

“Estudio cadavérico del nervio dentario inferior”

“Cadaveric study of the inferior dental nerve”

Emilio Alejandro Contreras Alvarado¹, María del Carmen Theriot Girón², Miguel Angel Quiroga García³,
Luis Javier Garza de la Garza⁴.

1. Estudiante de pregrado, Facultad de Odontología, U.A.N.L.
2. Cirujano Dentista, Catedrática Facultad de Odontología de la U.A.N.L.
3. Cirujano Dentista, Maestro en Salud Pública, Doctorado en Investigación Odontológica, Catedrático Facultad de Odontología de la U.A.N.L.
4. Cirujano Dentista, Cirujano Maxilofacial, Catedrático Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

El nervio mandibular o V3 es la última rama de abajo hacia arriba que se desprende del borde convexo o anteroexterno del ganglio de Gasser, es un nervio mixto formado por una raíz sensitiva y una raíz motriz destinada a los músculos masticadores llamada nervio masticador. Abandona la base del cráneo a través del agujero oval y su manera de distribución extracraneal ha sido manejada de manera diferente por varios autores, las cuales a continuación se exponen en este escrito enfocándose especialmente en el trayecto y las relaciones del nervio dentario inferior.

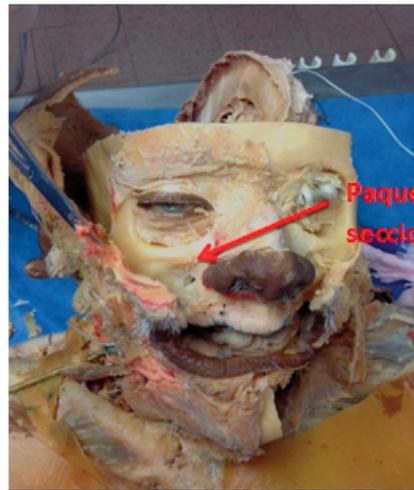
Testut menciona que el nervio sigue la dirección del tronco y desciende entre los dos músculos pterigoideos y que este penetra al conducto dentario inferior cuando se encuentra entre el pterigoideo interno y la rama ascendente de la mandíbula. Durante la primera parte de su trayecto menciona que esta contiguo al nervio lingual del que se separa haciendo una curva. Según Testut y Latarjet la arteria dental en su origen se encuentra muy por detrás del nervio y solamente se une al mismo cuando ambos llegan al conducto dentario inferior. El nervio dentario inferior se encarga de llevar la inervación de tipo sensitiva a los molares, premolar y caninos inferiores. Una de sus ramas terminales, la rama incisiva lleva inervación a las piezas anteroinferiores.

Dissección cadavérica

Se realizó un marcaje tipo Fergusson Webber para levantar el colgajo muscular y exponer el cuerpo del maxilar superior y el hueso cigomático. Se cortó el paquete infraorbitario para liberar por completo el colgajo del plano óseo. Posteriormente se realizó un corte en la porción media del buccinador para retraer el colgajo.



Marcaje del sitio de corte

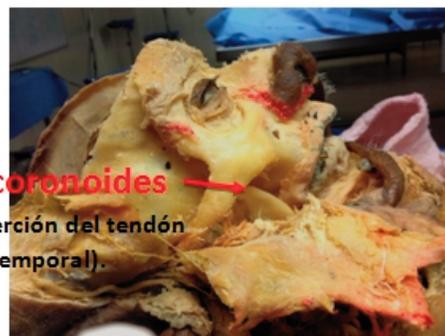


**Paquete infraorbitario
seccionado**

*Colgajo Levantado para la exposición
del maxilar superior y cigomático.*

Desinserción del músculo temporal

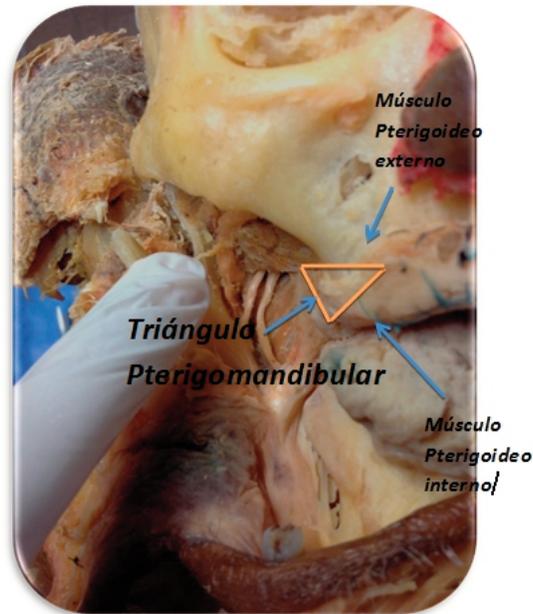
Se desinsertó el tendón del músculo temporal de la apófisis coronoides para removerlo y tener libre acceso a ambos pterigoideos. En este punto las fibras de la porción inferior del músculo temporal se insertan en la aponeurosis interpterigoidea.



