



20,546
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

PADECIMIENTO DEL SENO MAXILAR DE
ORIGEN DENTARIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
LUCATERO CARRANZA CARLOS GUILLERMO

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

	III
	PAG.
DEDICATORIA	I y II
INTRODUCCION	IV
TEMA I BOSQUEJO HISTORICO	1
TEMA II CONSIDERACIONES ANATOMICAS	6
TEMA III SENSUSITIS MAXILAR	12
TEMA IV CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS INDICACIONES DE LA OPERACION DE CALDWELL LUC.	20
TEMA V NEURALGIA DEL TRIGEMINO PRO- DUCIDA POR LA PRESENCIA DE - UN FRAGMENTO DE RAIZ DENTRO- DEL SENDO MAXILAR	23
TEMA VI TUMORES .	25
TEMA VII QUISTES .	29
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35

I N T R O D U C C I O N

Las enfermedades del seno, ya que pueden ser producidas por una gran gama de patologías, y que dentro de las enfermedades del seno nos enfocaremos más en la sinusitis que es el padecimiento más común.

Los cambios patológicos que ocurren en la mayoría — de los casos son irreversibles, que van alterar las funciones del seno y de sus tejidos.

A través de la bibliografía consultada encontramos — algo sumamente interesante que es el sin número de síntomas — para precatarnos del tipo de lesión a que nos estamos enfrentando, para elaborar un diagnóstico correcto y poder administrar la terapéutica adecuada.

TEMA I

BOSQUEJO HISTORICO

Las mas antiguas comunicaciones acerca del tratamiento de las sinusitis maxilares, se debe a J. Mikulicz (1877), y a Hart del seno maxilar fueron publicadas por Caldwell en New York med. Journal and med. Record, nov 4 de 1893 y por Lue en Arch Internat. de Laving en 1898. Las cuatro últimas décadas se han caracterizado por gran número de descubrimientos científicos, que han hecho impacto en la práctica de la medicina, Nuevas técnicas y facilidades permiten diagnosticos más precisos y terapeutica más efectiva.

La fisiología era poco conocida y poco apreciada, — de ahí que las operaciones "radicales" que se originan en esa época resolvían el problema patológico, exclusivamente desde el punto de vista anatómico y no fue sino, hasta la época de Proetz que se empieza a adquirir interés por la función normal de nariz y se nos paranasales, así como de su fisiología y patología.

La importancia de los factores constitucionales y ambientales no recibían consideración; la quimioterapia y terapéutica por antibióticos eran aun desconocidas. Deen en varios artículos hace notar la frecuencia y significación de las sinusitis en los niños, relacionándoles como causa de artritis bronquiectasia y corea, llegando a afirmar que aunque la mayoría de los casos curaban con amigdalectomías y adenoidectomías, algunas que requerían la extirpación de cornetes — medios, preparaciones de antro y aun operación en el etmoides y esfenoides más tarde en 1939 Deen discute las relaciones de las deficiencias nutritivas con las enfermedades de los senos

de niños, señalando la importancia de la vitaminoterapia, notan una tendencia cada vez más conservadora y dedicando mayor atención a otras causas básicas.

En esta misma época se publican artículos por Faulkme, Emerson y J. Ward que coinciden en considerar a los senos especialmente las celidillas etmoidales, como focos de infección causantes de artritis y relatando curaciones después de la operación.

Mak Gimnis describe lo que el llamó Etmoiditis no supurativa recomendando la etmoidectomía para su tratamiento. Es interesante notar el énfasis para culpar el etmoides y la tendencia a aconsejar la operación por los más pequeños signos o síntomas locales.

Berry en 1926 y 1929 desvía la puntería de los ataques hacia el seno maxilar dando gran importancia como factor etiológico a la caries dental, la cual fue exagerada al punto de considerar que el 60% u 80% de las sinusitis maxilares eran de origen dentario.

Es sorprendente en vista de la frecuencia con que la alergia se encuentra en la patología de los senos, que solo hasta 1929 se le hayan tomado en cuenta. En ese año Emerson presentó su trabajo llamado anafilaxia y alergia en rinología. Al año siguiente Kolmer discutió los principios generales de alergia como parte de un symposium que incluía trabajos de Weille Hasting y Tobey. Este trabajo se refiere principalmente a casos de asma tratados por la operación CALDWELL LUC.

En las discusiones de este trabajo KOATES señaló el hallazgo de eosinófilos en la mucosa del antro en casos de —

asma y cuya significación era desconocida. En 1940 las operaciones mas frecuentes eran las de CALDWELL LUC y la de DENKER, la operación externa de KILLIAN para seno frontal, asi como la antigua operación "TREFINA" actualmente reconocida como el mejor tratamiento de sinusitis frontales aguadas que requieren canalización y que aparentemente habian sido olvidadas. En 1938 FUNTERMBERG presenta un trabajo acerca del tratamiento de la senusitis aguda señalando los peligros de la cirugía extensiva y recomendando el tratamiento conservador.

