

buccinador – buccinator

Authored by
memjavad

November 10, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *buccinador – buccinator*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=3761>

Músculo Bucinador

Primary Disciplinary Field(s): Anatomía Humana, Fisiología Maxilofacial, Odontología.

1. Definición Central

El músculo bucinador (del latín *buccinator*, "trompetista") es una estructura muscular plana, delgada y de morfología cuadrilátera que constituye la capa muscular intrínseca principal de la mejilla. Se localiza en la pared lateral de la cavidad oral, posicionado profundamente respecto a los otros músculos de la expresión facial y al cuerpo adiposo de la mejilla (cuerpo de Bichat). Su importancia radica en ser el principal responsable de mantener la tensión de la mejilla y la estabilidad de los tejidos blandos durante procesos fisiológicos críticos como la masticación y la deglución. La comprensión detallada de su anatomía y función es fundamental en campos como la cirugía maxilofacial, la odontología protésica y la terapia miofuncional.

Funcionalmente, el bucinador no pertenece al grupo de los músculos masticadores (inervados por el nervio trigémino), sino que se clasifica dentro de los músculos de la expresión facial debido a su inervación motora. Sin embargo, su rol mecánico es indispensable para el proceso de la masticación. Actúa como una pared de contención activa, ejerciendo una presión constante que impide que los alimentos se desplacen hacia el vestíbulo bucal (el espacio entre los dientes y la mejilla) durante el triturado. Esta acción asegura que el bolo alimenticio permanezca sobre las superficies oclusales de los molares y premolares.

Su posición estratégica le confiere una relación íntima con estructuras vitales. El conducto parotídeo (o conducto de Stensen), que transporta la saliva desde la glándula parótida, perfora el bucinador para desembocar en la cavidad oral a la altura del segundo molar superior. Esta relación es un hito anatómico crucial, tanto para procedimientos quirúrgicos como para la comprensión de la disfunción glandular. La integridad funcional del **músculo bucinador** es, por lo tanto, un indicador clave de la salud y eficiencia del sistema estomatognático.

2. Etimología y Contexto Histórico

El término *buccinator* deriva de la raíz latina *bʰcʰna* (trompeta) y se traduce literalmente como "el que toca la trompeta". Esta denominación es una referencia directa a la función mecánica que realiza el músculo: la compresión vigorosa de las mejillas y la expulsión de aire, un movimiento esencial para tocar instrumentos de viento o para la acción de soplar. Esta etimología resalta una de sus funciones secundarias más notorias, aunque su papel primario en el cuerpo humano moderno se centra en la manipulación de alimentos y el habla.

Históricamente, el conocimiento del bucinador se consolidó a medida que la anatomía humana avanzó, particularmente durante el Renacimiento con figuras como Andreas Vesalius, quienes

sistematizaron las descripciones musculares. El entendimiento de que este músculo no solo participaba en la expresión facial sino que era vital para el control oral fue un avance significativo. Su estudio fue particularmente relevante en el siglo XIX, cuando la odontología comenzó a desarrollarse como disciplina científica, requiriendo un conocimiento preciso de las fuerzas musculares que interactúan con las prótesis dentales y la estructura ósea.

La descripción precisa del bucinador fue esencial para la neurología. Cuando Sir Charles Bell describió la parálisis facial (parálisis de Bell) a principios del siglo XIX, la incapacidad de la persona para soplar, silbar o retener alimentos en el lado afectado se convirtió en un signo diagnóstico clásico de la lesión del nervio facial, demostrando la dependencia funcional directa del **músculo bucinador** a este par craneal. De esta manera, el bucinador se estableció no solo como una entidad anatómica, sino como un punto de referencia clínico para la evaluación neurológica de la cara.