Apófisis coronoides
(Lugar de inserción del tendón
del musculo temporal).

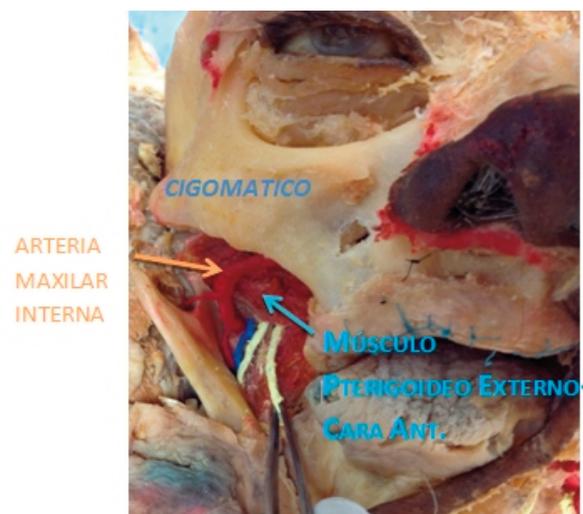
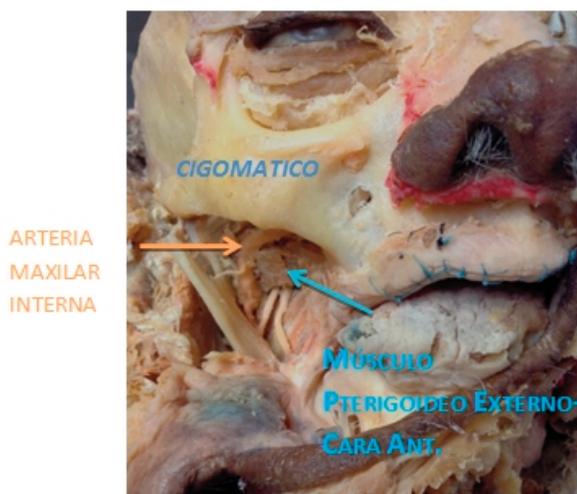
Disección de fosa cigomática

Se disecó la aponeurosis interpterigoidea para exponer las fibras de los músculos pterigoideo interno y externo. Adosado a la cara anterior del haz esfenoidal se encuentra la arteria maxilar interna, la cual se disecó retirando la porción de aponeurosis interpterigoidea que la cubría. Entre el borde inferior del pterigoideo externo y el borde superior del pterigoideo interno se encuentra una escotadura la cual es cerrada por fuera por la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior formándose un triángulo que por motivos descriptivos se le ha denominado triángulo pterigomandibular. Por esa escotadura pasan el nervio dentario inferior y el lingual.

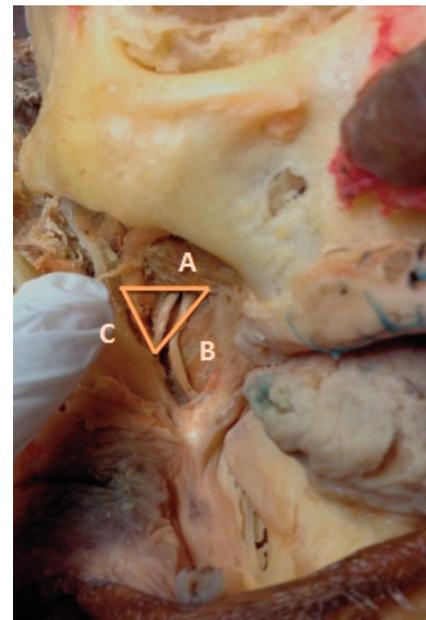
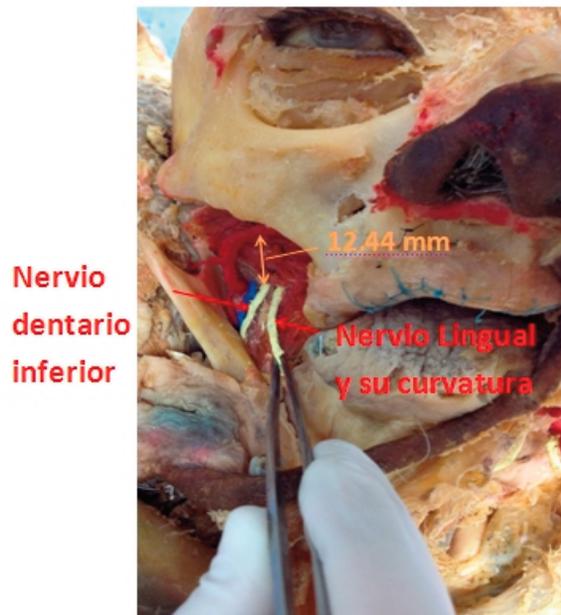