La disminución de incidencia de la ostiomelitis fue debida a una mejor apreciación de los pelibros en las intervenciones demasiado precoces y muy extensivas en estado agudo, a la aplicación de la canalización con el mínimo de trauma quirúrgico, pero sobre todo el desarrollo de la quimioterapia y posteriormente de la antibioticoterapia.

Uno de los primeros trabajos en que se toma en cuenta el aspecto fisiológico data de 1922 y, es debido a ROKWELL-COFFIN y consiste en un estudio de la presión atmosférica en el seno maxilar cuatro años mas tarde inició PROETA su importante contribución acerca de la fisiología de senos paranasales, en su trabajo acerca del tratamiento por desplazamiento seguido posteriormente por estudios de los cilios nasales de la microanatomía del stium esfenoidal, acerca de los vasos constrictores, de las relaciones endocrinas de las corrientes respiratorias de la nariz y de la humidificación del aire.

De mayor importancia también, son las contribuciones a lo que se refiere a fisiopatología de senos paranasales son debidos a TAYLOR "Relaciones entre la natación y la senusitis". Los estudios de FENTON acerca de la inmunidad de las mucosa, los trabajos LIERLE Y MOORE acerca del efecto de las-

drogas en la actividad ciliar el de HARMNESS acerca de los trastornos endocrinos. KOLMER y más tarde de HANSEL presentan importantes trabajos acerca de la alergia. Todas estas contribuciones así como los estudios de TREMBLE acerca de los cilios nasales y los de WEILLE sobre la virología y su relación con los pólipos, han arrojado gran luz para un mejor conocimiento de este problema.

Como resultado de estos descubrimientos el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas de los senos paranasales es en la actualidad mucho más efectiva, se han mejorado las posibilidades diagnósticas, y existen más poderosas agentes terapéuticos, así como una más clara concepción de la etiología, la comprobación de la presencia de manifestaciones alérgicas, como en el uso rutinario de pruebas diagnósticas, incluyendo examen citológico ha traído como consecuencia menos cirugía innecesaria y un tratamiento conservador más racional llevado en cooperación con el alergista. En la actualidad se hace menos cirugía radical, pero cuando es necesario se lleva a cabo sobre mejores bases con mayor seguridad.

Cambios notables pueden esperarse en un futuro desarrollo de la virología y un mejor conocimiento del sistema nervioso autónomo puede modificar el tratamiento de los desórdenes alérgicos y mejoría de las condiciones ambientales, pueden producir una mejor higiene de la mucosa nasal, y paranasal, protegiéndolos del calor y sequedad excesivas, el polvo, el humo etc., y puede aun esperarse que estados mentales más estables, puedan reemplazar de tensión y stress

En 1939 Hempstead reporto los resultados de 1634 casos, obtenidos de la literatura médica, e incluyendo los propios; en los que señala que el 97% se atribuye a:

- a).- A la facilidad técnica sin pérdida del tejido del concha.
- b).- Reacción mínima.
- c).- Mínima lesión a la mucosa que rápidamente vuelve a su normalidad.
- d).- Frecuente absorción espontánea del tejido polipoideo infectado, después de la ventilación y canalización adecuada.
- e).- Visibilidad antroscópica que permite observar el estado interno del seno.

TEMA II

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

El seno maxilar o antro de Higomore, debe su nombre al anatomista inglés que lo descubrió en el siglo XVIII; el seno se encuentra en el hueso maxilar superior.

Forma y Situación:

Situado aproximadamente, en el centro del maxilar superior, tiene forma de pirámide triangular, con base interna, y el vértice externo, por lo tanto presenta, paredes, bases, vértice, y bordes.

La pared anterior corresponde a la fosa canina, que es donde se abre el conducto suborbitario que alcanza un mm.

La pared superior constituye el piso de la órbita, y el lado opuesto de la cara orbitaria, de la apófisis piramidal; llevando con signo a el conducto suborbitario.

La pared posterior corresponde a la fosa cigomática, su base es parte de la pared externa de las fosas nasales, — en ellas se encuentra el orificio del seno, dejando por delante del mismo, una superficie donde desemboca el conducto lacrimo nasal.

El vértice se encuentra vuelto hacia el hueso malar, y que corresponde con el vértice de la apófisis piramidal.

El piso del seno pertenece al borde inferior, y es la parte de mayor declive de la cavidad, su parte posterior —

forma el lado interno del borde alveolar, hacia el lugar del segundo premolar y primeros molares.

Los bordes del seno corresponden al contorno de la base, el borde superior forma la unión del piso, de la órbita y la pared nasal sigue al borde superior del hueso.

El borde anterior vertical corresponde a la unión de la pared anterior, con la base del borde posterior, que corresponde a la tuberosidad del maxilar, que forma la hendidura pterigomaxilar que aloja principalmente el nervio maxilar superior y el ganglio de Meckel.

El borde inferior tiene la forma de un canal, entre la pared anterior y la pared posterior, que corresponde al reborde alveolar donde se implantan los dientes.