3. Anatomía y Relaciones Estructurales

El bucinador presenta un origen extenso y complejo. Sus fibras se originan a partir de tres puntos principales. Superiormente, se fija en la superficie externa del proceso alveolar del maxilar, adyacente a los molares. Inferiormente, se origina en la superficie externa del proceso alveolar de la mandíbula, también cerca de los molares. La porción central, y quizás la más distintiva, se origina en el rafe pterigomandibular, una banda fibrosa que se extiende desde el gancho pterigoideo del esfenoides hasta la parte posterior de la línea milohioidea de la mandíbula.

Desde sus amplios orígenes, las fibras musculares convergen anteriormente hacia el ángulo de la boca. En su inserción, el bucinador no se limita a un único punto, sino que sus fibras se entrelazan de manera intrincada con las fibras de otros músculos periorales, principalmente con el músculo orbicular de los labios. Esta convergencia de fibras musculares en la comisura labial forma una estructura nodular densa conocida como el **modiolus**. La disposición de las fibras es notable: las fibras superiores del bucinador se insertan en el labio inferior, mientras que las fibras inferiores se insertan en el labio superior, creando una acción de entrecruzamiento que asegura un control tridimensional preciso de la comisura.

Las relaciones estructurales del bucinador son críticas. En su superficie externa, está cubierto por la fascia bucofaríngea y está en contacto con el cuerpo adiposo de Bichat, que le proporciona soporte y amortiguación. La presencia de este cuerpo graso es lo que da forma a la mejilla en la infancia y se reduce en la edad adulta. En su superficie interna, el bucinador está tapizado por la mucosa bucal, formando la pared interna de la mejilla. Como se mencionó, el conducto parotídeo atraviesa el bucinador aproximadamente a mitad de su trayecto, un detalle de suma importancia en la cirugía de la glándula parotídea y en la prevención de lesiones accidentales durante la manipulación de la región.

4. Inervación y Vascularización

La inervación motora del **músculo bucinador** es proporcionada exclusivamente por la rama bucal del [nervio facial](#) (VII par craneal). Es crucial diferenciar esta inervación motora de la inervación sensorial de la región de la mejilla, la cual es suministrada por la rama bucal del nervio mandibular (una división del nervio trigémino, V par craneal). Esta dualidad en la inervación (motor por el VII, sensorial por el V) es un concepto fundamental en la anatomía clínica y ayuda a localizar la naturaleza de las lesiones neurológicas en la región.

La dependencia del nervio facial significa que cualquier patología que afecte a este nervio, ya sea por trauma, inflamación viral (como en la parálisis de Bell) o compresión tumoral, resultará inmediatamente en una disfunción del bucinador. La parálisis unilateral provoca que la mejilla del lado afectado quede flácida y abultada, incapaz de ejercer la presión necesaria para mantener el bolo alimenticio. Esto conduce a la acumulación de alimentos en el vestíbulo bucal y al escape de líquidos por la comisura labial.

En cuanto a la vascularización, el bucinador recibe su principal aporte sanguíneo de la arteria bucal, que es una rama de la arteria maxilar (a su vez, rama terminal de la arteria carótida externa). También recibe contribuciones menores de la arteria facial y, en ocasiones, de la arteria alveolar superior posterior. El drenaje venoso se realiza a través de las venas facial y pterigoidea, que transportan la sangre desoxigenada de vuelta al sistema yugular. Esta rica red vascular es la razón por la cual la mejilla es una región con una notable capacidad de curación, aunque también susceptible a hematomas extensos tras un trauma.

5. Función Fisiológica y Biomecánica

La función primaria del bucinador es generar una fuerza de compresión horizontal sobre la pared de la mejilla, empujando el bolo alimenticio hacia la superficie oclusal de los dientes. Esta acción es indispensable durante la [masticación](#). Sin la acción coordinada del bucinador, la lengua impulsaría los alimentos hacia el espacio bucal lateral, haciendo imposible la trituración eficiente. El bucinador actúa, por lo tanto, en sinergia con la lengua, que empuja el alimento desde el interior, mientras que el bucinador lo contiene desde el exterior.

