos ocupan uno el lado derecho-

y el otro izquierdo, la parte más posterior de la cara. - Estos huesos se componen de dos partes horizontal y vertical. (5)

La porción horizontal tiene forma de una lámina cuadrilátera, algo más alargada en sentido transversal que en el anteroposterior. Hay que considerar en ella dos caras y cuatro bordes. (5)

Las caras se distinguen en superior e inferior. La superior lisa y ligeramente cóncava en sentido transversal, forma parte del suelo de las fosas nasales. La inferior algo irregular constituye la parte más posterior de la bóveda palatina. (5)

Los bordes el externo se confunde con la porción vertical del hueso, el interno se articula con su homólogo del lado opuesto, el anterior se articula con el borde posterior de la apófisis palatina del maxilar, el posterior delgado libre y cortante limita por detrás con la fosa nasal correspondiente. (5)

La porción vertical es una lámina cuadrilátera, más alta que ancha, con dos caras y dos bordes. (5)

Las caras son interna y externa. La cara interna for

ma parte de la pared externa de las fosas nasales. Encontramos dos crestas anteroposteriores. La superficie situada entre las dos crestas forma parte del meato inferior. (5)

La cara externa, plana y lisa por arriba, presenta por abajo dos superficies rugosas: una anterior para la tuberosidad del maxilar; otra posterior, para la apófisis pterigoides. Entre estas dos superficies rugosas se ve el canal vertical que, uniéndose con un canal semejante situado en la tuberosidad del maxilar, constituye un conducto completo al que se da el nombre de conducto palatino posterior. (5)

Los bordes se distinguen por: el anterior muy delgado se aplica contra la cara interna del maxilar, el posterior muy delgado también, se articula con la cara interna de la apófisis pterigoides. El borde inferior de la arista que resulta de la fusión de las dos porciones del palatino se desprende para dirigirse hacia atrás y afuera, -- una gran apófisis piramidal del palatino. Esta apófisis que en el cráneo articulado llena el espacio angular comprendido entre las dos alas de la apófisis pterigoides -- presenta, una faceta media, lisa, que forma parte de las fosas pterigoideas, una faceta interna y otra externa, -- ambas rugosas, para articularse con las dos alas precipitadas de la apófisis pterigoides. El borde superior pre-

senta una escotadura palatina profunda. Esta limitada por delante y por detrás por dos apófisis; por delante la apófisis orbitaria, por detrás la apófisis esfenoidal. La apófisis orbitaria se dirige hacia la parte posterior de la órbita, presenta 5 facetas. La apófisis esfenoidal, dirigiéndose hacia arriba y adentro, se aplica por su cara superior, contra la base de la apófisis pterigoidea, - su cara inferior forma parte de la pared externa de las fosas nasales. (5)

La conformación interior, está formado casi exclusivamente de tejido compacto; sólo la apófisis piramidal contiene tejido esponjoso. (5)

CORNETE INFERIOR.-

Hueso par, en la parte inferior de las fosas nasales. Se le considera con dos caras, dos bordes y dos extremidades. (9)

Las caras se dividen en interna y externa. La interna es convexa, mira al tabique de las fosas nasales. La externa cóncava, mira a la pared externa de las fosas nasales. Entre la cara externa y la pared antes mencionada esta el meato inferior. (9)

Los bordes son uno superior e inferior. El inferior está libre dentro de la fosa nasal. El superior se fija-

en la pared externa de dicha fosa. Presenta tres prolongaciones, a saber, la apófisis lagrimal o nasal, que completa por abajo el conducto nasal, la apófisis maxilar -- o articular, de dirección descendente, que se aplica contra la pared inferior del orificio de seno maxilar, estrechándolo, la apófisis etmoidal, situada por detrás de la anterior, que se continua con la apófisis unciforme -- del etmoides. (9)

Las extremidades una es anterior y la otra posterior. La extremidad anterior, es forma de punta, se articula -- con el maxilar superior, la posterior que termina también en punta, pero más afilada que la anterior, se articula -- con la porción vertical del palatino. (9)

Su conformación interior está formada exclusivamente de tejido compacto. (9)

V O M E R. -

Hueso impar, medio, que constituye la parte posterior del tabique de las fosas nasales. Es una lámina cuadrilateral, muy delgada, que presenta dos caras y dos bordes. (6)

Las caras es una derecha y otra izquierda son más o menos planas y tienen algunos surcos para vasos y nervios.

Los bordes son cuatro: anterior, posterior, superior e inferior. El posterior, es delgado y cortante, separa uno de otro de los dos orificios posteriores de las fosas nasales el inferior también delgado, descansa sobre la sutura y por las porciones horizontales de los palatinos. - El anterior, dirigido oblicuamente hacia adelante y abajo se une por arriba con la lámina del etmoides, y por, abajo con el cartílago del tabique. (6)

El superior presenta un canal anteroposterior, cuyos dos labios muy inclinados hacia afuera, constituyen las alas del vómer. Se articula con la cresta media que existe en la cara inferior del cuerpo del esfenoides, el canal esfenovomeriano. (6)

La conformación interior, está formado por una sola lámina de tejido compacto, que resulta de la fusión, en la línea media, de dos láminas óseas primitivas. (6)

MAXILAR INFERIOR.-

Hueso impar, simétrico, situado en la parte inferior de la cara, forma por sí solo la mandíbula inferior. Se divide en dos partes una media y 2 laterales. (9)

Cuerpo.- (Parte media), tiene forma de herradura con la concavidad dirigida hacia atrás. Tiene una cara ante-

rior, posterior, borde superior e inferior. (9)

La cara anterior presenta una línea media, la sínfisis mentoniana, que termina, en su parte inferior, con -- una pequeña eminencia piramidal llamada eminencia mentoniana, a la derecha e izquierda de la sínfisis, una línea ascendente, la línea oblicua externa; un poco encima de esta línea, a nivel del segundo premolar, el agujero mentoniano, por el cual pasan el nervio y los vasos mentonianos. (9)

La cara posterior presenta en la línea media, 4 eminencias dispuestas dos a dos, las apófisis geni las dos superiores para el genioglosos y las inferiores para los geniohioideos, una línea oblicuamente ascendente, la línea oblicua interna o milohioidea, por encima de esta línea y un poco por fuera de las apófisis geni, la fosita sublingual para la misma glándula; por debajo de esta misma línea y a nivel de los dos o tres últimos molares, la fosita submaxilar para la glándula del mismo nombre. (9)

Borde superior o alveolar está ocupado por cavidades alveolo dentarias para los dientes. (9)

Borde inferior es redondeado y obtuso, presenta en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis la fosita digástrica para este músculo. En su parte ex-

terna lugar donde comienzan las ramas, se encuentra ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasa la arteria facial. (9)

Ramas.- Son cuadrilateras, más anchas que altas, y están oblicuamente dirigidas de abajo y adelante atrás. - Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes. (9)

Las caras una es externa y la otra interna. La externa, plana, presenta líneas rugosas para el masetero. - La interna en su centro el orificio superior del conducto dentario. En el borde de este orificio, por delante y abajo del mismo, se encuentra una laminilla ósea triangular, la espina de Spix. La parte posteroinferior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente, el canal milohioideo, para el nervio y los vasos milohioideos. Toda la parte inferior de esta cara está sembrada de verrugosidades para la inserción del pterigoideo interno. (9)

Los bordes se dividen en anterior, posterior, superior e inferior. El anterior es cóncavo, formando canal. El posterior ligeramente encorvado en forma de S itálica, redondeado y obtuso, está en relación con la parótida. (9)

El superior presenta, en su parte media una gran escotadura esta escotadura sigmoidea, por la cual pasan el -

nervio y los vasos maseterinos. Por delante de esta escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo, llamada apófisis coronoides para el músculo temporal.- Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una segunda eminencia, el cóndilo del maxilar; es elipsoide, - aplando de adelante atrás, y con su eje mayor dirigido oblicuamente de afuera adentro y de adelante atrás; está sostenido por una porción más estrecha, el cuello, en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para el pterigoideo externo. El borde inferior se continúa directamente con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente en que encuentra por detrás, el borde posterior de la rama constituye el ángulo del maxilar o ángulo mandibular. (9)

La conformación interna se encuentra el conducto dentario inferior, el maxilar inferior está formado por una masa de tejido esponjoso, este conducto recorre cada una de sus mitades de adelante atrás comienza en la espina de Spix, se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar dividiéndose en dos ramas una externa que es el conducto mentoniano y la interna que es el incisivo que acaba debajo de los incisivos. (9)

HUESO HIÓIDES.-

Hueso impar, medio, simétrico, situado en la parte --

anterior del cuello. Convexo por delante, cóncavo por de trás adopta la forma de una U mayúscula. Se le considera un cuerpo y cuatro prolongaciones o astas. (9)

El cuerpo representa un segmento de elipse, con su eje mayor dirigido transversalmente. Presenta dos caras- dos bordes y dos extremidades. (9)

Las caras son una anterior y otra posterior. La posterior es muy excavada corresponde a la membrana tirohioidea, de la cual está separada por la bolsa serosa de Boyer. La anterior, muy convexa, está dividida por una cresta transversal en dos partes: una superior dirigida hacia arriba, y otra inferior, dirigida hacia adelante puesto que cada una de estas partes se encuentran subdividida a su vez en dos carillas laterales por una cresta media más o menos acentuada. En esta cara se insertan el digástrico, el estilohioideo, el milohioideo, geniohioideo y el hiogloso. (9)

Los bordes por lo general el superior es muy delgado, sirve de punto de inserción a la membrana hiogloso; el inferior también es muy delgado, corresponde a los músculos-tirohioideos. (9)

Las extremidades son dirigidas hacia afuera, sirven -

de base de implantación, a uno y otro lado, a las astas mayores y menores. (9)

Las astas se dividen en mayores y menores. (9)

Las astas mayores se dirigen horizontalmente hacia afuera atrás describiendo una curva de concavidad posterior; la cara superior, para los músculos hiogloso y constrictor medio de la faringe; la cara inferior, para la membrana tirohioidea; una base, articulada con el cuerpo; un vértice libre, más o menos abultado, para la inserción del ligamento tirohioideo lateral. (9).