Situación Topográfica:

El seno maxilar está situado, por arriba por la órbita, por abajo la cavidad bucal, por dentro de la nariz.

Comunicación con las Fosas Nasales:

El orificio suele estar situado en la porción anteroposterior de la base del seno.

Es muy frecuente la presencia de orificios supernumerarios, a infundibulos en el meato medio por debajo del hiato semilunar, ambos orificios ya sean ordinarios o supernumerarios, están situados en la pared común del seno y fosas nasales, y se encuentran forrados por una mucosa muy delgada unida al perióstico.

Relaciones Importantes:

I. - La pared superior, forma el piso de la órbita - y por lo general, el conducto del nervio infraorbitario hace relieve en dicha pared.

II.- En ciertos casos las raíces de los terceros molares, y segundos premolares se relacionan con el seno aunque esta circunstancia es muy rara.

III.- La raíz del canino forma una elevación cilíndrica vertical en la pared anterior.

IV.- Los nervios alveolares están en relación con la pared anterior y posterior del seno, e intervienen en su inervación, están situados en conductos óseos incompletos en el lado interno del seno.

V.- Desde el final de la primera infancia, en adelante la pared interna está en relación con los meatos medios inferiores.

Embriología.

El seno maxilar aparece al tercer mes de vida intrauterina, a expensas, de un abolsamiento de la mucosa del infundíbulo etmoidal.

En el recién nacido es por lo general una pequeña cavidad, y a veces no existe, si no virtualmente, y tiene un diámetro de siete u ocho mm., anteroposterior, y solo tres mm., en sus demás dimensiones.

A los dos años de vida, el seno rebasa el canal infraorbitario, y al mismo tiempo que crece el maxilar el seno se dilata en todas direcciones y esto es hasta los dieciocho años en que termina su desarrollo y adquiere la forma que — conservará en el adulto.

Histología:

El seno se halla tapizado por el periostio sobre el cual se dispone una capa de tejido celular submucoso; que es una emancipación de la pituitaria, a veces existen glándulas — el epitelio de revestimiento es cilíndrico y ciliado.

Desarrollo:

Los gérmenes dentales, ocupan casi totalmente el hueso maxilar, durante el primer año de vida, el seno maxilar — es un saco tubular de ocho por cuatro mm.; su desarrollo es — lento, pero a partir de los siete años su progreso es rápido — y su desarrollo es simultáneo con la aparición de los dientes permanentes.

Fisiología:

El seno es una cavidad aérea a la presión del aire, — en su interior es igual o muy semejante a la atmósfera. El — equilibrio está asegurado por la comunicación a través del — ostium.

El epitelio ciliado que se encuentra, tiene como — función la eliminación de las secreciones, excreciones, que — se forman en las cavidades.

Los cilios sostienen , las substancias extrañas, las ondas que producen los cilios son para llevar las substancias de una región a otra; pero siempre en dirección del orificio de drenaje.

Cuando la membrana es patológica, su acción es deficiente, la ausencia de pestañas vibrátiles van a ocasionar — que las substancias extrañas, descansen en la superficie.

Vulcularización:

Esta asegurada por la arteria maxilar interna y sus ramas.

La arteria proviene de la zona retrocondilea, con — su trayecto horizontal, hacia adentro y se dirige hacia el — trasfondo de la fosa pterigo maxilar, y sigue sobre la tuberosidad donde sus ramas maxilares, y dentarias siguen la pared del seno.

El sistema venoso está ricamente anastomosado en el espesor del tejido esponjoso del hueso, de la superficie, y — con los plexos vecinos, que representan las vías de drenaje, — y que son: orbitarios, nasales, faciales, pterigoideos y es — por estas vías por donde se propagan las infecciones en esta región.

Inervación:

Es inervación es através del nervio maxilar superior, que proviene del agujero redondo mayor y llega al trasfondo — de la fosa pterigo maxilar, que va alojado en el canal y se — ramifica en el agujero infraorbitario, en su trayecto da la — rama ósea, dentario posterior y forma los plexos posterior, —

medio y anterior para el canino e incisivos, a este nervio es ta conectado el ganglio esfenopalatino, del cual se despren— den anostomosis para todas las demás ramas del maxilar; y pa— ra los nervios vecinos.

Esta anastomosis implica la variabilidad del dolor — en la sinusitis.

Diferentes Tipos de Senos:

Los senos maxilares difieren tanto en dimensión como en forma por esto tenemos:

- 1.- Senos Pequeños.
- 2.- Senos Medianos.
- 3.- Senos Grandes.

Los senos pequeños, e producen por presentarse la — dentición, en su desarrollo muy marcado, de la pared externa— de las f' sas nasales y fosa canina, con estrechez de la luz — de la mitad anterior del seno, y su relación con el maxilar — será alta y alejada de las raíces dentarias.

Senos grandes, son producidos como consecuencia de — una reabsorción marcada, y con prolongaciones orbitarias, en— clavada en la rama ascendente del maxilar.

La alveolar, palatina superior, palatina inferior, — que se extienden en la boveda palatina.