Además de su función masticatoria, el bucinador participa activamente en la deglución. Al contraerse, ayuda a crear la presión negativa necesaria dentro de la cavidad oral para el paso del bolo alimenticio hacia la faringe. Esta acción de "vacío" es crucial en la fase oral de la deglución. En neonatos, esta función se adapta a la succión, donde el bucinador es fundamental para crear el sello hermético y la presión negativa necesaria para extraer la leche.

En la fonación y la expresión facial, el bucinador desempeña un papel secundario pero significativo. Contribuye a modificar la forma de la cavidad oral, lo cual es esencial para la

articulación de ciertos sonidos, especialmente las consonantes labiales y las vocales redondeadas. En la expresión facial, aunque su acción principal es de retracción horizontal, contribuye a la sonrisa amplia y a la acción de silbar o soplar. El tono muscular basal del bucinador también tiene implicaciones en la estabilidad de la arcada dental, especialmente en niños, donde el equilibrio entre las fuerzas internas de la lengua y las fuerzas externas del bucinador influye en el desarrollo transversal del maxilar y la mandíbula.

6. Significado Clínico

El conocimiento preciso de la anatomía y función del bucinador es de suma importancia en diversas disciplinas clínicas. En la odontología protésica, el bucinador define los límites funcionales del surco bucal. Al diseñar dentaduras completas, el borde de la prótesis debe extenderse hasta el límite funcional del bucinador, denominado el "área de sellado periférico". Si la prótesis es demasiado corta, se compromete la estabilidad; si es demasiado larga, el movimiento del bucinador durante la función (como sonreír o masticar) desplazará la dentadura, causando inestabilidad y dolor.

En cirugía oral y maxilofacial, el bucinador sirve como un plano de referencia y, en ocasiones, como un recurso quirúrgico. Se utiliza en el acceso a espacios profundos de la cara y la mandíbula. Además, el músculo bucinador puede ser elevado como un colgajo miomucoso (el colgajo de bucinador) para reconstruir defectos de tamaño pequeño a moderado en la cavidad oral, como defectos palatinos o defectos resultantes de la extirpación de tumores menores. La robustez de su vascularización lo convierte en una opción fiable para la reconstrucción local.

La terapia miofuncional y la logopedia se centran en el bucinador para corregir disfunciones orales. La debilidad crónica o la hipotonía del bucinador puede contribuir a patrones de deglución atípica (donde la lengua ejerce demasiada presión hacia adelante) o a maloclusiones dentales. Mediante ejercicios específicos, los terapeutas buscan restablecer el equilibrio entre las fuerzas musculares internas (lengua) y externas (buccinador y orbicular de los labios) para mejorar la función oral y estabilizar los resultados ortodónticos.

7. Patologías Asociadas

La patología más común que afecta directamente al **músculo bucinador** es la parálisis de origen neurológico, específicamente la causada por la afectación del nervio facial (VII par craneal). La etiología más frecuente es la parálisis idiopática de Bell, aunque también puede ser resultado de trauma, cirugía de la glándula parótida, o infecciones virales. La parálisis del bucinador se manifiesta clínicamente por la incapacidad de tensar la mejilla, lo que resulta en un ensanchamiento de la fisura oral, dificultad para contener los alimentos y líquidos, y la imposibilidad de realizar movimientos de soplido o silbido.

Otra condición relevante es la hipertrofia o espasmo crónico del bucinador, aunque es menos frecuente que su parálisis. La hiperactividad puede estar asociada a hábitos parafuncionales severos, como el bruxismo o el apretamiento dentario, aunque estos suelen afectar más a los músculos masticadores primarios (masetero y temporal). En raras ocasiones, el espasmo puede ser un síntoma de trastornos neurológicos centrales o una respuesta a irritación crónica de la mucosa. El tratamiento en estos casos a menudo involucra la inyección de toxina botulínica para reducir temporalmente la fuerza muscular y aliviar el espasmo.