Las astas menores se separan, como las precedentes, de las extremidades de hioides. Tienen la forma de dos granos de cebada dirigidos oblicuamente de abajo arriba, de dentro afuera y de adelante atrás. Presentan un cuerpo, para la inserción de los músculos; una base que corresponde a la extremidad del hioides; un vértice para el ligamento. (9)

La conformación interior está compuesto casi de tejido compacto. Únicamente se encuentra una pequeña cantidad de tejido esponjoso en las partes más gruesas del cuerpo y de las astas mayores. (9)

MUSCULOS DE LA CABEZA.-

Los músculos de la cabeza se dividen en dos grupos: músculos masticadores, músculos cutáneos de la cabeza. (9)

Músculos masticadores.-

Los músculos masticadores son cuatro: temporal, masetero y los pterigoideos externo e interno. (9)

Temporal: Aplanado, triangular o en abanico, ocupa la fosa temporal. (9)

Sus inserciones; por arriba se inserta en la línea curva temporal inferior, la fosa temporal, la aponeurosis temporal y el arco cigomático. Desde este punto sus fibras se dirigen hacia la apófisis coronoides y se insertan en su cara interna, vértice y sus dos bordes. (9)

Las relaciones se consideran en el dos caras y tres bordes. La cara interna está en relación con la fosa temporal y por debajo de ella con los dos músculos pterigoideos y el buccinador. La cara externa está en relación con la aponeurosis temporal, el arco cigomático y el masetero. El borde superior se corresponde con el ángulo de unión de la aponeurosis temporal con la pared craneal. El borde posterior ocupa un canal labrado en la base de la

apófisis cigomática el borde anterior está en relación -- con el canal alveolar. (9)

La Aponeurosis temporal se extiende desde la línea - curva temporal superior al borde superior del arco cigomá- tico. (9)

Simple en su origen, al aproximarse al arco cigomáti- co se desdobra en dos hojas, que se insertan cada una en- una de las caras del arco cigomático. Directamente en -- relación con el músculo en su parte superior, esta separa- da de él, en su parte inferior, por tejido celuloadiposo. Esta separada de la piel por una capa de tejido celular - y una prolongación lateral de la aponeurosis epicraneal.- (9)

Su inervación son tres nervios temporales profundos: anterior, medio y posterior, ramas del maxilar inferior.- (9)

Su acción es elevador del maxilar inferior y retrac- tor del cóndilo (fascículo posterior), cuando este último ha sido conducido delante por el pterigoideo externo. (9)

Masetero: Es un músculo corto, grueso, adosado a la- cara externa de la rama del maxilar inferior. (9)

Sus inserciones comprenden dos fascículos el superficial se extiende del borde inferior del arco cigomático - al ángulo de la mandíbula. El profundo se extiende desde el arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente. Estos de dos fascículos están separados entre sí por tejido conjuntivo y a veces por una bolsa serosa. (9)

Sus relaciones se consideran en él dos caras y cuatro bordes. La interna está relacionada con la rama del maxilar inferior, con la escotadura sigmoidea, con la apófisis coronoides y con el buccinador. La cara externa está cubierta por la aponeurosis maseterina y después de ésta se encuentran los músculos cutáneos de la cara, la arteria transversal de la cara, el conducto de Stenon y las ramificaciones del nervio facial. El borde superior se corresponde con el arco cigomático. El borde inferior, con el ángulo de la mandíbula. El borde anterior, con el maxilar superior, con el buccinador y con la arteria facial en su parte más inferior. El borde posterior, situado por delante de la articulación temporomaxilar, está en relación con la rama del maxilar. (9)

La aponeurosis maseterina tiene la misma forma y las mismas dimensiones que el masetero. Inserta por arriba - en el arco cigomático, por abajo en el borde inferior del maxilar y por detrás en el borde parotídeo, se fusionan - por delante con la aponeurosis buccinadora, formando así-

para el músculo masetero una especie de vaina, abierta -- únicamente a nivel de la escotadura sigmoidea. (9)

Su inervación es del nervio maseterino, rama del maxilar inferior. Su acción elevador del maxilar inferior. (9)

Pterigoideo Interno: Situado por dentro de la rama del maxilar inferior, tiene la misma disposición que el masetero. (9)

Sus inserciones; por arriba se efectúan en la fosa pterigoidea, desde este punto el músculo se dirige hacia-abajo, atrás y afuera, en busca de la cara interna del ángulo del maxilar, en donde termina enfrente de las inserciones del masetero. (9)

Sus relaciones por dentro está relacionado con la faringe en el espacio maxilofaríngeo. Por afuera, con el músculo pterigoideo externo y se aproxima paulatinamente al maxilar inferior, formando con él un ángulo diédrico, en el cual se encuentran el nervio lingual y los vasos y nervios dentarios inferiores. Su inervación viene de la rama del maxilar inferior. Su acción es elevar la mandíbula. (9)

Pterigoideo externo: Tiene la forma de un cono, cuya

base corresponde al cráneo y vértice al cóndilo. Ocupa la fosa cigomática. (9)

Sus inserciones: empiezan por dos fascículos que parten de la base del cráneo: el fascículo superior o esfenoidal se inserta en la parte del ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática; el fascículo inferior se inserta en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoideas. Desde este punto los dos fascículos se dirigen hacia atrás en busca de la articulación temporomaxilar, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del cóndilo y en el menisco articular. (9)

Sus relaciones en la cara superior está con relación a la bóveda de la fosa cigomática, siendo de notar que el nervio bucal pasa entre los dos fascículos del músculo. La cara anteroexterna está en relación con el masetero -- por la escotadura sigmoidea, con la apófisis coronoides y con la bolsa de Bichat. La cara posteroexterna está en relación con el pterigoideo interno, con los nervios lingual, dentario inferior, auriculotemporal y con la arteria maxilar interna; Ésta pasa unas veces por debajo del músculo y otras entre sus dos fascículos. (9)

Su inervación procede del temporobucal, rama del maxilar inferior. (9)

Sus acciones son la contracción simultánea de los -- dos músculos pterigoideos determina la proyección hacia -- adelante del maxilar inferior, y a la contracción aislada de uno de ellos movimientos de lateralidad o de deducción. (9)

Músculos cutáneos de la cabeza.-

Son músculos delgados que están en íntima relación -- con la piel. En el adulto se dividen en cuatro grupos: -- músculos cutáneos del cráneo, músculos del párpado, múscu -- los de la nariz, músculos de los labios. Estos dos últi -- mos músculos tienen por función producir la oclusión o la -- abertura de los orificios alrededor de los cuales se ha -- llan colocados; son, además, músculos de la mímica. (9)

Músculos cutáneos del cráneo: son occipital y el -- frontal, unidos entre sí por una aponeurosis. (9)

OCCIPITAL.- Es un músculo cuadrilátero, situado en -- la parte posterior de la cabeza. Sus inserciones están -- por arriba se insertan en la línea occipital superior y -- en la apófisis mastoidea. Desde este punto el músculo se -- dirige hacia arriba y adelante y se inserta en el borde -- posterior de la aponeurosis apicraneal. (9)

Sus relaciones, está cubierto por la piel y cubre el -- pericráneo, del cual está separado por tejido celular la-

xo. (9)

Su inervación está por la rama auricular del facial. Su acción es ser tensor de la aponeurosis epicraneal. (9)

FRONTAL.- Músculo cuadrilátero, situado en la parte anterior de la cabeza. Sus inserciones está por arriba - se inserta en el borde anterior de la aponeurosis epicraneal por un borde convexo. Desde este punto desciende -- hacia el frontal, donde se confunde con los piramidales y los orbiculares de los párpados. (9)

Sus relaciones son las mismas que en el músculo precedente. Su inervación viene de la rama tempofacial del facial. Su acción es de ser tensor de la aponeurosis epicraneal. Si la aponeurosis permanece fija, determina --- arrugas transversales en la frente (músculos de la atención). (9)

APONEUROSIS EPICRANEAL:-Es una hoja fibrosa que se extiende desde el músculo frontal al músculo occipital. - Está íntimamente adherida a la piel y se desliza sobre el pericráneo. Por detrás envla una prolongación que separa los dos músculos occipitales. Pero delante, los músculos frontales están separados únicamente en su parte superior por los lados, la aponeurosis se corre a la cara externa-

de la región temporal y se pierde insensiblemente en la piel de la región mastoidea. (9)

Músculos de los párpados.-

Hay dos músculos alrededor de los párpados: el músculo orbicular y el mismo ciliar. (9)

ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS.- Músculo de aplanado, que rodea el orificio parpebral a manera de anillo: su parte interna corresponde a los párpados; su parte externa sobre sale de los párpados y cubre la órbita. (9)

Sus inserciones en los ojos; en el ángulo del ojo interno por medio del tendón formado de dos partes: una de ellas, el tendón directo se insertan en el labio anterior del canal nasal, y la otra tendón reflejo, en el labio posterior del mismo canal. Entre las dos se encuentran el saco lagrimal. En el ángulo externo, los fascículos musculares se entrecruzan y terminan en la piel de la región. (9)

Sus relaciones: cubierto por la piel, el orbicular cubre a su vez el contorno de la órbita y por otra parte el septum orbicular y las cintillas de los tarsos de la zona parpebral. Su inervación es de la rama temporofacial del facial. Su acción es esfínter de los párpados, sirve también para la progresión de las lágrimas. (9)

Músculos de Horner.- Es un pequeño fascículo muscular que se inserta en la cara posterior del tendón reflejo del orbicular y se dirige desde este punto hacia la comisura interna de los párpados, para terminar por dos fascículos por detrás de los puntos lagrimales. Sirve para dilatarlos puntos lagrimales. (9)

SUPERCILIAR.- Es un músculo corto, extendido sobre la parte interna del arco superciliar. Sus inserciones nacen en la parte interna del arco superciliar, se dirige hacia arriba y afuera, y a nivel del agujero superorbitario termina en la piel. (9)

Sus relaciones; está cubierto por el orbicular, cubre a su vez el frontal. Su inervación está a cargo del nervio facial. Su acción es atraer hacia arriba adentro y abajo la piel de la ceja. (9)

Músculos de la nariz.-

Son cuatro.- piramidal, mirtiforme, transverso y dilata las aberturas nasales. (9)

PIRAMIDAL.- Está situado en el dorso de la nariz. -- Sus inserciones nacen en los cartílagos laterales de la nariz y el borde inferior de los huesos propios de la nariz, se dirige hacia arriba, entra en contacto con el - -

músculo frontal del que parece continuación y termina en la piel. (9)

Las relaciones de los dos músculos están yuxtapuestos y descansan directamente sobre los huesos de la nariz. Su inervación viene de los filetes nerviosos infraorbitarios del facial. Su acción atrae hacia abajo la piel de la región ciliar. (9)

TRANSVERSO DE LA NARIZ.- Músculo triangular, adosado sobre el dorso de la nariz. Sus inserciones van del dorso de la nariz, donde nace, se dirige el músculo hacia -- abajo surco de la nariz y termina en la piel y en el músculo mintiforme. Su inervación viene también de los filetes infraorbitarios del facial. Su acción es estrechar las fosas nasales, atrayendo hacia arriba los tegumentos. (5)

MIRTIFORME.- Pequeño músculo radiado, situado por debajo de las aberturas nasales. Sus inserciones son insertarse, abajo en la fosita mintiforme y de aquí se dirige arriba para terminar en el subtabique del ala de la nariz.

