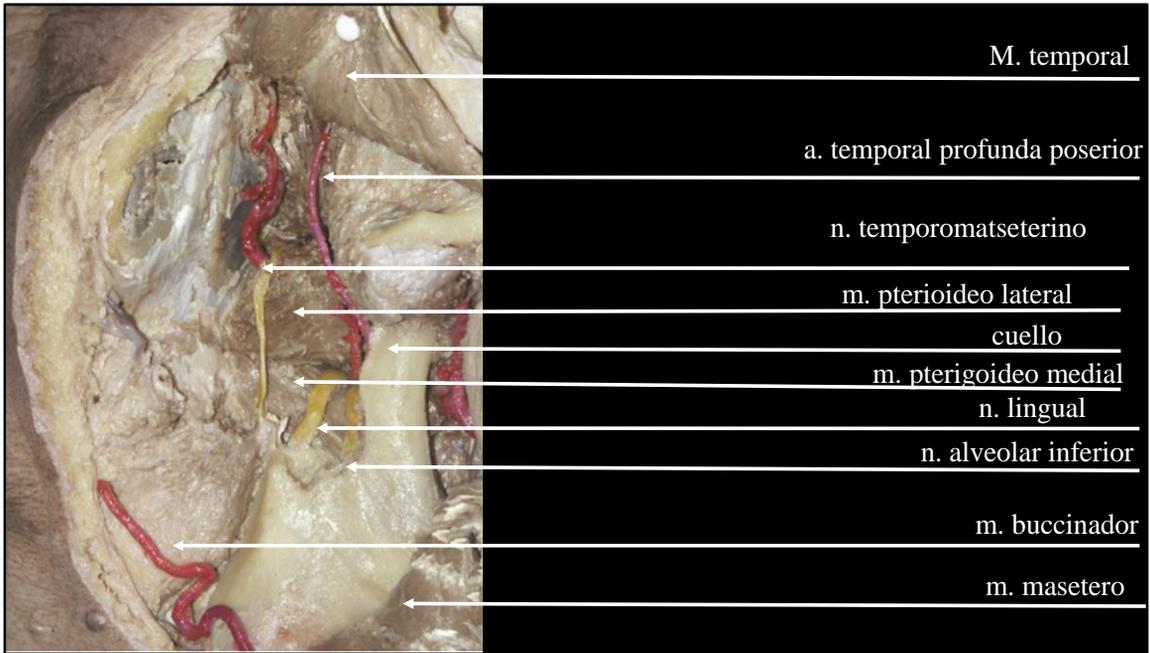


Cavidad Oral y Orofaringe

Para proceder a realizar esta disección es recomendable partir de la realización previa de otras dos disecciones para facilitar su abordaje. Se recomienda disecar las regiones cigomática y las regiones supraoidea y carotídea, áreas I y II.