Un seno grande desciende muy abajo, al fondo de los— alveolos los apices pueden encontrarse debajo de la mucosa — o dentro del seno.

TEMA III
 SENUSITIS MAXILAR

Clasificación:

Padecimientos	}	Senusitis maxilar aguda.
inflamatorios.		Senusitis maxilar crónica.
padecimient	}	Senusitis maxilar
supurativo.		supurativa crónica.

Senusitis Maxilar Aguda:

Las infecciones del seno maxilar son causadas por la propagación de infecciones de raíces de dientes cariados, en el maxilar superior.

Las infecciones del seno maxilar, a partir de un diente infectado o consecutiva a una extracción, con perforación del antro, y se observa en forma aguda, y crónica.

En todos los casos de senusitis maxilar se debe investigar si se encuentran afectados los demás senos, lo cual no es fácil diagnosticar, por que la senusitis no difiere de la inflamación de los demás senos.

Las células etmoidales afectadas, son capaces de reinfectar constantemente, el antro y en muchos casos la etmoiditis es la causa de la infección.

Sintomatología:

Los síntomas de la sinusitis maxilar aguda, depende de la virulencia de los microorganismos causales.

El síntoma principal es un dolor violento, constante, localizado que a veces se refiere a la mejilla o a la región-frontal; con irradiación al ojo y en ocasiones produciendo hipersensibilidad en los dientes, contiguos y que con el menor-movimiento brusco aumenta el dolor.

La sensibilidad localizada sobre el seno, afectado - y que coincida con los límites anatómicos del seno, en un --- síntoma constante.

La trasluminación no se puede conseguir cuando hay - algo en el antro, en el examen radiográfico se ve el seno como borroso, y algunas veces se ven niveles líquidos, pero sin embargo la radiografía no es tan importante para el diagnósti-
co.

Con la acumulación de pus, la tumefacción, hay cefa-
lalgias, y al hacer presión en la mejilla del lado afectado - es dolorosa.

El exudado que se vierte por las fosas nasales, puede ser primero seroso, y convertirse pronto en mucopurulento- y que gotea a la faringe donde se deglute. Y que al inclinar- la cabeza hacia delante, fluye por la ventana nasal.

En la sinusitis de origen dentario, la secreción es- de mal olor la afcción se acompaña de toxemia, sudoración, - escalofríos, fi bre, y amenudo náuseas y vértigo, puede ha-

ber obstrucción total o parcial de la fosa nasal correspondiente.

Tratamiento:

Su tratamiento es siempre con medicamentos, nunca quirúrgico, la única excepción es cuando esta bloqueado el orificio natural. Se debe mejorar la ventilación y el drenaje, y hay que administrar calmantes, aplicaciones locales de compresas calientes y frías, que tienden aliviar el malestar que produce la presión.

Otros métodos pueden ser por medio de: Isquemia, aspiración, taponamiento, nasal, la aspiración es por medio de cánula. Los preparados astringentes que producen isquemia de la mucosa, y que atenuaran el dolor y la congestión.

La preparación ideal es una solución normal con efedina al 1%, las inhalaciones favorecen el drenaje la sinusitis insipiente permite este tratamiento conservador.

Sinusitis Maxilar Crónica:

Etiología:

Puede ser producida por infecciones dentales crónicas, originada por microorganismos de escasa virulencia, o como consecuencia de la aguda.

Sintomatología:

Por lo general los pacientes no presentan dolor ni fiebre, en algunos casos se vierte exudando mucosopurulento en pequeñas cantidades, en las fosas nasales y que es de mal olor, principalmente por la mañana, son frecuentes las exacer

vaciones periódicas durante las cuales se produce dolor, que algunas veces es bastante intenso. Y alcanzando su estado máximo, cuando el seno se obstruye, por la formación polipívida de su mucosa engrosada e inflamada, y se presenta a alitosis con frecuencia.

La presencia de pús en el meato medio es signo de inflamación crónica del seno, sin embargo la trasluminación es de gran valor para el diagnóstico.

Tratamiento:

Se hace por medio de irrigaciones del seno, a través del ostium de veinte a treinta irrigaciones, son comumente suficientes para tener alivio, otro método es haciendo una punción en la pared del seno, con este tratamiento se obtienen resultados más satisfactorios, pero no debemos olvidar de dejar un drenaje.

Técnica de Punción del Antro:

Con una torunda humedecida con solución de cocaína - al 10% se aplica bajo el corte inferior, esperando unos diez minutos aproximadamente, se introduce el trocar curvo de Cooley o Myles, con cánula o aguja recta de Lichtwitz, por debajo del cornete inferior, en dirección hacia arriba y afuera hasta que penetre dos medios cm., en la cavidad nasal, y se empuja el trocar hasta la pared del antro; retirando inmediatamente el trocar y se deja en su lugar la cánula para aspirar a través de ella el contenido del seno, se debe irrigar con solución salina normal y aspirar para dejar seco el seno.

Senusitis Maxilar Spurativa Crónica:

Etiología:

Es producida por una senusitis supurativa que no fué tratada, debidamente en su fase aguda, habiendo cambios irreversibles en la mucosa.