Sus relaciones; descansar sobre el maxilar superior y se halla cubierto por el orbicular y la mucosa gingival. Su inervación también del filete del infraorbitario del facial. Su acción es estrechar las aberturas nasales.

y hace descender el ala de la nariz. (5)

DILATADOR PROPIO DE LAS ABERTURAS NAALES.- Músculo delgado situado en la parte inferior del ala de la nariz, que se inserta en el maxilar superior y en el ala de la nariz. Está inervado como el anterior. Dilata las aberturas nasales. (5)

Músculos de la boca: Los músculos de la boca son - - once.- Uno rodea el orificio bucal, a manera de anillo - (orbicular), y los otros diez, colocados a los lados, se insertan alrededor del mismo orificio. (5)

ORBICULAR DE LOS LABIOS.- Músculo elíptico, situado alrededor del orificio bucal. Sus inserciones se dividen en semiorbicular superior y semiorbicular inferior. Sus relaciones se encuentran más aproximado a la mucosa labial que a la piel; por su cara profunda está en relación con las glándulas de los labios y las arterias coronarias. Su inervación es de los filetes bucales superiores e inferiores del facial. Su acción es la contracción de la zonas periféricas del orbicular frunce los labios y -- los proyecta hacia adelante; la de las zonas marginales -- frunce los labios y los proyecta hacia atrás. (9)

BUCCINADOR.- Músculo plano, situado por detrás del orbicular y por delante del masetero. (9)

Sus inserciones están por detrás se inserta en el -- borde alveolar de los maxilares superior e inferior, y entre los dos en el ligamento pterigomaxilar y aponeurosis-buccinatófaringea, y por delante termina, a nivel de las-comisuras, en la cara profunda de la mucosa bucal. Sus relaciones están por detrás con el constrictor superior de la faringe, del cual está separado por la aponeurosis-buccinatófaringea. Por delante se relaciona con el orbicular de los labios, la cara interna esta con la mucosa bucal. La cara externa con la posterior de la rama ascendente del maxilar, con el músculo masetero, con el conducto de Stenon, con las glándulas molares, el nervio bucal, la arteria facial y las ramas del facial. Está separado de estos órganos por la aponeurosis buccinatrix. (9)

Su inervación es de los filetes bucales superiores e inferiores del facial. Su acción es de aumentar el diámetro transversal de los labios tirando la comisura hacia atrás hace salir a presión el aire contenido en la cavidad bucal. (9)

ELEVADOR COMUN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR.- Músculo delgado, verticalmente extendido desde el ángulo interno del ojo al labio superior. Sus inserciones son por arriba en la apófisis ascendente del maxilar superior, por abajo en el ala de la nariz y en el labio superior.

Su inervación viene de los filetes infraorbitarios del facial. Sus relaciones son que está cubierto por la piel, cibre a su algunos músculos cutáneos. (9)

ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR.- Pequeño músculo en forma de cinta, situado por fuera y debajo del precedente. Sus inserciones son por arriba con el maxilar superior cerca del reborde de la órbita, y por abajo en el labio superior. Sus relaciones se situa entre el músculo precedente y el cigomático menor. Cubre el canino y el orbicular de los labios. Su inervación viene de los filetes infraorbitarios del facial. Su acción levanta -- hacia arriba el labio superior. (9)

CANINO.- Músculo aplanado, cuadrilatero, que ocupa la fosa canina. Sus inserciones por arriba en la fosa -- canina y por abajo en la piel cerca de la comisura. Sus relaciones es que esta cubierto por el músculo precedente. Su inervación viene también de los filetes infraorbitarios del facial. Su acción atraer hacia arriba la comisura. (9)

CIGOMATICO MENOR.- Músculo prolongado que se extiende desde el pomulo a la comisura. Es superficial, únicamente cubierto por la piel. Inervado también por los filetes nerviosos del infraorbitario del facial. Su acción

es atraer hacia arriba y afuera la comisura de los labios.

(9)

CIGOMÁTICO MAYOR. - Músculo acinado que va desde el pómulo a la comisura, por fuera del precente. Cruza el masetero de la vena facial. Inervado también como el menor. Atrae hacia arriba y afuera la comisura de los labios. (9)

RISORIO DE SANTORINI. - Es un músculo triangular, situado a cada lado de la cara. Sus inserciones por atrás en el tejido celular de la región parotídea, y por delante en la comisura. Sus relaciones como es un músculo superficial cubierto por la piel, que descansa sobre la parótida, el masetero y el buccinador. Sus inervaciones -- viene de los filetes bucales inferiores del facial. Su acción es muy importante es el músculo de la sonrisa (risorius). (9)

TRIANGULAR DE LOS LABIOS. - Músculo ancho y delgado, que va del maxilar inferior a la comisura. Sus inserciones esta por abajo en el tercio medio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior, por arriba en la comisura, en donde se entremezcla con los fascículos de los músculos canino y cigomático. Sus relaciones son superficiales pues esta cubierto el músculo por la piel y a su vez cubre el buccinador y el orbicular. Su inervación --

viene de los filetes mentonianos del facial. Su acción es bajar la comisura (antagonista de los cigomáticos). (9)

CUADRADO DEL MENTÓN.- Músculo cuadrilátero, aplanado, que va desde el tercio interno de la línea oblicua externa a la comisura de los labios. Inervado como el anterior. Su acción es bajar la comisura. (9)

MUSCULO BORLA DEL MENTON A LA BARBA.- Son dos músculos conoides, derecho e izquierdo, comprendidos en el intervalo triangular que dejan los dos músculos precedentes se extienden desde el maxilar inferior a la piel del mentón. Descansan sobre el hueso son superficiales; entre ellos existen algunas veces una depresión media, la fosita del mentón. Inervados como el precedente. Aplican la eminencia mentoniana contra la sínfisis. (9)

MUSCULOS DEL CUELLO.-

Los músculos del cuello propiamente dichos están distribuidos en 3 regiones: región lateral, región del hueso hioides, región pervertebral, y se anexa a la aponeurosis cervical.

REGION LATERAL DEL CUELLO.-

Comprende 5 músculos: 2 superficiales cutáneo y esternocleidomastoideo, 3 profundos escaleno anterior, escaleno posterior y recto lateral de la cabeza. (9)

Cutáneo del cuello.- Músculo ancho y delgado, situado en la parte lateral del cuello, por debajo de la aponeurosis superficial. Sus inserciones están por abajo en el tejido celular subcutáneo de la región subclavicular, por arriba en el borde inferior del maxilar; en la línea media los dos músculos se entre cruzan, y por lo demás se mezclan con los fascículos de los músculos cutáneos de la cara. (9)

Sus relaciones por la cara superficial es subcutánea la cara profunda cubre todos los músculos profundos del cuello. El borde posterior oblicuo hacia abajo y atrás está en relación por arriba con el risorio. El borde anterior forma con el lado opuesto un vasto triángulo, cuyo

vértice corresponde a la sínfisis mentoniana y la base al tórax. Su inervación viene de la rama cervicofacial del facial. Su acción es atraer hacia abajo la piel del mentón y el labio inferior (expresión de las pasiones tristes). (9)

Esternocleidomastoideo.- Músculo grueso, que va oblicuamente de la parte superior del tórax a la apófisis mastoideas.

Sus inserciones son de dos porciones el fascículo esternal y el fascículo clavicular. El fascículo esternal se desprende de la cara anterior del manubrio por un fuerte tendón; ensanchándose sucesivamente, se dirige hacia arriba y atrás, hasta la cara externa de la apófisis mastoideas y la línea curva occipital superior. (9)

El fascículo clavicular se inserta en el cuarto interno de la clavícula; desde este punto se dirige casi verticalmente hacia arriba y va a insertarse en el borde anterior de la apófisis mastoideas y la línea curva occipital superior. Estos dos fascículos, distintos en su origen, se confunden más o menos en su terminación. También admítan algunos que el músculo esternocleidomastoideo es formado de cuatro fascículos, cuya denominación indica el trayecto y las inserciones. Sus relaciones en la cara externa es superficial cubierta por el cutáneo, la vena yugular externa y ramas del plexo cervical superficial. -

La cara interna cubre por abajo la articulación esterno-clavicular. (9)

En su trayecto hasta la apofisis mastoideas está en relación con el paquete vasculonervioso del cuello, el vaso está primeramente colocado en el triángulo que forman en su parte inferior, los dos fascículos del músculo; luego siendo el músculo oblicuo hacia arriba y atrás y siendo por otra parte casi vertical la arteria, resulta que ésta última se aproxima cada vez más al borde superior -- del cartílago tiroides. El borde anterior está en relación por arriba con la parótida y el ángulo maxilar, y -- por abajo limita por fuera las regiones supra e ínfra -- hioideas .

