



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**“EL SENSO MAXILAR
DOS PADECIMIENTOS FRECUENTES Y SU TRATAMIENTO”**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

WALTER GONZALEZ-PLATA ESCALANTE

México, D. F.

1985





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 está 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.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	11
CAPITULO I.- CARACTERISTICAS NORMALES	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR	13
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SENO MAXILAR	14
ANATOMIA DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR	14
SENO MAXILAR	17
HISTOLOGIA DEL SENO MAXILAR	18
FUNCIONES DEL SENO MAXILAR	19
CAPITULO II.- HISTORIA CLINICA Y METODOS DE EXPLORACION DEL SENO MAXILAR	
INTERROGATORIO	20
EXPLORACION FISICA DEL SENO MAXILAR	21
PALPACION	21
TRANSILUMINACION	21
VIA BUCAL	22
VIA RETROMAXILAR	22
VIA SUBORBITARIA	23
ESTUDIO RADIOGRAFICO	23
RADIOGRAFIA DE WATERS	23
RADIOGRAFIA DE CALDWELL	23
RADIOGRAFIA LATERAL	26
RADIOGRAFIA SUBMENTO VERTICAL	26

INTERPRETACION RADIOGRAFICA	26
PUNCION EXPLORADORA DEL SENO MAXILAR	29
RINOSCOPIA ANTERIOR	32
RINOSCOPIA MEDIANA	35

CAPITULO III.- SINUSITIS MAXILAR

ETIOLOGIA	36
EMPIEMA SINUSAL	39
CLASIFICACION	42
SINUSITIS MAXILAR AGUDA CATARRAL	42
SINUSITIS MAXILAR AGUDA PURULENTO	43
TRATAMIENTO	47
SINUSITIS MAXILAR CRONICA CATARRAL HIPERPLASTICA	51
SINUSITIS MAXILAR CRONICA PURULENTO	53
TRATAMIENTO	57
OPERACION DE CALDWELL-LUC	59
CUIDADOS POSTOPERATORIOS	60

CAPITULO IV.- LESIONES TRAUMATICAS QUIRURGICAS Y SU TRATAMIENTO

ETIOLOGIA	62
DIAGNOSTICO	63
TRATAMIENTO	64
CAUSAS DEL FRACASO EN EL CIERRE DE LAS FISTULAS BUCOSI- NUSALES	68
APICES Y RAICES PROYECTADOS AL SENO MAXILAR	68
TECNICA DE EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES PROYECTADOS AL SENO	70

EXTRACCION DE UNA PIEZA DEL SENO MAXILAR	71
CUIDADOS POSTOPERATORIOS	71
FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR	72

CAPITULO V.- LESIONES TRAUMATICAS NO QUIRURGICAS

ETIOLOGIA	74
DIAGNOSTICO	74
TRATAMIENTO	75

CONCLUSIONES	76
--------------	----

BIBLIOGRAFIA	78
--------------	----

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

LA ODONTOLOGÍA COMO UNA CIENCIA RAMA DE LA MEDICINA SE ENCARGA DEL ESTUDIO, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE LA BOCA.

LA CAVIDAD BUCAL ES PARTE IMPORTANTE DE UN SISTEMA DEL CUERPO Y NO SE PUEDE CLASIFICAR COMO UNA ESTRUCTURA APARTE. AL INTEGRARSE COMO ELEMENTO DE UN SISTEMA TIENE RELACIONES Y COLINDANCIAS CON EL RESTO DEL CUERPO HU MANO, DONDE VAN A INTERVENIR DE UNA FORMA U OTRA AL FUNCIONAMIENTO NORMAL - DEL CUERPO.

EL CAMPO DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA ES LO SUFICIENTEMENTE AMPLIO - COMO PARA ABARCAR A DETERMINADAS ESTRUCTURAS VECINAS A LA BOCA.

DE LAS ESTRUCTURAS VECINAS ENCONTRAMOS UNA A LA CUAL NO SE REFIERE MUCHA IMPORTANCIA DENTRO DEL CAMPO DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA; ESTA ESTRUCTURA ES EL SENO MAXILAR; SIN EMBARGO EL TIPO DE FUNCIONES QUE DESEMPEÑA SON DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA FONACIÓN, FUNCIÓN QUE ES EFECTUADA EN GRAN PARTE POR LA BOCA.

ENTRE OTRAS FUNCIONES TAMBIÉN PODEMOS ENCONTRAR EL CALENTAMIENTO - DEL AIRE INSPIRADO, ASÍ COMO LA ELIMINACIÓN DEL PESO ÓSEO EN LA CARA.