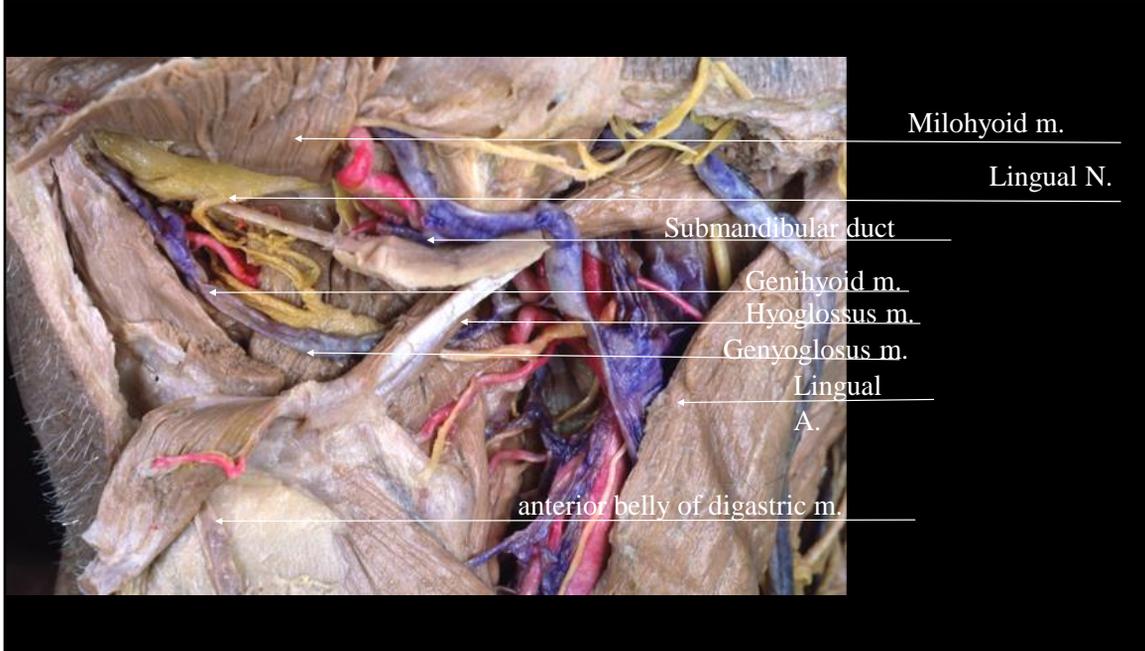
A modo de recordatorio presentaremos unas imágenes de los puntos en los que deberían encontrarse esas regiones antes de pasar a abordar la cavidad bucal propiamente dicha.



Estamos en una visión lateral izquierda de la región cigomática en la que se ha seccionado el arco cigomático y la apófisis coronoides con el músculo temporal, reclinado cranealmente y mantenidos en posición por un pin.

La rama mandibular este prácticamente recortada después de haber desinsertado el músculo masetero dejando expuesto el músculo buccinador.

El recorte de la mandíbula se puede hacer con la gubia articulada lo que nos ira con paciencia permitiendo ver los músculos pterigoideos lateral y medial así como las arterias temporales profundas, alveolar inferior y maxilar, alveolar inferior y lingual apareciendo por el borde inferior del pterigoideo lateral y apoyándose sobre el medial.