El borde posterior constituye, con el borde anterior del trapecio, el límite del triángulo supraclavicular. A nivel de este borde se desprenden las 5 ramas del plexo -- cervical superficial. Su inervación viene de la rama es -- pinal y plexo cervical. Su acción es de que tomando un -- punto fijo en su inserción inferior, el estenomastoideo -- dobla la cabeza sobre la columna vertebral, la inclina -- hacia sí y le imprime al propio tiempo un movimiento de -- rotación hacia el lado opuesto. (9)

Escalenos,- Músculos triangulares, situados profun -- damente a cada lado del cuello y son 3. Sus inserciones-

del escaleno anterior está por arriba se inserta en los tubérculos anteriores de las 3 a, 4a, 5a, 6a, vértebras cervicales; por abajo por un tendón único, en el tubérculo de Lisfranc de la primera costilla. (9)

El escaleno medio arriba en los tubérculos anteriores de las 6 últimas cervicales abajo en las dos primeras costillas. El escaleno posterior por arriba se inserta en los tubérculos posteriores de las apofisis transversas de las siete vertebras cervicales, y por abajo en la primera y segunda costillas. Sus relaciones del escaleno anterior por delante con la vena subclavia, la clavícula y el subclavio, el esternomastoideo, el omohioideo y el nervio ixénico. El escaleno medio corresponde por detrás al escaleno posterior. Entre él y el escaleno anterior existe un espacio triangular de base inferior por donde pasan la arteria subclavia y las ramas del plexo braquial. (9)

El escaleno posterior está separado del escaleno medio por un intersticio por el que pasa el nervio del serrato mayor; por detrás corresponde a los músculos de la nuca. (9)

Su inervación es de las ramas anteriores del tercero cuarto, quinto y sexto nervios cervicales (escaleno anterior) ramas posteriores de los nervios cervicales (escale

no post.). (9)

Su acción son elevadores de las costillas, si toman por punto fijo la columna cervical. Inclinan o mantienen fija la columna cervical (contracción aislada y simultánea), si toman por punto fijo las costillas. (9)

Recto lateral de la cabeza.- Fascículo carnoso, cilíndrico, más bien que aplanado, situado a cada lado del atlas y el axis. Sus inserciones son el apófisis, transversa del atlas y en la apófisis yugular del occipital -- (primer intertransverso). (9)

Sus relaciones está por delante con la yugular externa; por atrás con la arteria vertebral. Su inervación es de la rama anterior del primer par cervical. Su acción - coadyuvante de los escalenos. (9)

REGION DEL HUESO HIOIDES.-

Comprende 8 músculos, divididos en dos grupos que -- son infrahioideos y suprahioideos. (9)

Músculos infrahioideos.- Son cuatro esternocleidohioideo, omohioideo, esternotiroideo y tirohioideo. (9)

ESTERNOCLEIDOHIOIDEO.- Músculo en forma de cinta que va de la extremidad superior del torax al hueso hioides.-

Sus inserciones están por abajo en la extremidad interna de la clavícula y el esternón, y por arriba en el borde inferior del hioides. Sus relaciones los dos están en contacto por su extremidad superior, en la línea media, en su parte inferior se separan formando un triángulo de base inferior. En sus orígenes está cubierto por el esternomastoideo, y el a su vez cubre el tirohioideo y el esternotiroideo. Su inervación viene del asa del tirogloso. Su acción bajar el hioides. (9)

OMOHIODEO.- Músculo digástrico, que va del hueso hioides al omóplato. Sus inserciones está por detrás, en el borde superior del omóplato, por dentro de la escotadura coracoidea; por delante en la parte externa del cuerpo del hioides. Describe una curva de concavidad dirigida hacia arriba y afuera en el punto medio de su trayecto -- presenta una parte tendinosa (tendón intermedio) que lo divide en dos vientres (digástrico). (9)

Sus relaciones en su origen con el músculo supras espinosos; primeramente subierto por el trapecio, sale de este músculo, atraviesa la región supraclavicular por debajo de la piel del cutáneo y de la aponeurosis, pasa por debajo del esternomastoideo, cruza por delante del paquete vasculonervioso del cuello, atraviesa la región infrahioidea, y por último, llega hasta el hueso hioides, donde termina al lado del estenocleidihioideo. Su inerva-

ción también viene del asa del hipogloso. Su acción es bajar el hueso hioides, inclinándolo hacia atrás. (9)

ESTERNOTIOIDEO.- Músculo ancho y acintado, situado debajo del esternocleidohioideo. Sus inserciones están por abajo en la cara posterior del esternón y del primer cartílago costal por arriba en los tubérculos de la cara externa del cartílago tiroides. Sus relaciones está cubierto por el esternocleidohioideo, cubre a su vez la tráquea, el cuerpo tiroides la carótida primitiva y la yugular interna. Su inervación también es de la asa del hipogloso. Su acción es bajar la laringe y el hioides. (9)

TIROIHIOIDEO.- Es un músculo corto, situado debajo del esternocleidohioideo, que va de los tubérculos tiroideos al borde inferior del hioides. Parece prolongación del esternotiroideo. Está inervado por un ramo del hipogloso. Su acción es bajar el hioides. (9)

Músculos suprahioides.- Son cuatro digástrico, estílohioides, milohioideo, genihioideo. (9)

DIGASTRICO.- Forma un arco largo de concavidad hacia arriba que va de la base del cráneo a la parte media del maxilar inferior. Sus inserciones constan de dos porciones: la posterior se inserta en la parte interna de la apófisis mastoides; desde este punto se dirige hacia aba-

jo y adelante, forma un tendón que alcanza al músculo estilohioideo en su inserción sobre el hioides, lo atravieza y llega así a la parte superior del hioides. (9)

La parte anterior de nuevo este tendón da origen a un cuerpo muscular, que se dirige hacia arriba y adelante y va a insertarse en la fosita digástrica al salir del ojal del estilohioideo, los dos tendones intermedarios del músculo digástrico están unidos por una aponeurosis transversal u oblicua formada de fibras que se entre cruzan en la línea media: la aponeurosis interdigástrica.

Sus relaciones la parte posterior está cubierta en su cara externa, por los músculos que se desprenden de la aponeurosis mastoide descubre por su cara interna, los músculos estilohioideos, el paquete vasculonervioso del cuello, la arteria lingual y la arteria facial. También están en relación, por arriba con la parótida, y por abajo con la submaxilar. En la parte anterior es superficial; forma con el del lado opuesto un triángulo de base inferior, ocupado por los dos milohioideos. El tendón intermedio comprende en su cavidad la glándula submaxilar y forma con el hipogloso mayor un pequeño triángulo que da paso a la arteria lingual. Su innervación del vientre posterior por el facial y el glossofaríngeo en el vientre anterior por maxilar inferior. Su acción el vientre anterior fijándose en-

el hueso hioides, bajo el maxilar; fijándose en el maxilar eleva el hioides. El vientre posterior arrastra al hioides hacia atrás. (9)

ESTILOHIÓIDEO.- Es un músculo delgado, prolongado y fusiforme. Sus inserciones están por arriba en la parte externa de la apófisis estiloides, por abajo en la cara anterior del cuerpo del hioides. Sus relaciones acompañar al vientre posterior del digástrico, por delante del cual está colocado; se divide, cerca de su inserción, en dos fascículos para dar paso al tendón intermedio de este último músculo. Su inervación es del facial. Su acción elevar el hioides. (5)

MILOHIÓIDEO.- Es un músculo aplanado, delgado, cuadrilátero, que forma el suelo de la boca. Sus inserciones -- están por arriba se inserta en la línea oblicua interna -- del maxilar inferior, por abajo en el hioides y en la línea blanca suprahióidea. Sus relaciones por su cara superficial está cubierta por el cutáneo del cuello y el vientre anterior del digástrico. Su cara profunda hállase en relación con el genihióideo, con los músculos de la lengua, con la glándula sublingual, con el conducto de Wharton y con los nervios lingual e hipóglaso mayor. Su inervación es del maxilar inferior. Su acción es elevar el hueso hioides y la lengua. (6)

GENIHIÓIDEO.- Es un músculo cilindroide, situado por encima del precedente. Sus inserciones por una parte en la apófisis geni inferiores del maxilar inferior y por otra parte en la cara anterior del hioides. Sus relaciones los dos músculos están cubiertos y en contacto en la línea media y hallándose inferiormente por el milohióideo. Su cara superior está en relación con la mucosa sublingual y con la glándula sublingual. Su inervación es del hipogloso. Su acción es depresor del maxilar inferior y eleva el hioides. (6)

REGION VERTEBRAL.-

Comprende 3 músculos a cada lado, que están aplicados contra la columna vertebral; llamándose RECTO ANTERIOR MAYOR DE LA CABEZA, RECTO ANTERIOR MENOR DE LA CABEZA y LARGO DE CUELLO. (6)

RECTO ANTERIOR MAYOR DE LA CABEZA.- Músculo aplanado y triangular que va del occipital a las apófisis transversas de la columna cervical. Sus inserciones están; por arriba, en la cara inferior de la apófisis basilar, por delante del agujero occipital. Por abajo en los tubérculos anteriores de la 3a, 4a, 5a, 6a, vertebrales cervicales. Sus relaciones son que está cubierto por la aponeurosis prevertebral y cubre a su vez los demás músculos prevertebrales. La inervación está dada por el plexo cervical --

profundo. Su acción es de flexionar la cabeza, si los -- músculos se contraen; rotación hacia el lado correspon- - diente, si la contracción es unilateral.