El término supurativa crónica indica que se tenga la idea que ya han ocurrido cambios irreversibles en uno o mas senos paranasales.

Sintomatología:

El sintoma principal es que hay secreción purulenta— no es muy frecuente que el paciente manifieste, cefaleas recurrentes, algunas veces una cefalea de escasa intensidad — puede ser un síntoma; Se debe hacer un examen muy completo, — ya que los senos que aparecen oscuros en la transiluminación — y que radiográficamente no tengan ninguna infección, por esto los puntos más importantes para el diagnóstico son la presión arterial y el método de desplazamiento.

Tratamiento:

Es quirurgico y requiere de la eliminación de los tejidos blandos y el hueso enfermo, con un drenaje postoperatorio adecuado con una obliteración.

Para vez la irrigación repetida acompañada de anti—histamínicos y antimicrobianos, pueden llegar a curar la enfermedad.

Método de Desplazamiento:

Se coloca al paciente en posición supina sobre una superficie plana, que la cabeza quede por debajo del extremo de la mesa, o si no se levantan los hombros con una almohada, ya que este en posición correcta se le pide que respire por la boca y que no tenga saliva ni hable, se introduce en las fosas nasales una solución salina isotónica que hara las veces de un vaso constrictor se debe usar lo suficiente para llenar la nariz; se hará succión lenta e intermitente, mientras en una narina se succiona, en la otra se ocluye.

Se dice al paciente que respire unas quince veces, el paladar blando cierra con la nasofaringe, produciendo el sistema cerrado de presión negativa, cada retorno a la posición normal hace que la solución salina substituya a la secreción purulenta en los senos y la desplaza hacia las fosas nasales, donde es de fácil eliminación con succión, este tratamiento se puede utilizar las veces que sea necesario; no se debe usar S.M.A., por que podría extender la infección a otras regiones.

Operación de la Ventana del Seno:

Esta operación se realiza para crear una ventana artificial, para mantener un drenaje, continuo y facilitar para su tratamiento local.

Se anestesia localmente, se extirpará la mitad anterior del cornete inferior, se utilizaran unas tijeras de cierra, con el trocar se hace la abertura, como en la punción del antro. Situado junto al piso de la nariz, la abertura se amplía con una pinza gubia siguiendo la línea del suelo, hasta alcanzar la pared nasal con la pared facial del seno.

Vía de Acceso Nasal al Seno Maxilar:

Una infección crónica es accesible por tres vías:

- I.- Irrigación intranasal.
- II.- Apertura de una ventana.
- III.- Acceso bilateral através de la fosa canina.

Irrigación del Seno Maxilar:

Este método se puede realizar de dos maneras:

a).- Apertura natural:

Después de la anestesia local se introduce una cánula, por el orificio normal del seno, situado a la mitad del meato medio, el seno se irriga con suero fisiológico normal.

b).- Punción de la pared Naso-antral:

Se realiza con anestesia local, y un trocar, se punciona la pared naso-antral, por abajo del cornete inferior, - invirtiendo la punta del instrumento hacia fuera y arriba, -- que penetre el trocar en el seno, se irriga el seno con solución salina tibia.

Ventana Intra-nasal:

1.- Se anestesia localmente, la mucosa que cubre la pared naso-antral y el cornete inferior.

2.- Se dobla el cornete inferior hacia arriba y adentro.

3.- Se abre una ventana en la pared antronal con -
escoplo.

4.- Se ensancha con una pinza para hueso, se debe ha-
cer lo suficientemente grande, para que no se cierre pronto -
y tenga un buen drenaje.

Operación Sublabial por la Técnica de Caldwell Luc:

Se retrae el labio superior y se hace una incisión -
horizontal de tres o cuatro cm. de longitud, por debajo del -
pliegue gingivalabial hasta llegar al hueso, el mucoperiostio
se repliega hasta descubrir la fosa canina, se trepana el hue-
so con fresa, se hace un orificio en la cara anterior del se-
no, que se ensancha hasta conseguir darle un diámetro de un-
cm. medio. La hemorragia que se produce se cohibe con com-
presas de adrenalina. Se debe curetear perfectamente removien-
do toda la mucosa que tapiza el seno, se debe hacer una con-
tra abertura en la cavidad nasal, a travéz de la pared naso-
antral, por debajo del cornete inferior, ya terminada se cu-
retea y se sutura con seda negra.

Según el grado de supuración será el tipo de opera-
ción que se hará, y hay tres tipos:

1.- Preforación del antro a travéz de la apófisis -
alveolar.

2.- Operación radiacal, en la que se penetra al seno
a travéz de la fosa canina.

3.- Drenaje a través de la nariz, en la cual es nece-
sario la extirpación de una porción naso antral y del come-
te inferior.

TEMA IV

CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS INDICACIONES
DE LA OPERACION DE CALDWELL LUC.