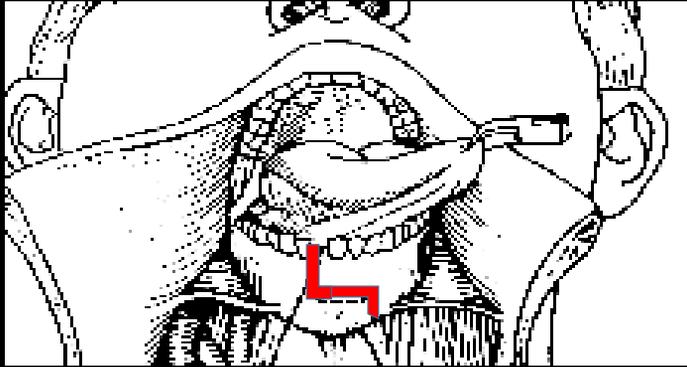


Áreas I y II

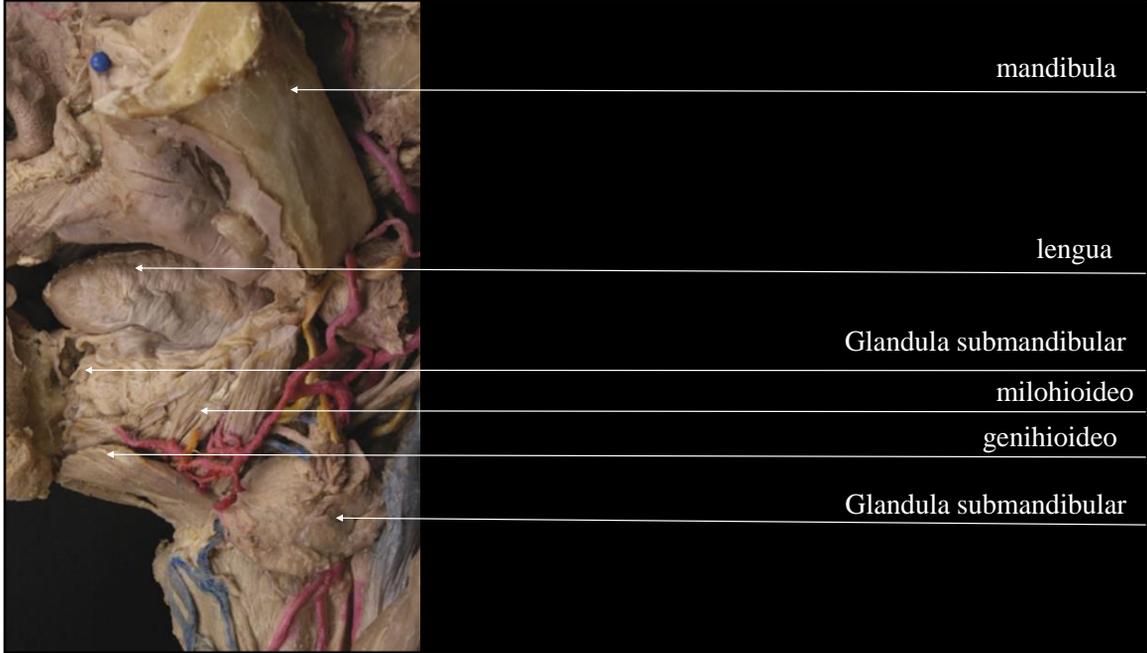
Este sería el recordatorio de la región submandibular y carotídea áreas I y II, pero con una peculiaridad. El músculo milohioideo, que figura seccionado y abatido cranealmente no debería haber sido tocado, debería permanecer en su posición habitual, pues en el siguiente paso veremos que su sección debe ser a la inversa, desde la línea milohioidea.

En esta región lo que si ya tendremos son todas las estructuras vasculonerviosas de nuestro interés en la cavidad bucal.

Glándula submandibular, arteria lingual, musculo hiogloso, músculo geniogloso, el conducto submandibular rodeado por el nervio lingual.