RECTO ANTERIOR MENOR DE LA CABEZA.- Músculo cuadrilátero, situado por detrás del precedente, que va de la apófisis basilar a la cara anterior de las masas laterales del atlas. Descansa sobre la articulación atloidooccipital. Está inervado por el primer nervio cervical y flexiona la cabeza sobre la columna cervical. (5)

LARGO DE CUELLO.- Es un músculo prolongado y a menudo muy delgado que va del atlas a la 3a vertebra dorsal.- Sus inserciones consta de 3 porciones: 1a.- porción oblicua descendente que va del tubérculo anterior del atlas a los tubérculos anteriores de la apófisis transversas de las 3a, 4a, 5a, y 6a, vertebrae cervicales: 2a.- porción oblicua ascendente, que va de los cuerpos de la vertebrae dorsales 2a, 3a, a los tubérculos anteriores de las 4a, - 5a, 6a, vertebrae cervicales: 3a.- porción longitudinal, - situada por dentro de las otras dos, que se inserta sucesivamente en las 3 primeras vertebrae dorsales, las 3 últimas vertebrae cervicales a la cresta del axis y el tubérculo anterior del atlas, (5)

Sus relaciones es cubrir directamente la columna ver

tebral y está situado debajo y por dentro de los demás músculos prevertebrales. Su inervación está dada por los cuatro primeros cervicales. Su acción es flexionar de la columna cervical. (6)

APONEUROSIS DE CUELLO.-

La aponeurosis del cuello son tres: Aponeurosis superficial Media, y Profunda. (9)

APONEUROSIS CERVICAL SUPERFICIAL.- Esta aponeurosis - está situada por debajo de la piel y rodea a manera de manguito la región cervical. Parte de la línea media y se -- desdobra sucesivamente a nivel de los músculos esternomastoideo y trapecio, y termina en las apófisis espinosas de las vertebras cervicales. Se estudian en ella dos superficies y dos circunferencias. (9)

a) Superficie exterior.- Está separada de la piel por el cutáneo, los nervios subcutáneos y las venas superficiales. (9)

b) Superficie interior.- Está en relación con los órganos profundos y envía tres prolongaciones:

1a.- Prolongación lateral: que termina en las apófisis transversas de las vertebras cervicales, envolviendo los escalenos, y divide la región cer-

vical en dos partes: región de la nuca y región del cuello propiamente dicha.

2.- Prolongación submaxilar: con dos hojas que parten del hioides y se insertan, una en el borde inferior del maxilar inferior y la otra en la línea oblicua interna del maxilar, formando un compartimiento primático triangular que contiene la glándula submaxilar. (9)

3.- Prolongación parotídea: formada de dos hojas que se separan en el momento en que la aponeurosis abandona el esternomastoideo para dirigirse al masetero: una se extiende a manera de puente entre los dos músculos, y la otra rodea la cara profunda de la parótida pasando junto a la farínge. Estos dos compartimientos, submaxilar y parotídeo, están separados por un tabique fibroso que va del borde anterior del esternomastoideo al ángulo del maxilar. (9)

c) Circunferencia superior.- Se inserta sucesivamente: --
1.- en el borde inferior del maxilar: 2.- en la aponeurosis maseterina: 3.- en el tubérculo cigomático: 4.- en la apófisis mastoideas y en la línea curva superior del occipital. (6)

d) Circunferencia inferior.- Se inserta en el esternón, -

la clavícula, el acromion, el borde posterior de la espina del omóplato y va a confundirse con la aponeurosis del dorsal ancho. Es de notar que, a nivel de la horquilla - del esternon, la aponeurosis cervical superficial se dobla en hoja anterior y hoja posterior y forma entre las dos hojas un espacio de sección triangular, el hueco supraesternal, que contiene grasa, las dos yugulares anteriores y ganglios linfáticos. (6)

APONEUROSIS CERVICAL MEDIA O TORACOHIOIDEA.- Se extiende por debajo de la precedente en el espacio comprendido entre los dos omóhioideos lateralmente, entre el hioides por arriba y el esternón y el omóplato por abajo. De forma triangular, con la base inferior presenta dos caras y tres bordes. (5)

- a) Cara anterior.- corresponde a la aponeurosis superficial.
- b) Cara posterior.- Está en relación con los órganos profundos y les envía vainas (laringe, tráquea, esófago, paquete vasculonervioso del cuello).
- c) Bordes laterales.- Está en relación con los omóhioideos comprendidos en un desdoblamiento de la aponeurosis. (5)
- d) Borde inferior.- En la línea media se fija en el borde posterior de la horquilla -

esternal, enviando una expansión - sobre el tronco venoso braquicefálico izquierdo. A nivel de la clavícula se inserta en el borde posterior de este hueso enviando expansiones aponeurótica a los vasos subclavios. (5)

APONEUROSIS CERVICAL PROFUNDA.- Está situada delante de los músculos prevertebrales, detrás del paquete vasculonervioso del cuello. de los órganos viscerales. Se inserta, por arriba, en la apófisis basilar del occipital lateralmente, en la apófisis transversas de las vértebras cervicales; se confunde, por debajo, con el tejido celular del mediastino posterior. (6)

ESPACIOS INTERAPONEURÓTICOS DEL CUELLO.- Las aponeurosis del cuello circunscriben por delante de la columna vertebral, cuatro compartimientos: 1.- COMPARTIMIENTO SUBCUTANEO, comprendido entre la piel y al aponeurosis superficial; contiene el cutáneo, las venas y los nervios superficiales; 2.- SEGUNDO COMPARTIMIENTO, comprendido entre las dos aponeurosis media y superficial; contiene los músculos hioideos y la vena anterior; 3.- TERCER COMPARTIMIENTO, comprendido entre las dos aponeurosis profunda y media; aloja el paquete vasculonervioso y las vísceras cervicales; 4.- CUARTO COMPARTIMIENTO, comprendido por de

trás de la aponeurosis prevertebral; contiene los músculos prevertebrales. (5)

CAPITULO II

" ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES BRANQUIAL,
TIROGLOSO Y DERMOIDE. "

CAPITULO II

" ETIOLOGIA Y DIAGNÓSTICO DE LOS QUISTES BRANQUIAL, TIROGLOSO Y DERMOIDE. "
EMBRIOLOGIA. -

Para la realización de esta tesis es necesario tratar un poco de embriología ya estos quistes Tirogloso, -- Dermoide y Branquial se empiezan a desarrollar en la etapa prenatal o embrionaria en la fusión de los arcos branquiales. (2)

El desarrollo normal de un embrión que en su extremo cefálico, el intestino faríngeo o faringe está en contacto con el ectodermo del suelo del estomodeo, y la membrana de endodermo y ectodermo formada de esta manera se llama membrana bucofaringea. Durante la cuarta semana esta membrana se rompe y de esta manera establece conexión abierta entre el estomodeo o cavidad bucal primitiva y el intestino anterior. En esta etapa, el aparato digestivo está en comunicación amniótica y el líquido amniótico puede entrar en el intestino anterior. (2)

Durante la cuarta y quinta semana se desarrolla, la faringe origina ciertas evaginaciones, las bolsas faríngeas. Aparecen a lo largo de las paredes laterales y poco a poco se, introducen en el mesénquima adyacente. Para el final de la quinta semana, la desembocadura de las bolsas faríngeas de la faringe tiene el aspecto de surcos

que simultáneamente con la formación de las bolsas, se -- advierten cuatro surcos en la superficie del embrión; reciben en nombre de hendiduras branquiales y se introducen en mesenquima subyacente; aunque la hendidura se acercan -- mucho a las bolsas faríngeas, no comunican entre si. (2)

Al formarse las hendiduras actodérmicas y las evaginaciones endodérmicas, el tejido mesodérmico que rodea al intestino faríngeo es desplazado y aparecen algunas ba -- rras mesodérmicas, los arcos branquiales o faríngeos a ca -- da lado de la región del futuro cuello. En los vertebrados inferiores puede haber cinco arcos branquiales o más; el embrión humano posee cinco y el más caudal es poco -- preciso. (2)

Las bolsas faríngeas a menudo se llaman bolsas branquiales, por analogía con los con los vertebrados inferiores. Dado que el embrión humano nunca posee agallas o -- branquiales, que aquí en este texto adaptaremos el nombre de bolsas faríngeas; consideramos que lo mismo debiera ha -- cerse en cuanto a los arcos branquiales, cuyo nombre más -- lógico sería arcos faríngeos. (2)

Arcos branquiales. -

Los arcos branquiales, separados por hendiduras profundas, contribuyen en gran medida a dar aspecto caracte --

rístico al embrión de cuatro a cinco semanas. Al continuar el desarrollo el mesodermo de cada arco forma sus componentes:

a) cartilaginoso, b) musculares, c) vasculares y d) nerviosos. (2)

Primer Arco Branquial.-

El cartilago del primer arco branquial o arco mandibular consiste en una porción dorsal y pequeña, llamada proceso maxilar, que se extiende hacia adelante debajo de la región correspondiente al ojo, y una porción ventral, el proceso mandibular o cartilago de Meckel. Al continuar el desarrollo, el proceso maxilar y el cartilago de Meckel experimentan regresión y desaparecen, excepto por dos pequeñas porciones en los extremos distales que persisten y forman respectivamente, el yunque y el martillo. El maxilar inferior se forma secundariamente por osificación intramembranosa del tejido mesodérmico que rodea el cartilago de Meckel; una parte del cartilago de Meckel experimenta transformación fibrosa y origina el ligamento esfenomaxilar y el ligamento anterior del martillo. (2)

Segundo Arco Branquial.-

El cartilago del segundo arco branquial o arco hioideo cartilago de Reichert. Origina las siguientes estruc

turas estribo, apófisis estiloides del hueso temporal, ligamento, estilohioideo, y en su parte ventral, asta menor y porción superior del cuerpo del hioide. (2)

Los músculos del arco hioideo; estilohioideo, del estribo, vientre posterior del digástrico, auriculares y -- músculos de la expresión facial con inervados por el facial, componente nervioso del segundo arco. (2)

Tercer Arco Branquial.-

El cartílago de este arco origina la porción inferior del cuerpo y el asta mayor del hioides. (2)

La musculatura se circunscribe al músculo estilofaríngeo, y posiblemente los constrictores faríngeos superiores son el componente nervioso del arco. (2)

Cuarto y Sexto Arcos Branquiales.-

Los componentes cartilagosos de estos arcos se fusionan y forman los cartílagos tiroides, cricoides, aritenoides, de Santoini o corniculados y de Wrisberg o cuneiformes de la laringe. (2)

Los músculos del cuarto arco branquial reciben el -- nervio laríngeo superior, rama del vago, componente nervioso del cuarto arco branquial. Sin embargo, los múscu-

lo intrínseco de la laringe reciben el nervio laringeo recurrente, rama del vago, el que corresponde al sexto arco. (2)

Glándula Tioides.-

La glándula tioides aparece en la cuarta semana de desarrollo en forma de proliferación epitelial del suelo del intestino faríngeo, entre el tubérculo impar y cúpula sitio que ulteriormente corresponde al agujero ciego. Al avanzar el desarrollo, el primordio tiroideo atraviesa el mesodermo subyacente y desciende por delante del intestino faríngeo como divertículo bilobulado. Durante la migración, la glándula sigue unida al suelo del intestino faríngeo por virtud de un conducto de pequeño calibre, el conducto tirogloso, que ulteriormente se torna macizo y desaparece. (2)

El tiorides empieza a funcionar aproximadamente al final del tercer mes, etapa en la cual puede observarse los primeros folículos llenos de coloide.