Según algunos autores, dicen que éste tipo de operaciones pueden perder indicaciones por lo siguiente:

a).- Por la técnica de antrostomía, endonasal, que es más fácil de practicar.

b).- Por los cambios patológicos de la mucosa en la sinusitis maxilar crónica que son reversibles y que caden con algún tipo de lavados y canalizaciones intranasal.

c).- Al extirpar radicalmente la mucosa fliade que no s eregenera, y se producen cambios de las funciones.

d).- Segun Ban Alyea dice que la única indicación de la operación de Caldwell Luc. para hacer una ventana naso-antral, pero esta se puede hacer en la antrostomía endonasal.

e).- La operación de Caldwell Luc; no es confiable para la curación definitiva de la sinusitis, por lo cual tenemos dos consideraciones que debemos tomar en cuenta:

1.- Alteración de las funciones de la mucosa ciliada.

Se puede aceptar la técnica de antrostomía entonasal. Es muy fácil en individuos de raza sajona no así en los aborígenes de nuestro país y en los de raza oriental, ya que las dimensiones del meato inferior, dificulta para abrir la ventana antranasal, es más recomendable la técnica de Caldwell -

Luc; ya que siempre existe la posibilidad de abrir una ventana antranasal de las dimensiones que se requiera.

2.- Obliteración de la ventana antranasal:

Es cierto que se producen cambios patológicos en la mucosa, pero son reversibles en muchos de los casos, y se debe al medio ambiente según trabajos de Ban Alyea. La sinusitis maxilar crónica que llega a Hospitales, es una sinusitis crónica de más de cinco años, por lo cual es obsoleto cualquier tratamiento conservador.

No es completamente claro el paso de sinusitis subaguda a crónica, desde el punto de vista anatomopatológico — se debe considerar desde el momento en que la infiltración inflamatoria de leucocitos, neutrofilos, son desplazados por infiltración de linfocitos, el tiempo de la sinusitis aguda — es de diez a catorce días; y de subaguda es de cuatro a seis semanas, que conducen al estado crónico.

El tercer punto:

Nunca se debe extirpar totalmente toda la mucosa del antro solo las formaciones polipoides y las neoformaciones óseas, y las partes supurantes o hiperplásicas de la mucosa, respetando la mucosa de la pared interna sobre todo la mucosa periostial, ya que aquí se inhibe la acción que protege al antro de infecciones.

El cuarto punto:

El autor B en Alyea, dice que no es el único mérito de la operación de Caldwell Luc, es el poder hacer una ventana nasoantral, que permita la inspección de los cambios pato-

lógicos que pueden ser irreversibles, respetando la mucosa -
periostial. Se pueden presentar recaídas de la sinusitis ma--
xilar crónica, tratada bajo la técnica de Caldwell Luc.

TEMA V

NEURALGIA DEL TRIGEMINO PRODUCIDA POR LA PRESENCIA
DE UN FRAGMENTO DE RAIZ DENTRO DEL SENOS
MAXILAR.

Etiología:

Por la presencia de un fragmento radicular dentro — del seno maxilar se produce una neuralgia atípica.

El síndrome de la neuralgia mayor del trigémino se — observa en el paciente, que presenta un ataque de dolor, la — enfermedad se puede reconocer a primera vista.

Si se presenta el paciente en el consultorio dental, durante un período de remisión describe con exactitud, y se — puede desechar la posibilidad de la neuralgia mayor; quedando por excluir la neuralgia del ganglio esfenopalatino, o bien — provocada por un estado neurológico intra craneal y esto se — puede reducir a las neuralgias menores atípicas que son ocasionadas por alguna irritación de alguna cavidad de la cara o seno.

Se debe investigar el estado patológico de la nariz, senos nasales accesorios y hacer un reconocimiento de los — dientes ya que puede confundirse con la neuralgia menor del — trigémino.

Solo la radiografía nos da los datos patológicos de los dientes sospechosos, los dolores del agujero infraorbitario son provocados por afecciones del seno maxilar.

La zona de excitación refleja en la región temporal, indica una neuralgia de la segunda rama del trigémino.

Tratamiento:

Antes de administrar cualquier medicamento, se deben eliminar todas las causas de irritación y mejorar el estado general del paciente. En pacientes con diabetes, lues, tuberculosis, son propensos a la neuralgia mayor del trigémino, pero se debe atacar primero su padecimiento principal.

Las inyecciones de alcohol están indicadas, por su gran éxito que han tenido en el tratamiento de las neuralgias, pero no se deben indicar para todos los casos, por la anestesia prolongada que producen, ya que pueden llegar a ocultar la etiología de la neuralgia, y evitando por consiguiente su tratamiento adecuado.

Se debe tener bastante precaución con el manejo de las inyecciones de alcohol, ya que la membrana mucosa, es sumamente sensible al alcohol y se puede llegar a destruir con mucha facilidad.

La técnica de las inyecciones de alcohol, es sumamente sencilla, es parecida a la empleada para anestesia por conducción con novocaína, que es bastante segura. Las reacciones locales son moderadas y dependerán del operador y la región afectada.