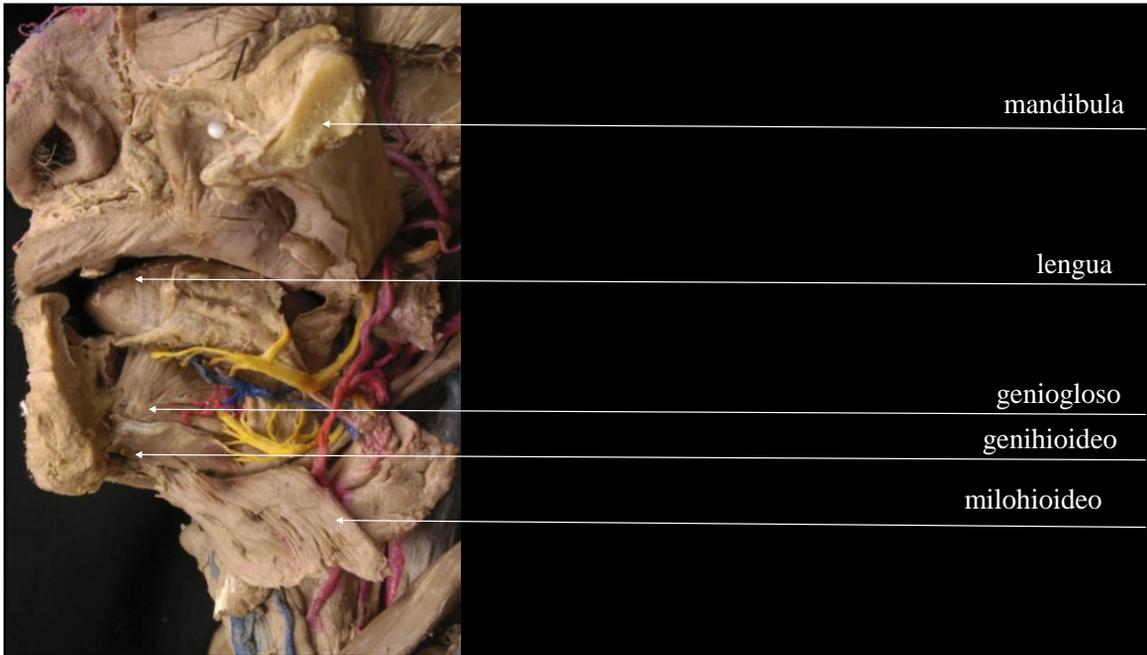


Suponiendo que ya tenemos los dos lados de la mandíbula disecados, regiones cigomática y submandibular-carotídea, pasaremos a realizar una maniobra importante, que consistirá en escindir la mandíbula en dos. Para ello realizaremos una incisión profunda y media en el mentón que interese desde la piel al hueso. Posteriormente con la sierra oscilante cortaremos el mentón dejando a ambos lados las apófisis genis y los músculos que en ellas se insertan.

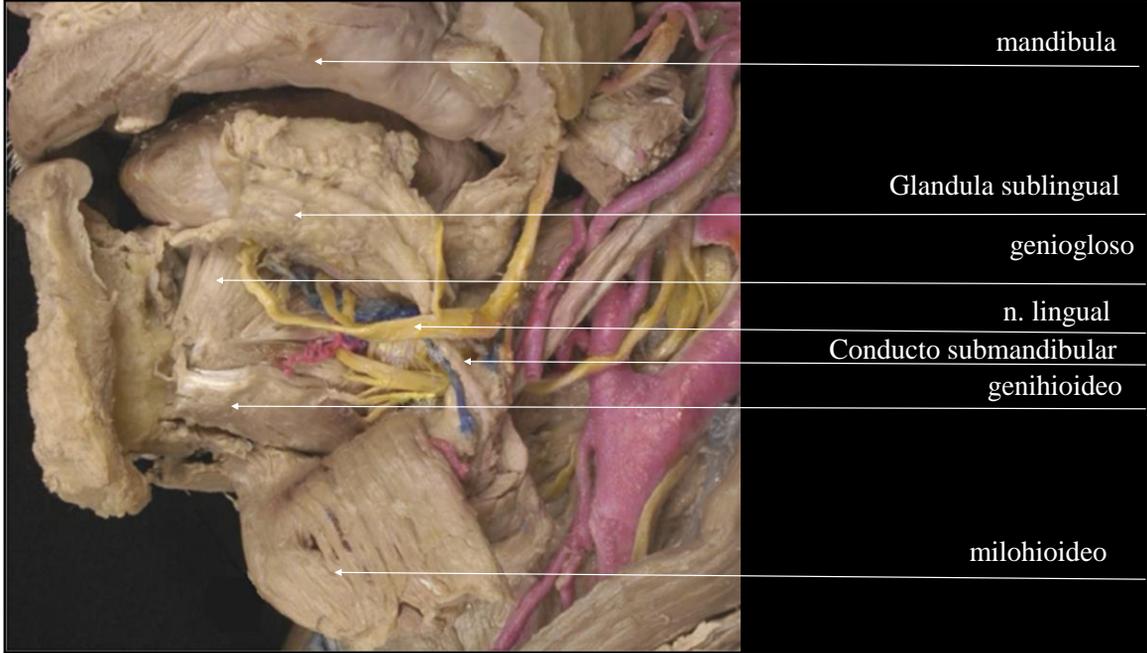


Con el periostótomo despegaremos el periostio interno de la mandíbula y seccionamos el músculo milohioideo, para dejar la mandíbula libre de inserciones musculares excepto la correspondiente al músculo buccinador.

a la mandibular la reclinaremos cranealmente conjuntamente con la entrada del nervio alveolar inferior y los fijaremos con un pin. Así pasaremos a observar a las glandulas submandibular apoyada sobre el músculo milohioideo (reclinado) y en la cara lateral de la lengua a la glandula sublingual.