MALFORMACIONES CONGENITAS.-

En la sexta semana de vida intrauterina, el segundo arco branquial crece caudalmente sobre el tercero y el cuarto, y se fusiona con el relieve epicardiaco en la porción inferior del cuello. (10)

De esta manera, las hendiduras branquiales segunda, tercera y cuarta son cubiertas por el segundo arco branquial. Cuando no ocurre este fenómeno, los restos de las hendiduras branquiales, que reciben el nombre de seno cervical, quedan en comunicación con la superficie por un conducto estrecho, llamado fístula branquial. Se presenta en la porción lateral del cuello inmediatamente por delante del músculo esternocleidomastoideo, suele drenar un quiste cervical lateral. Estos quistes son restos del seno cervical y por lo general regularmente están situados inmediatamente por abajo del ángulo del maxilar inferior. Sin embargo, puede aparecer en cualquier sitio a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. (10)

A menudo no se advierte al nacer el quiste cervical-lateral y solo descubre al aumentar de volumen en edad ulterior. Estos quistes con frecuencia poseen cristales de colesterol además hay tendencia a convertirse en carcinoma epidermoide.

Una anomalía poco frecuente es la fístula branquial-interna. El seno cervical comunica con la faringe por conducto de pequeño calibre que suele desembocar en la región amigdalina. La fístula parece rotura de la membrana que separa la segunda hendidura branquial y la segunda bolsa faríngea en algún momento del desarrollo. (10)

En ocasiones, la fístula branquial se confunde con la fístula preauricular la cual se aprecia por delante -- del oído y probablemente no guarde relación con las fístulas branquiales. Se considera que resulta de desaparición incompleta de uno de los surcos entre los tubérculos auriculares. (10)

Quiste y fístula tiroglosos.-

El quiste tirogloso puede presentarse en cualquier sitio del trayecto de emigración de la glándula tiroides, pero siempre está en la línea media o cerca de ella. Como su nombre indica, es un resto quístico del conducto tirogloso, que en el embrión conecta la glándula tiroides con el suelo de la faringe. (10)

"ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES DERMOIDE, BRANQUIAL Y TIROGLOSO.

Se denomina malformaciones congénitas a las anormalidades que resultan de trastornos en el desarrollo y crecimiento previos al nacimiento. (11)

Pueden ser evidente en el momento del nacimiento o manifestarse clínicamente mucho más tarde, sin embargo, el defecto o su semilla existen siempre al nacer. (11)

En el momento de la concepción, un feto puede recibir un carácter hereditario defectuoso de uno de sus padres o de ambos; o si fue concebido normalmente y posee un potencial genético anormal, puede adquirir un defecto durante el desarrollo intrauterino. (11)

Por esa razón, las malformaciones congénitas son de índole hereditaria o se adquieren in utero. Las malformaciones hereditarias son del resultado de una mutación-recesiva o dominante y se trasmite por las celulas germinales. (11)

Las malformaciones congénitas adquiridas son la consecuencia de algún daño experimentado en el útero. (11)

- Los quistes:
- a) Dermoide.
 - b) Branquial.
 - c) Tirogloso.

pertenecen a malformaciones congénitas de tejidos blandos, que son los tratados en este capítulo.

Estos quistes son originados por epitelio atrapado durante el desarrollo fetal o por los remanentes epiteliales de estructuras embrionarias. (11)

La odontología tiene mucho que aportar como ayuda para determinar los verdaderos factores etiológicos de estos trastornos en desarrollo y crecimiento de los tejidos blandos. (11)

QUISTE DERMOIDE.-

El quiste dermoide es una variedad distinta del quiste de desarrollo, puesto que se origina de células epiteliales atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fusión de los tejidos blandos en el curso de la vida fetal. (3)

Como tales materiales así atrapados pueden incluir células de otras capas germinativas y también epitelio, y como los componentes no epiteliales pueden participar también en el proceso de crecimiento, el quiste dermoide contiene invariablemente tejidos y estructuras de origen no epitelial. (3)

Los quistes dermoides pueden existir en diversos --

puntos tales como paladar, el ángulo de la mandíbula, -- las glándulas salivales, así como también en los testículos y ovarios. (8)

Sin embargo, en la boca o alrededor de ella su localización más frecuente es la línea media del suelo de la boca. (8)

Este quiste es una forma de teratoma quístico de rivado, principalmente, del epitelio germinal embrionario -- pero en algunos casos también contiene de otras capas -- germinativas. (8)

Se supone que estos quistes derivan del enclavamiento de restos epiteliales en la línea media durante el -- cierre de los arcos branquiales hioideo y mandibular. (8)

El cuadro clínico de un quiste dermoide en esta región (en línea media y piso de boca) depende de la profundidad en que se halle. Cuando esta por encima de los músculos geniohioideos, el quiste es de tamaño variable (de 2 cm. o más de diámetro), de superficie redonda y lisa, como una masa o abultamiento bien delineado de color rosado y situado en la línea media del suelo de la boca. (8)

La palpación revela en general que la masa es de -- consistencia semifirme, pero esta consistencia depende -

a menudo del contenido variable del quiste. La lesión alcanza con frecuencia suficiente tamaño para desplazar la lengua e interferir con las funciones bucales como fonación y alimentación. (11)

Si el quiste esta a mayor profundidad entre los músculos geniohioideo y milohioideo, es común que abulte la zona submentoniana. El quiste común se percibe como masilloso a la palpación, pero puede ser fluctuante, según el contenido. (11)

A veces, el quiste dermoide se infecta secundariamente, en cuyo caso los signos clínicos habituales de infección ocupan el primer plano y existe a veces un conducto fístuloso que se abre en la boca o la piel. (11)

Hay una cantidad de lesiones que tienen gran parecido clínico con el quiste dermoide: Estos son los siguientes:

- 1) Ranula
- 2) Obstrucción uni o bilateral del conducto de Wharton.
- 3) Quiste del conducto tirogloso
- 4) Hígroma quístico.
- 5) Quiste de la hendidura branquial
- 6) Infección aguda o celulitis del piso de la boca.
- 7) Infección de las glándulas submaxilar y sublin-

gual.

- 8) Tumores benignos y malignos del piso de boca.
- 9) Masas adiposas normales en la zona submentoniana.

(11)

El tratamiento es invariablemente quirúrgico. (11) - El examen histológico de la muestra obtenida revela en general un revestimiento epitelial escamoso estratificado, debajo del cual hay una pared gruesa de tejido conjuntivo fibroso.

Posee particularmente importancia diagnóstica la presencia de apéndices cutáneos en la pared del quiste, tales como glándulas sebáceas o sudoríparas, y hasta folliculos pilosos. La cavidad del quiste contiene a menudo material sebáceo y queratina. (11)

Un quiste parecido a este es el quiste Epidermoide - también es un quiste de desarrollo que también se forma a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal.

Su localización, patogenia y aspecto clínico es muy semejante al quiste dermoide excepto en que cuando el epidermoide es más superficial carece de carácter pastoso en comparación con el dermoide. (11)

Histológicamente el quiste epidermoide se diferencia del dermoide porque en su revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado y una pared de tejido fibroso faltan los anexos cutáneos (glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas) que es lo que le diferencia del quiste dermoide. (11)

QUISTE BRANQUIAL.-

El quiste de la hendidura branquial es un raro quiste de desarrollo existente en la región lateral de la parte superior del cuello. (10)

Se cree que procede de remanentes epiteliales de los arcos embrionarios branquiales, investigaciones más recientes indican que estos quistes se originan de epitelios atrapados en los ganglios linfáticos de la región del arco branquial, y por ello, el término de "quiste linfoepitelial" con que actualmente se le designa. (10)

Las manifestaciones clínicas son las de una masa remanente, de crecimiento lento, no doloroso en la región superior del cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo. (10)

La masa varía de tamaño, según su tiempo de evolución y la existencia o no de infección secundaria, pero -

generalmente es blanda y fluctuante a la palpación su superficie es lisa, de bordes curvados bien limitados y esta recubierta generalmente de una piel no adherente de aspecto normal. (10)

Su incidencia es más frecuente en los niños y en los adolescentes. Aunque se localiza generalmente debajo de la cortical inferior de la mandíbula y por delante del esternocleidomastoideo, se ha encontrado en otras regiones como puede ser el ángulo de la mandíbula y la región parotidea y la zona periauricular. (10)

Su aspecto histológico es el de un quiste recubierto por epitelio escamoso, pero es muy importante la presencia de tejido linfoideo en su pared. En la pared del quiste por lo general esta compuesto de tejido linfoideo con la forma típica del nódulo linfático. (10)

El tratamiento y su pronóstico es favorable si el quiste es tratado por medio de una remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión. La probablemente-malignización del quiste es muy rara pero posible. (10)

QUISTE TIROGLOSO.-

El quiste del conducto tirogloso es otro tipo, poco frecuente, de quiste de desarrollo; el cual, como lo implica su nombre, solo ocurre a lo largo del conducto tirogloso. Este, de origen embrionario y revestido por epitelio, se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroideas. (11)

Este quiste puede existir por lo consiguiente en la base de la lengua debido a que se origina de los remanentes epiteliales del conducto, y también puede aparecer -- muy a menudo en la cara anterior del cuello, debajo del mentón y por encima de la glándula tiroideas. (11)

La causa de la formación de este quiste es desconocida, pero puede ser desencadenada por la infección del tejido linfóide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores. (11)

El quiste del conducto tirogloso suele darse en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad. (11)

Clínicamente es una masa quística, firme, de la línea media, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros. Puede estar a un lado de la línea media. (11)

Agujero ciego. -

La hinchazón se desarrolla con lentitud y es simétrica salvo que este en una ubicación alta en el conducto, - cerca de la lengua. En estos casos puede haber disfagia. -
(11)

El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca. o más abajo, cerca del cartilago crioideos o tiroides. A veces se forma una fístula que nace en el quiste se abre la superficie cutánea o mucosa. (11)

