

2010 Octubre, 2(1): 1-1

ARBOTANTES DE LA MANDÍBULA: MODELO ANATÓMICO PARA COMPRENDER LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Autores: Coscarelli L; Cuello M; Arcamone ML; Corrado M; Morino ML; Paoletti P; Viscuso M

Lugar de Trabajo: Cátedra A de Anatomía: Prof. Dr. Marcelo H. Cerezo – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de La Plata
leonardocoscarelli@hotmail.com

Introducción

Las fracturas de mandíbula representan entre el 10 y el 25 % de las fracturas faciales. En el estudio de las mismas, la mayoría de los autores coincide en clasificarlas de acuerdo a la localización del trazo fracturario, presentando en cada caso distintas implicancias tanto en el diagnóstico clínico como en el abordaje terapéutico. Sin embargo, la fractura puede ocurrir en el mismo lugar del traumatismo, en cuyo caso se considera al traumatismo como directo, o alejada de la zona de aplicación del trauma. En este último caso, la fractura resulta ser indirecta y se debe a la transmisión de fuerzas a través de arbotantes bien establecidos. El conocimiento de la anatomía descriptiva del maxilar inferior proporciona una base para la comprensión de la patología traumática del tercio inferior de la cara.

Objetivos

Con el presente trabajo, se pretende enfatizar la importancia de la anatomía como ciencia básica en el estudio de traumatismos faciales.

Materiales y Método

Se utilizaron 50 mandíbulas desarticuladas pertenecientes a cabezas óseas adultas a fin de determinar la variabilidad de los principales reparos anatómicos relacionados con las fracturas mandibulares: sínfisis mentoniana, foramen mentoniano, orificio de entrada al conducto dentario inferior, gonion, cóndilo, apófisis coronoides. Se analizó la composición ósea con el objetivo de establecer las áreas de mayor y menor resistencia, que condicionan la localización y la orientación de los trazos fracturarios. Se confeccionaron modelos de los distintos tipos de fracturas.

Resultados

Las fracturas de la mandíbula pueden clasificarse de acuerdo a la localización del trazo fracturario en: anteriores (sinfisianas), del cuerpo, de la rama ascendente, condílea, coronoidea y alveolar. Las áreas de mayor resistencia del maxilar inferior corresponden al borde inferior del cuerpo y a la sínfisis mentoniana, sitios donde existe hueso compacto. Cualquier traumatismo a nivel del tercio inferior de la cara repercute en zonas de debilidad, lo más frecuente a nivel del cuello del cóndilo, la región correspondiente al conducto dentario inferior y los alvéolos dentarios.

Conclusiones

Es de notable importancia considerar la existencia de arbotantes a nivel del maxilar inferior, que explican la mayor frecuencia de ciertas fracturas a nivel del tercio inferior de la cara, resultado de la transmisión de fuerzas a través de zonas de mayor resistencia.