TEMA VI

TUMORES

Definición:

Los tumores son crecimientos anormales. La definición de tumores por Prinz y Greenbaum. Un tumor es una neoformación autónoma del tejido y que es producida por inflamación o hipertrofia de tejidos preexistentes, que no muestra ninguna tendencia hacia la curación espontánea, que no cede a la acción de las drogas.

Los tumores son neoplasias por aberración en la vida de las células, que alteran su actividad reproductiva que no desempeñan ninguna actividad.

Etiología:

Es desconocida aunque Thoma insiste, que los traumatismos son el factor etiológico más importante ya que no se puede determinar fácilmente.

Sintomatología:

El dolor no es un síntoma característico de los tumores de los tejidos blandos o duros.

Los tumores malignos presentan sintomatología bien definida, presentan obstrucción nasal, epistaxis, cefaleas, deformidad facial por el desarrollo del tumor.

La extensión de los tumores en el seno, es lenta metastasis rara que se determina por medio de la exploración radiográfica.

Tratamiento:

Según el caso se hará resección apical del maxilar, - destrucción por electrocoagulación, en algunos casos irradiación.

El tratamiento para los tumores benignos es el mismo que para el mucosele, que requiere el raspado, la cirugía está contra indicada cuando es bilateral en el seno.

El carcinoma del seno, no presenta síntomas tempranos, cuando crece hasta penetrar en la nariz; presenta obstrucción nasal, su crecimiento es hacia arriba, su desplazamiento es hacia la órbita produciendo diplopia; cuando su crecimiento es hacia el piso del seno invade los dientes y se aflojan.

Diagnóstico:

Se debe hacer una biopsia de los tejidos que crecen hacia la nariz, se deben tomar radiografías para valorar el tamaño de la lesión, si se encuentra afectada la base del cráneo su tratamiento es quirúrgico (maxilectomía); radiación externa.

La ventaja de la maxilectomía es que se hace una ventana, que por medio de la cual se puede inspeccionar con el fin de prevenir, cualquier recurrencia, se construye una prótesis para cerrar el defecto.

Es indispensable hacer una historia clínica completa, con su biopsia senusal.

Sintomatología de los tumores: benignos:

Los síntomas que producen son debidos a la presión - y obliteración de los conductos de drenaje de los senos.

El mucosela puede confundirse con una neoplasia de - tumores mixtos salivales, que se encuentran en ocasiones en - el seno maxilar.

Los pólipos son hallazgos frecuentes por medio de la radiografía, ya que por lo general no presentan ningún síntoma ante los rayos X se ven como masas lisas y redondas.

Consideraciones anatomopatológicas:

La neoplasia maligna que se presenta en los senos - se clasifica de la siguiente manera:

a).- Los del tipo epiteliales que son las células es camosas cornificadas, las de células no cornificadas, las de células de transición, linfopiteliomas, carcinoma de células basales.

b).- Los de tejido conjuntivo que comprenden las diferentes formas de sarcomas de células fusiformes, redondas, polimorfas, ostioblastomas, fibrosarcomas, mixocarcomas.

c).- Mixtos de forma glandular Faringioma con alteraciones malignas y los tumores de células gigantes asociada con adenomas paratroides.

TEMA VII

Q U I S T E S .

Los quistes son tumores que forman cavidades tanto - en tejidos blandos como duros, siendo en todos los casos benignos.

Se entiende por quiste una cavidad formada dentro - de los tejidos blandos o duros, que contiene una sustancia líquida o semilíquida, (dir) circunscrita por una cápsula que - la separa de los tejidos adyacentes.

Se pueden agrupar los quistes en dos grupos:

QUISTES
DE
TEJIDOS BLANDOS

Quiste Mucoso.
" Tirogloso.
" Ránula
" Dermoide de glándu
las salivales
" De Papila palatina.

QUISTES
DE
TEJIDOS DUROS

Quistes de origen dentario. { Q. Foliculares
" Radiculares
" Dentigeros.
Etc.
Quistes de origen no dentario

Tratamiento:

Es quirúrgico ya que existe la necesidad de extirpación total de la membrana quística para evitar recidiva, antes de la intervención quirúrgica, se debe examinar el pacienu

te minuciosamente, por medio de diferentes medios de diagnóstico. Casi siempre por regla general es necesario la extracción de los dientes involucrados en la lesión llegando hasta dientes sanos, por tal motivo es necesario que se le diga al paciente que puede perder más dientes de lo planeado para que esté consiente, ya que eso se decide en el momento de la intervención quirúrgica.

Existen dos teorías para la extirpación de quistes - y son:

- a).- Enucleación total del quiste.
- b).- Operación de Partsch.

Quistes del Antro:

Los quistes más comunes en el antro son: los foliculares y radioculares.

Etiología:

Se forman en los apices de los dientes desvitalizados, por la proliferación de restos epiteliales; pudiéndose originar en la mucosa del seno, dando lugar a secreciones periósticas de un líquido acuoso e incipiente que cuando es muy abundante produce abultamiento y deformidad del lado afectado.