Las características histológicas de este quiste esta tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición, porque en realidad deriva de celulas que se originan del piso laríngeo embrionario. (11)

Al aumentar la presión intraquistica, las células se aplanan. La pared de tejido conectivo del quiste si se abre contendrá frecuentemente pequeñas zonas de tejido -- linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucosas. (11)

Su tratamiento, si se quiere evitar su recurrencia - es la excisión quirúrgica central. Se ha observado su posible transformación carcinomatosa. (11)

Muchos de los trastornos del desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales y parabucuales, así como otras enfermedades bucales que en este capítulo mencionamos, tienen un fondo hereditario definido. (11)

La nomenclatura de los quistes se complica más con -- las denominaciones que se basan en el origen del componente epitelial celular, por ello existen nombres de quistes de desarrollo embrionarios, etc. (11)

En realidad solo hay dos tipos de quistes que se desarrollan en los tejidos blandos de la boca o de las zonas vecinas: a) los quistes de retención, que son los que proceden de la retención de líquido como el quiste mucoso y la ránula, y b) los quistes de desarrollo, que proceden de epitelio atrapado durante el desarrollo fetal o residuos epiteliales de las estructuras embrionarias, como son los quistes que en este capítulo tratamos. (11)

CAPITULO III

" TRATAMIENTO DE LOS QUISTES BRANQUIAL, TIROGLOSO Y
DERMOIDE. "

CAPITULO III

" TRATAMIENTO DE LOS QUISTES BRANQUIAL, TIROGLOSO Y
DERMOIDE. "

CAPITULO III

" TRATAMIENTO DE LOS QUISTES BRANQUIAL, TIROGLOSO Y DERMÓIDE."

INSTRUMENTAL QUIRURGICO. -

Cirugía de especialidad, la cirugía bucal necesita también un instrumental especializado. Estos instrumentos pueden seleccionarse en las casas del ramo, de entre las otras especialidades o los de cirugía general. (1)

Para realizar los trabajos manuales que significan una operación es menester valerse de instrumentos material quirúrgico apropiado. (1)

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS. -

Bisturi.- En cirugía bucal se usa comunmente un bisturi de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de hoja de distintos tamaños y formas, son intercambiables y se eligen según la clase de operación que se va a realizar.

En nuestra práctica preferimos el tipo de bisturi de bard-parker con hoja No. 15. (1)

Tijeras.- Como instrumento de sección de tejidos blandos se encuentra escasa aplicación en nuestra especialidad.

lidad. Se les emplea para seleccionar lenguetas y festones gingivales y trozos de encía, tejido de granulación. - (1)

También puede usarse para seccionar bridas fibrosas-cicatrices y trozos de colgajos, unas rectas y otras curvas. Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas. (1)

Pinzas hemostáticas de disección (Rectas o curvas). - Con las dentadas es posible tomar la delicada libromucosa bucal sin lesionarla. La pinza de Kocher o la atraumática de Chaput de cirugía gastrointestinal que también permite tomar dicha fibromucosa sin ocasionarle daño. (1)

Legras periostotomos o sindesmostomo. - Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento para preparar los colgajos exigen instrumentos adecuado. La espátula de Freer o acodadas o rectas están son indicadas en sitios de difícil acceso como, bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior. (1)

Separadores. - Para mantener separados los labios y los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de farabeuf, de extremos acodados; y también los de Volkmann.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Pinzas Anillos.- Sirven para la asepsia del campo operatorio.

Pinzas Allis.- Son hemostáticas, para sujetar vasos sangrantes.

Campos.- Sirven para aislar el campo operatorio.

Pinzas piel y campo.- Estas se utilizan para sujetar los campos, utilización para el aislamiento.

INSTRUMENTOS DE SECCION PARA TEJIDOS DUROS.-

Escoplos y martillos.- De uso muy frecuente en cirugía bucal, se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía) y aun la resección (ostectomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención, la tabla externa de las extracciones del tercer molar inferior retenido el hueso palatino que protege a los caninos u otros dientes retenidos, etc. También para eliminar quistes de distinto tipo que se desarrollan en los maxilares o cercanos a ellos. (1)

Pinzas gubias.- Para realizar la resección de hueso (ostectomía) podemos utilizar las denominaciones pinzas-gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre estos tejidos previa preparación de-

una puerta de entrada con los esclopos, como cuando se --
eliminan bordes cortantes. (1)

Fresas.- El empleo del torno dental en las operacio-
nes de la boca es de extraordinaria utilidad. La fresa-
puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros --
instrumentos, ostectomia u osteotomia. Las fresas que se
utilizan son la No. 5 al 8 redonda, de fisura No. 560. -
(1)

Líneas para hueso.- (Escofinas) Se les usa para prepa-
rar maxilares que llevarán aparatos de prótesis o para --
alisar bordes y eliminar puntas óseas. (1)

Pinzas de curación.- El campo operatorio debe mante-
nerse libre de sangre que mana de los vasos sanguíneos --
seccionados. (1)

Pinzas de Kocher.- En cirugía general se les usa pa-
ra la hemostasia. Comprimen la arteria o vena seccionada
que queda expuesta así para ser ligada, con nudos de cat-
gut. (1)

Cucharillas para hueso.- Las colecciones patológicas
granulomas, fungosidad, quistes, etc., deben eliminarse -
del interior de las cavidades óseas con cucharillas para-

hueso (cureta) de las que existen infinidad de variedad. -
Las hay rectas o acodadas. (1)

Agujas para sutura.- Casi todas las operaciones de -
cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exigen efectuar sutu
ras, por las razones y ventajas, por la delgadez y deli-
cadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgaa-
rrarse, las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas
pero de dimensiones pequeñas. (1)

Las hay de dos tipos cóncavo-convexas en el sentido-
de sus caras o en el de sus bordes. Preferimos las prime
ras. (1)

Portagujas.- Destinadas a dirigir las agujas peque-
ñas, las toman por su superficie plana y las guían en sus
movimientos. (1)

Las operaciones de cirugía bucal pueden realizarse -
en distintos locales, según las circunstancias. La mayo-
ría deben efectuarse en el consultorio dental; otras en -
instituciones o clínicas o consultorios que poseen una sa
la de operaciones para cirugía bucal. (1)

INSTRUMENTOS PARA DRENAJE.-

Para vaciar el exterior colecciones purulentas o li-

quidas existen diversos procedimientos; dos principalmente son usados en la cirugía bucal: el drenaje por tubos - y el drenaje por gasas. (3)

Drenaje por tubos.-

De empleo restringido en cirugía bucal; drenaje de - focos de osteomielitis y de absesos óseos. El tubo es in-comodo, molesto y practicamente no se le puede sostener - en la boca; dado su indicación los casos de drenaje por - vía extraoral de focos óseos, cutáneos y ganglionares. (3)

Usense los tubos de caucho, de diámetro variable, pero menor que medio centímetro y de un largo acorde al proceso a drenar. (3)

La incapacidad de drenaje del tubo puede ser umentada practicándosele orificios con una tijera, cada centímetro.

El tubo debe mantenerse fijo a la piel en el uso ex-traoral, atravesando, con un alfiler de gancho, el cual - se sostiene con una tira plástica. Cuando se usa dentro-de la cavidad oral, se atraviesa con un hilo, que se anu-da alrededor de un diente. (3)

Para disminuir el volumen de los quistes maxilares -

se emplean tubos de goma o de polietileno introducidos en la cavidad quística. Se los fija con puntos de sutura -- a las estructuras gingivales vecinas. (3)

Asimismo se suele emplear con idénticos fines un trozo de rubber-dam con el que se acostumbra aislar en endodoncia y operatoria. Se corta una tira de 1 cm. de ancho la cual se enrolla, sobre sí misma. Esta goma se introduce en la cavidad a drenar; su función es la misma que la del tubo. (3)

También puede prepararse la goma practicando con una tijera cuatro o cinco cortes en las caras mayores del -- cuadrilátero. Este trozo de goma se tuerce sobre su eje mayor, dándole una forma helicoidal. (3)

Drenaje con gasas.-

Una tira de gasa con los bordes dobladillos permite, gracias a la capilaridad de la gasa, drenar cavidades como con el procedimiento del tubo y puede alcanzarse algún efecto medicamentoso si se le impregna con sustancias como el fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tintura de benj ül, etc. También existen gasas impregnadas o yodoforma das. (3)

ANESTESIA GENERAL PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO DE --
LOS QUISTES BRANQUIAL, TIROGLOSO Y DERMOIDE.

Para realizar el tratamiento quirúrgico de estos --
quistes es necesario la anestesia general, existen algu--
nos metodos que por su conveniencia para el cirujano maxi
lofacial deben de ser de preferente elección, ya sea por
su sencillez o por que se acomodan mejor a las caracterl
sicas de la región en que aquel actua. (4)

Según la vía de administración que se adopta para la
introducción de los anestésicos en el organismo, la anes-
tesia general se clasifica en:

- 1.- ANESTESIA POR INHALACION.- Se la denomina así cuando
se utiliza la vía respiratoria para la introducción -
de gases o vapores de líquidos altamente volátiles. -
(4)
- 2.- ANESTESIA ENDOVENOSA.- Se obtiene por la introducción
directa de la solución anestésica en el torrente cir-
culatorio. (4)
- 3.- ANESTESIA RECTAL.- El anestésico se introduce por ene
ma.
- 4.- Por último tenemos las anestesias por las vías subcu-
táneas, intramuscular, oral e intraperitoneal. (4)

Respecto del empleo de la anestesia general en cirugía Maxilo-Facial, hay que reconocer que los métodos inhalatorios y endovenosos, los primeros particularmente en la forma endotraqueal, son los más indicados en razón de las ventajas, que estos mismos demuestran. (4)

ANESTESIA.-

Todo enfermo al que se le va a administrar un anestésico general debe ser sometido previamente a un examen clínico para determinar el estado de su aparato circulatorio, respiratorio y hepatorenal. (4)

Antes de comenzar la anestesia deben evacuarse la vejiga y el recto, se retirarán de la boca las prótesis removibles que pudieran existir y se aflojan las ropas del enfermo. (4)