Las variaciones en la inserción o el desarrollo del bucinador pueden estar relacionadas con síndromes congénitos. Por ejemplo, en condiciones raras como el síndrome de Moebius, que implica la agenesia o hipoplasia de los nervios craneales VI y VII, el bucinador puede estar ausente o gravemente disfuncional, lo que resulta en una facies inexpresiva y severos problemas de alimentación desde el nacimiento. El manejo de estas patologías requiere un enfoque multidisciplinario, involucrando neurología, cirugía reconstructiva y terapia miofuncional intensiva.

8. Técnicas de Evaluación y Tratamiento

La evaluación clínica del bucinador se realiza mediante una serie de pruebas funcionales sencillas. La prueba más directa consiste en pedir al paciente que infle las mejillas y que intente resistir la presión externa del examinador. La debilidad se manifiesta por la incapacidad de mantener el aire o por la flacidez visible de la mejilla. Otra prueba clave es la observación durante la masticación, buscando la acumulación de alimentos en el vestíbulo bucal en el lado afectado.

A nivel instrumental, la electromiografía (EMG) es la herramienta diagnóstica más precisa para evaluar la función neuromuscular del bucinador. La EMG permite medir la actividad eléctrica del músculo en reposo y durante la contracción voluntaria, ayudando a diferenciar entre una lesión muscular primaria (miopatía) y una lesión nerviosa (neuropatía). En el contexto de la cirugía reconstructiva, la cartografía nerviosa puede ser utilizada para identificar las ramas bucales del nervio facial antes de la disección.

El tratamiento de la disfunción del bucinador depende de su etiología. En casos de parálisis aguda, la rehabilitación incluye fisioterapia facial, masajes y ejercicios de reeducación muscular para estimular la recuperación nerviosa. Para las secuelas crónicas de la parálisis facial, pueden emplearse procedimientos quirúrgicos como la transposición muscular o la anastomosis nerviosa para restaurar el tono y la función de la mejilla. En odontología, el tratamiento se centra en la fabricación de aparatos que aprovechan o modulan la presión del bucinador para corregir la alineación dental y mejorar la estabilidad protésica.

9. Controversias y Variaciones Anatómicas

Existe un debate persistente en la clasificación funcional del bucinador. Aunque clásicamente se

agrupa con los músculos de la expresión facial debido a su inervación por el VII par craneal, su función biomecánica es ineludiblemente auxiliar a la [masticación](#), una función dominada por los músculos inervados por el V par. Esta dicotomía subraya la complejidad del sistema estomatognático, donde la clasificación puramente embriológica o neurológica puede no reflejar completamente la integración funcional.

Las variaciones anatómicas del **músculo bucinador** son relativamente menores, pero pueden tener implicaciones quirúrgicas. El punto exacto de perforación del conducto parotídeo a través del músculo puede variar ligeramente. Además, la densidad y la extensión de las fibras que contribuyen al modiolus son variables entre individuos, lo que influye en la dinámica de la sonrisa y la respuesta a los tratamientos de ortodoncia. El conocimiento de estas variaciones es crucial para los cirujanos que realizan procedimientos en la región parotídea y para los odontólogos que trabajan con la rehabilitación de la oclusión.

Una controversia significativa en la ortodoncia pediátrica se relaciona con el papel exacto del bucinador en el desarrollo del arco dental. Mientras que las fuerzas linguales promueven la expansión, las fuerzas ejercidas por el bucinador tienden a restringir el arco transversalmente. El desequilibrio miofuncional se ha postulado como un factor etiológico en las mordidas cruzadas posteriores y el apiñamiento. Aunque la evidencia es compleja, la modulación de la presión bucal mediante aparatos ortopédicos es una práctica común, lo que demuestra el reconocimiento de la fuerza del bucinador como un factor determinante en la morfología facial y dental.

Lecturas Adicionales

[Buccinator \(Wikipedia\)](#)

[Nervio facial \(Wikipedia\)](#)

[Masticación \(Wikipedia\)](#)

[Rafe pterigomandibular \(Wikipedia\)](#)