Sintomatología:

Se descubre por casualidad por que no presenta síntomas, la deformidad, el aumento de volumen y la supuración - son datos valiosos para el diagnóstico.

Tratamiento:

Si no se trata a tiempo puede ser de gran tamaño llegando en ocasiones a llenar parcial o totalmente el seno, y solo pueden ser desalojados por medio de operaciones radicales.

En grandes quistes de la parte anterior del maxilar superior, se requiere de gran cuidado para evitar que se abra en la cavidad nasal, en todos los casos se deben extraer los dientes causales.

Fistula Oroantral:

Comunica al seno con la cavidad oral, se abre la fistula en el espacio dejado por un molar que fue extraído.

Etiología:

Debido a que las raíces de los molares se extienden casi hasta el piso del seno, que algunas veces dentro de él; otras veces al hacer la extracción se fractura la delgada capa ósea penetrando al seno dando lugar a la fistula.

Sintomatología:

Cuando sucede la secreción purulenta que drena desde el seno maxilar a la cavidad oral, el pus es de mal olor y de color verdoso.

El cáncer es otro tipo de fistula, oroantral a medida que el cáncer crece destruye el piso del seno, penetrando el tumor en la cavidad oral, por medio de la biopsia se establece el diagnóstico.

Tratamiento:

Cuando las fistulas oroantrales son amplias no responden a tratamientos conservadores.

Cuando la fistula es consecutiva a una extracción dental, se debe intentar primero mediante un tratamiento conservador. Ya que muchas de las fistulas recién producidas, pueden cerrarse suturando los tejidos gingivales, si se llega a desarrollar algun tipo de infección se debe administrar antimicrobianos en dosis adecuada e irrigaciones al seno maxilar, si el padecimiento es crónico el tratamiento será quirúrgico.

Al Cirujano Dentista acuden pacientes con fistula antro-bucal para el tratamiento plástico de la misma, si la lesión es crónica, puede efectuarse la operación de Caldwell - Luc, para retirar la mucosa sinusal, para mantener un drenaje suficiente a las fosas nasales a tes de intervenir a la extirpación de la fistula.

Cuerpos Extraños en el Antro:

Son dientes, fragmentos de las raices de los mismos, las raices de los dientes no perforan frecuentemente la mucosa del seno, sino que se encuentran entre ella y la pared ósea. En algunos dientes o sus raices es mejor extraerlos por la técnica de Caldwell Luc que no solo mejora el acceso al seno sino que permite al cirujano establecer el drenaje por la nariz por estas ventajas es recomendable este tratamiento.

Hematoma en el Antro:

Son frecuentes en fracturas del maxilar superior, y especialmente si la lesión interesa la arteria infra-orbita-

ria o a los vasos alveolares superiores. La hemorragia que produce el hematoma se cohibe de manera espontánea en la mayoría de los casos pero algunas veces sigue lentamente en estas circunstancias de hemorragia más menos constante de sangre — que se acumula en el seno maxilar, es eliminada por el ostium; y en caso que la hemorragia persista está indicada la operación de Caldwell Luc, para practicar la hemostasis.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

34

CONCLUSIONES

El conocimiento de las enfermedades del seno maxilar, hace ineludible que el interés de estos padecimientos — que se desplace el tratamiento a la prevención. El énfasis de la prevención no rechaza aquellos tratamientos quirúrgicos, — ya que cuando el paciente se presenta al consultorio la lesión se encuentra muy avanzada y no queda otro camino que el de un tratamiento drástico para que sea eficaz. Por este motivo es preciso se cree conciencia entre la población.

A pesar que la mayoría de las enfermedades del seno pueden ser previsible con tratamientos igualmente eficaces.

Nuestra facultad de Odontología cumple en la medida de sus posibilidades una gran labor social, tanto en la facultad y en sus clínicas periféricas; si no también fuera de ellas en brigadas permanentes de salud dental, llevando el servicio a las regiones más marginadas de la población.

La prioridad de las lesiones tanto de la sinusitis, como los tumores y quistes en la práctica se ha desplazado — a la reparación del daño causado por la enfermedad y encaminada a la conservación de la salud de la boca y de todo el ser humano en sí.

B I B L I O G R A F I A .

Enfermedades de Oídos Naríz y Garganta de: FRANCIS
LEDERB. C.M.D.

Anatomía Humana Tomo primero del: DR. FERNANDO QUIROZ.

Tratado de Otorrinología de: DR. DAVID DEWISSE.
DR. WILLIAM H. SAENDERS.

Otolaringology Tomo III y IV de: GEORGE MARRESOY
Harryp.

Tesis Padecimientos del Antro de: Hegmore y su Tratamiento de:
DR. HIROSHI SATO SATO.

Patología y Clínica Quirúrgica de: DR. DIEBOLD.
DR. SCHWERDT.

Surgical Treatment. de: JAMES PETER WARBASSE.
CALVIN MASON.

Diagnóstico Clínico de Enfermedades de la Boca de:
LOUIS V. HAYES:
LEO WINTER.