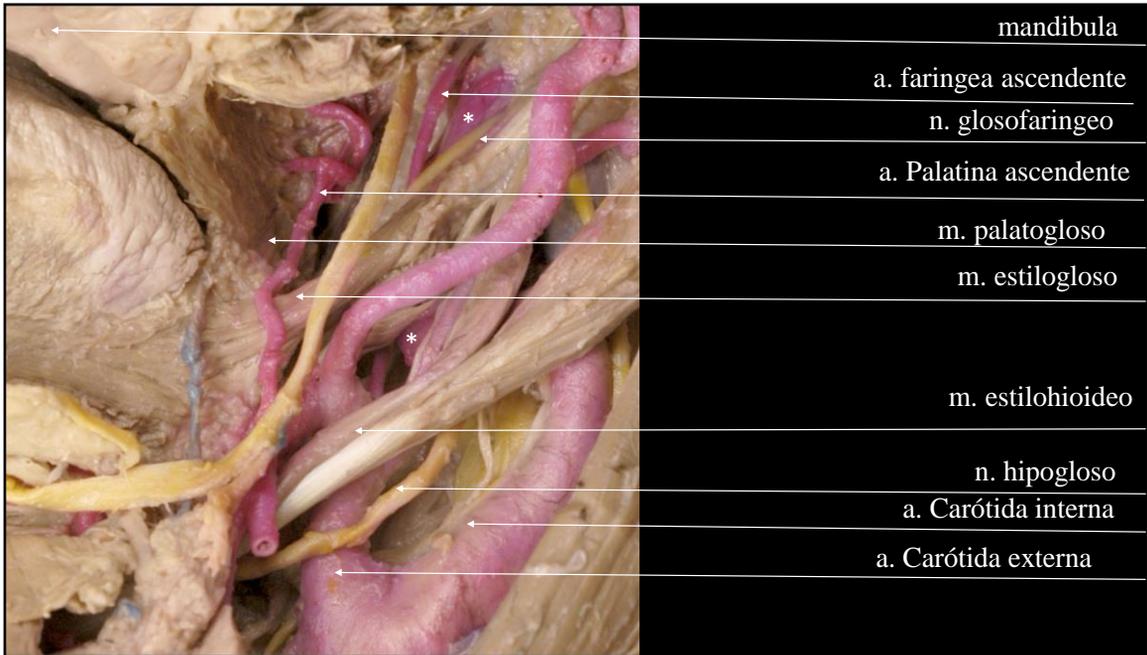
A continuación, dy el nervio hipoglosoclinamos caudalmente al músculo milohioideo, previamente cortado en su inserción mandibular. Con esta simple maniobra pasamos a observar los músculos genihioideo, geniogloso. Sobre los mencionados músculos se sitúan el nervio lingual



Más detalles que se pueden observar en el anterior plano son. La relación del conducto de la glandula submandibular con el nervio lingual y su punto de inflexión, donde se encuentra el ganglio submandibular.



A continuación, pasamos a disecar el músculo hiogloso y cortarlo para declinarlo caudalmente. Es un músculo muy variable de volumen, al rebatirlo caudalmente nos deja ver perfectamente a la arteria lingual y sus ramas y al nervio lingual. Posteriormente vemos el músculo palatogloso que delimita la fosa tonsilar con su arteria, en este caso colateral de la rama de la lingual. Posteriormente ya vemos la orofaringe, que en la siguiente imagen se vera a mayor detalle.



En esta disección de la orofaringe podemos identificar la región del constrictor correspondiente a la fosa periagigdalina (faringe) las importantes relaciones que mantiene con la arteria palatina ascendente y el nervio glosofaringeo. Sin olvidar la proximidad en la que también se encuentra la arteria carótida interna (asteriscos). Y por tanto susceptible de también ser lesionada en una tonsilectomía.