Descripción anatómica

El músculo pterigoideo externo ocupa gran parte de la fosa cigomática, región que se encuentra por detrás del hueso cigomático. Al músculo pterigoideo externo le estudia una cara anterior, que es la que propiamente se aprecia en las imágenes, y una cara posterior. Es la cara anterior del músculo pterigoideo externo donde el músculo guarda relación con la arteria maxilar interna.

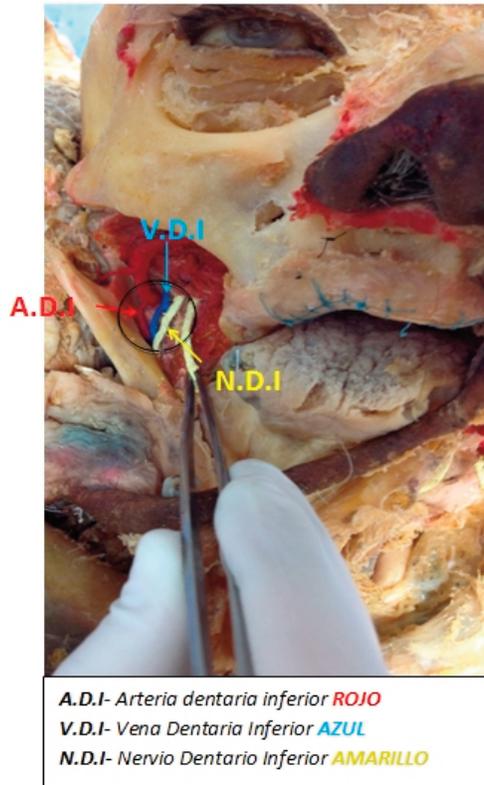


Justamente por debajo del borde inferior del músculo pterigoideo externo pasa un nervio de calibre mayor llamado nervio dentario inferior, el cual tiene relación hacia adentro con el nervio lingual. Tanto el nervio dentario inferior como el nervio lingual se encuentran en contacto con el borde superior del músculo pterigoideo interno. El nervio lingual hace una pequeña curvatura en la cara anterior del músculo pterigodeo interno para dirigirse oblicuamente a lo que es la lengua, mientras que el nervio dentario inferior se dirige hacia el conducto dentario. El nervio dentario inferior al pasar por el triángulo pterigomandibular se encuentra a 12.44 mm de la arteria maxilar interna, relaciones que adquieren importancia al momento de realizar la técnica de anestesia local troncular inferior.



Paquete vasculonervioso del diente

Durante el descenso del nervio dentario inferior al conducto dentario se observa acompañado por la vena y arteria dentaria inferior. Estas estructuras corren distalmente al nervio dentario inferior siendo la vena la que está contigua al nervio y la arteria a un lado de la vena. Dicho de otra forma y partiendo de la cara interna de la rama ascendente se encuentra primeramente la arteria dentaria inferior, posteriormente la vena dentaria inferior y por último el nervio dentario inferior. La arteria dentaria inferior es la segunda rama descendente que se desprende a partir de la arteria maxilar interna.



Conclusiones

La disección en cadáver es una herramienta en la enseñanza de la anatomía humana ya que brinda al personal del área médica conocimientos descriptivos y topográficos que se vuelven indispensables al momento de la práctica clínica y quirúrgica. La disección y apreciación en cadáver contribuye a mejorar y profundizar los conocimientos anatómicos adquiridos en los libros de texto ya que brinda una perspectiva tridimensional de las estructuras con las que se trabaja cotidianamente en la práctica profesional odontológica por lo que el proporcionar bases sólidas de las básicas evitando de esta manera cometer iatrogenias. La experiencia reconoce que sin el conocimiento claro de la anatomía humana es imposible abordar buenas prácticas clínicas y/o quirúrgicas.

Autor de correspondencia:
Miguel Ángel Quiroga García, PhD.
maiko6@hotmail.com

Artículo recibido:
26 de Noviembre 2015.
Artículo aprobado para publicación:
29 de Diciembre de 2015.