TECNICA QUIRURGICA.-

Los quistes de los tejidos blandos incluyen aquellos de origen congénito que aparecen principalmente en el cuello y los quistes de retención. Los quistes congénitos aparecen por lo general en el cuello y en las regiones submaxilar y submentoniana. Son entidades benignas, pero

se requiere de una disección y resección minuciosa para lograr la curación. (3)

QUISTE DERMÓIDE.-

Los quistes dermoides son de consistencia blanda, no adherido a la pared faríngea lateral, ocupan la mitad de piso de boca. Contrariamente a las ranulas, tienen una pared espesa y resistente y un contenido pastoso. Existen dos variedades:

- a) Los quistes evolucionan en el piso de boca, por encima del plano muscular milohioideo, adheridos al hueso a nivel de las apófisis geni, levantando la lengua estos son los quistes adgenianos "inflados" en la cavidad bucal. (3)
- b) Los quistes evolucionan en el piso de boca, por debajo del plano muscular, adherido por atrás al hueso hioideos, levantando la lengua estos son los quistes adhioides, que hacen saliencia frecuentemente en la región suprahioidea. (1)

La exéresis es necesaria en razón de su aumento progresivo y de las posibilidades de infección. (1)

a) QUISTES ADGENIANOS.- Anestesia general preferiblemente por intubación nasal. Levantar la lengua con la --

ayuda de un hilo que atraviesa la punta. (1)

Incisión intrabucal de ala mucosa de atrás hacia adelante, en la línea media, de la base de la lengua a la cara posterior la sínfisis. Evitar lesionar los orificios del conducto de Wharton y la pared propia del quiste (1)

Amarrar los bordes de la incisión, de los lados, con ganchos con pinzas de Chaput, o con pequeños separadores de garfios. (1)

Descubrir la pared del quiste por divulsión, con tijeras finas y un poco curvas, del delgado tejido celular entre el plano mucoso y la envoltura de la masa tumoral. Desprender también con una espátula o desprendedor, hasta dejar al desnudo su cara superficial, hemisférica. (1)

Asir el tumor con una pinza en corazón, su pared es resistente y poco tensa. Ensayar exteriorizando de su nicho y liberado de sus adherencias, poco resistentes, con la espátula. (1)

Desprender las adherencias más sólidas que lo fijan al maxilar con la misma espátula o con tijeras curvas finas. Cerrar la cavidad vacía del quiste. Suturar linealmente anteroposterior con sera 00 de los planos superfi-

ciales. (1)

a) QUISTES ADHIOIDES.- Anestesia general, local de rigor en profundidad y en superficie. (1)

Incisión submentoniana curva, de concavidad posterior, a media distancia del hueso hioides y del maxilar, en la cumbre de la tumefacción interesando la piel y el tejido celular subcutáneo. (1)

QUISTE TIROGLOSO.-

Son de origen congénito, permanecen durante mucho tiempo silenciosos e insospechados hasta el día que una erupción inflamatoria hace aparecer tumefacción mediana por debajo del hueso hioides, con enrojecimiento de los tegumentos. La perforación repetida del quiste, excepto para aliviar un estado inflamatorio agudo, de una fístula que da salida al pus. La supuración cesa, se separa y durante algún tiempo la fístula parece seca, en estos casos siempre hay recidivas. (1)

El examen clínico y la radiografía con líquido ópaco muestran el trayecto por debajo y por arriba del hueso hioides, hasta donde el estilete puede remontar. A veces se puede ver con el espejo, el orificio superficial, in-

vaginado a nivel de la V lingual. (1)

Sólo el tratamiento quirúrgico completo puede ser resultado definitivo, en caso contrario aparecen las recidivas. (1)

Debe de tratarse bajo anestesia general; hacer una incisión transversal horizontal, que sobre pase la fistula y la encuadre abarcando tejido de piel y celulo adiposo subcutáneo. El cuello quirúrgico centrado para el orificio fistuloso, cuidadosamente disecado, es aprisionado para su liberación con una pinza. (1)

El estilete introducido en el trayecto permite al dedo controlar el trabajo, luego de la sección vertical de la aponeurosis. Con tijeras finas, divulsionando y seccionando alternativamente, hacia arriba, en dirección del hueso hioides, el tracto tirogloso es disecado y poco a poco liberado entre los fascículos musculares de los músculos subhioides. (1)

Prosigue la disección hasta el hueso hioides sobre el cual termina, el tracto es contorneado. (1)

Incidir verticalmente los planos aponeuróticos y músculares 1 cm. por encima y por debajo del hueso liberado y dejado al descubierto. Para seguir el tracto, accionar el hueso con cizalla, a derecha o izquierda del trayecto-

fistulosos, separar los dos fragmentos, liberar el tracto de las adherencias al hueso, prosiguiendo la disección -- sobre algunos milímetros. (1)

Con la cizalla, seccionar el hueso del lado opuesto, fijado con una pinza, y resecaado aproximadamente 1 cm. El conducto queda así liberado. Se prosigue la disección, - controlada con el estilete; lo más alta posible en la base de la lengua, mientras el ayudante separa con separadores finos, los dos fragmentos óseos y los tejidos aponeuróticos y musculares a los que se adhieren. Un segundo ayudante deprime en la cavidad bucal el vértice de la V lingual. (1)

Es difícil que el tracto sea resecaado de extremo a extremo, pero se debe procurar. (1)

Cuando se tiene la impresión de perder el trayecto, - colocar un hilo (seda) en la base y seccionar el pedículo; toda la parte disecada se elimina. (1)

Hacer la hemostasia. Acercar los dos trozos del hueso hioides mediante dos anasas decagut que abarquen en masa las dos lonjas musculares. Colocar pequeño dren en un tunel vacío del tracto tirogloso. (1)

Sutura de la aponeurosis con catgut verticalmente. -
 Sutura horizontal del plano superficial con crin 20 o seracap 00, con puntos de Donati para evitar que la cicatriz invagine. Los puntos de Donati son similares a los puntos aislados, para evitar dejar cicatriz. (1)

QUISTE BRANQUIAL. -

Los tejidos blandos incluyen aquellos de origen congénito, que aparecen en el cuello. La técnica quirúrgica de este quiste es muy similar a la del conducto tiroglososolo que esta se realiza en las partes laterales del cuello. (7)

Se realiza una incisión central sobre la parte más prominente del quiste y paralela al borde anterior del músculo esternomastoideo. El quiste puede tener adherencias con importantes troncos nerviosos y vasos, por lo tanto es necesario lograr una exposición adecuada para su visualización. (7)

Para reseca las fístulas branquiales se emplea una sustancia radiopaca para identificar la extensión y la ubicación de la fístula y el tracto sinusal. También puede pasarse una sonda por este para ayudar a la identificación a medida que avanza la disección. (7)

Hay que separar muy bien los tejidos musculares y la aponeurosis el ayudante puede retraerlos con separadores, para que el cirujano tenga un mejor acceso al tracto sinusal y la fístula. Una técnica paso a paso, ayuda a seguir el trayecto de la fístula hasta su terminación en la pared faríngea. Es difícil poder reseca hasta el final del trayecto pero hay que procurar realizarlo para no dejar recidivas o formación de escaras. {7}

Cuando queda liberado todo el trayecto se prosigue a la disección controlado con el estilete. Cuando se tiene la sospecha de perder el trayecto colocar un hilo (seda) y seccionar toda la parte disecada. {7}

Hacer la hemostasia, volver a colocar y juntar todos los tejidos que fueron retraídos para el acceso del quiste y colocar un dren en posición correcta, para después suturar la aponeurosis verticalmente con catgut, sutura horizontal con crin 20 ó seracap 00 con puntos simples. El dren se retira a los dos o tres días aproximadamente. {7}

CONCLUSIONES.

El grado de insidencia de estos 3 quistes (branquial tirogloso y dermoide) es muy relativo, pero no descartado.

Como su etiología es muy difícil casi imposible de detectar en su inicio, ya que se empiezan a formar en el período intrauterino, y se dan a conocer en etapa avanzada.

Su diagnóstico se hace clínica y radiográficamente para tener seguridad absoluta de que tipo de quiste se trata, puesto que es fácil de confundir un quiste del conducto tirogloso con el de la hendidura branquial, sus manifestaciones clínicas son similares por la región donde aparecen que en este caso es el cuello.

Sobre su tratamiento en forma muy especial mencionare que solo se realiza su exeresis bajo anestesia general y a veces con la ayuda de anestesia local, puesto que son quistes que no se podrian extirpar solo bajo anestesia local. Si su manejo quirúrgico es dudoso; puesto que en las regiones donde aparecen es difícil la visibilidad directa hay que hacer un trabajo minucioso para no dejar recidivas y después haya reincidencias, por los restos dejados; podría tener complicaciones con una infección y después su tratamiento sería más complicado.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GINESTET G., *Cirugía Estomatológica y Maxilofacial*.
1a. Edición., Editorial Mundi., Argentina, 1975.
- 2.- HAMILTON W.J., y BOYD J.D., *Embriología Humana*.
3a. Edición., Editorial Intermédica., Argentina, 1966
- 3.- KRUGER GUSTAV O., *Tratado de Cirugía Bucal Práctica*
4a. Edición., Editorial Interamericana., México, 1960
- 4.- KUMATE JESUS., *Anestesia General*.
2a. Edición., Editorial Intermédica, México, 1978
- 5.- MARTINEZ SANDOVAL FRANCISCO Dr., *Anatomía Humana*, 1980
1a. Edición., Editorial Folia Universitaria, México.
- 6.- QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO Dr., *Anatomía Humana Tomo I*
Edición 5a. Editorial Porru, México, 1965
- 7.- SANDERS BRUCE., *Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediatría*
ca., 1a. Edición., Editorial Mundi., Argentina, 1979
- 8.- SPOUGE J.D., *Patología Bucal*
1a. Edición., Editorial Mundi, Argentina, 1976
- 9.- TESTUD L. y A. LATARJET., *Compendio de Anatomía Des-
criptiva.*, 1a. Edición., Editorial Salvat., España, -
1968.
- 10.- THOMA KURT H., *Patología Bucal Tomo II*
2a. Edición., Editorial Hispanoamericana, México 1975
- 11.- Zegarelli Edward V., *Diagnóstico en Patología Oral.*,
2a. Edición., Editorial Salvat., Argentina, 1968.