CON EL PRESENTE TRABAJO TRATO DE HACER NOTAR LA IMPORTANCIA DE LOS SENOS MAXILARES, DESCRIBIENDO SUS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS NORMALES, SUS - FUNCIONES, SU DESARROLLO EN LA VIDA INTRAUTERINA, ASÍ COMO TAMBIÉN SUS PADE CIMIENTOS MÁS FRECUENTES Y LA POCA ATENCIÓN QUE A ÉSTOS SE LES CONFIERE.

ASÍ MISMO SUS RELACIONES CON LA CAVIDAD BUCAL Y LAS ESTRUCTURAS - MÁS PRÓXIMAS DENTRO DE LA BOCA.

ESPERO QUE EL TRABAJO REALIZADO SEA UN APORTE TANTO A CIRUJANOS -
DENTISTAS COMO A LA GENTE EN GENERAL, Y QUE ESTA ESTRUCTURA TENGA UN POCO-
MÁS DE IMPORTANCIA PRINCIPALMENTE DEL PERSONAL ODONTOLÓGICO AL IGUAL QUE -
DEL RESTO DEL PÚBLICO LECTOR.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR

AL COMENZAR EL SEGUNDO MES DEL DESARROLLO INTRAUTERINO, EL CRÁNEO ESTA FORMADO POR TRES PARTES, QUE SON:

- A) CONDROCRÁNEO, QUE SE LOCALIZA EN LA BASE DEL CRÁNEO Y QUE ES - DE TIPO CARTILAGINOSO,
- B) DESMOCRÁNEO, EL CUAL FORMA LAS PAREDES LATERALES Y EL TECHO - DE LA BÓVEDA CRANEAL, ES DE TIPO MEMBRANOSO,
- C) LA PARTE APENDICULAR O VISCERAL DEL CRÁNEO, FORMADA POR LOS - BASTONES CARTILAGINOSOS ESQUELÉTICOS DE LOS ARCOS BRANQUEALES.

LOS HUESOS DEL CRÁNEO SE DESARROLLAN EN DOS FORMAS:

- A) POR OSIFICACIÓN ENDOCONDRIAL, EN SUSTITUCIÓN DEL CARTÍLAGO,
- B) POR OSIFICACIÓN INTRAMEMBRANOSA EN EL MESENQUIMA.

EL HUESO PUEDE DESARROLLARSE DIRECTAMENTE EN EL DESMOCRÁNEO, O - MUY CERCA DE LAS PORCIONES CARTILAGINOSAS DEL CRÁNEO.

EN LA BASE DEL CRÁNEO SE DESARROLLAN LOS HUESOS ENDOCONDRIALES, - CUALES SON: CORNETE INFERIOR, ETMOIDES; EL CUERPO, LAS ALAS MENORES, LAS - PORCIONES BASAL Y PLACA LATERAL DE LAS APÓFISIS PTERIGOIDES DEL ESFENÓIDES; LA PORCIÓN PETROSA DEL TEMPORAL Y LAS PARTES BASILAR, LATERAL E INFERIOR DE LA PORCIÓN ESCAMOSA DEL OCCIPITAL.

TODOS LOS HUESOS DE LA PORCIÓN SUPERIOR DE LA CARA SE DESARROLLAN POR OSIFICACIÓN MEMBRANOSA, EN SU GRAN MAYORÍA CERCA DEL CARTÍLAGO DE LA - CÁPSULA NASAL.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SENO MAXILAR

ESTA ESTRUCTURA SE DESARROLLA A PARTIR DEL TERCER MES DE VIDA INTRAUTERINA. EL ORIGINADO POR UN HUNDIMIENTO LATERAL DE LA MUCOSA DEL MEATO NASAL MEDIO. A PARTIR DE ESTE MOMENTO, DEBIDO A LA NEUMATIZACIÓN DEL CUERPO DEL MAXILAR ES DECIR EL AHUECAMIENTO DEL PROPIO HUESO PUEDE SER EN FORMA GRADUAL. LA EXPANSIÓN PUEDE OCURRIR DURANTE TODA LA VIDA DEL INDIVIDUO, PERO EL DESARROLLO SE HA COMPLETADO CUANDO LA SEGUNDA DENTICIÓN HA HECHO SU ERUPCIÓN.

ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR

EL MAXILAR SUPERIOR, ES UN HUESO PAR QUE SE LOCALIZA EN LA PARTE ANTERIOR Y MEDIA DE LA CARA, A LOS LADOS DE LA LÍNEA MEDIA. TIENE FORMA APROXIMADA A LA CUADRANGULAR, SIENDO APLANADO DE AFUERA A ADENTRO. ENTRE SUS PARTES ANATÓMICAS CONSTA DE DOS CARAS INTERNA Y EXTERNA, CUATRO BORDES, ANTERIOR, POSTERIOR, SUPERIOR E INFERIOR, CUATRO ÁNGULOS ANTEROSUPERIOR, ANTEROINFERIOR, POSTEROSUPERIOR Y POSTEROINFERIOR.

CARA EXTERNA

EN LA PARTE ANTERIOR, POR ENCIMA DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS INCISIVOS, SE ENCUENTRA LA FOSETA MIRTIFORME QUE DA LUGAR A LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO MIRTIFORME. POR DETRÁS DE ESTA FOSETA, SE ENCUENTRA UNA EMINENCIA LLAMADA GIBA CANINA. HACIA ATRÁS Y ARRIBA DE LA GIBA, SE ENCUENTRA UNA ESTRUCTURA EN FORMA DE PIRÁMIDE TRANSVERSAL QUE ES LA APÓFISIS PIRAMIDAL.

ESTA APÓFISIS PRESENTA UNA BASE QUE ESTA UNIDA AL RESTO DEL HUESO Y UN VÉRTICE TRUNCADO EN FORMA IRREGULAR QUE ARTICULA CON EL HUESO MALAR.

LA APÓFISIS PIRAMIDAL PRESENTA TRES CARAS Y TRES BORDES.

CARAS DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL.- LA CARA SUPERIOR U ORBITARIA ES PLANA Y FORMA PARTE DEL PISO DE LA CAVIDAD ORBITARIA.

TIENE UN CONDUCTO EN DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR QUE PENETRA LA PARED DEL HUESO FORMANDO EL CONDUCTO SUBORBITARIO. LA CARA ANTERIOR TIENE UN ORIFICIO LLAMADO AGUJERO SUBORBITARIO, QUE ES LA TERMINACIÓN DEL MISMO CONDUCTO Y POR DONDE PASA EL NERVIOS SUBORBITARIO.

ENTRE EL AGUJERO Y LA GIBA CANINA EXISTE UNA DEPRESIÓN LLAMADA FOSA CANINA. DE LA PARED INFERIOR DEL CONDUCTO SUBORBITARIO SALEN UNOS CANALES O CONDUCTILLOS QUE TERMINAN EN LOS ALVÉOLOS, SON CONDUCTOS DENTARIOS - POSTERIORES QUE VAN A LAS RAICES DE LOS MOLARES Y POR DONDE PASAN LOS NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES.

LA CARA POSTERIOR DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL ES CONVEXA, ESTA ESTRUCTURA POR DENTRO CORRESPONDE A LA TUBEROSIDAD MAXILAR Y POR FUERA A LA FOSACIGOMÁTICA. CONTIENE UNOS CANALES Y ORIFICIOS POR DONDE PASAN LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES Y LAS ARTERIAS ALVEOLARES VAN DIRECTAMENTE A LAS RAÍCES DE LOS DIENTES.

BORDES DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL.- EL BORDE INFERIOR ES CONCAVO Y FORMA LA PARTE SUPERIOR DE LA HENDIDURA VESTIBULOCIGOMÁTICA.

EL BORDE ANTERIOR FORMA LA PARTE INTERNA E INFERIOR DEL BORDE DE LA ÓRBITA. EL BORDE POSTERIOR FORMA JUNTO CON EL ALA MAYOR DEL ESFENÓIDES LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR.

CARA INTERNA

EN LA PARTE MÁS INFERIOR POR ENCIMA DE LA ARTICULACIÓN DE LOS DIENTES, DESTACA UNA SALIENTE HORIZONTAL DE FORMA CUADRANGULAR LLAMADA APÓFISIS PALATINA. ESTA APÓFISIS PRESENTA DOS CARAS SUPERIOR E INFERIOR, Y CUATRO - BORDES, ANTERIOR, POSTERIOR, INTERNO Y EXTERNO.

CARAS DE LA APÓFISIS PALATINA.- LA CARA SUPERIOR ES LISA Y FORMA EL PISO DE LAS FOSAS NAALES. LA CARA INFERIOR ES RUGOSA Y CON MUCHOS ORIFICIOS VASCULARES Y FORMA GRAN PARTE DE LA BÓVEDA PALATINA.

BORDES DE LA APÓFISIS PALATINA.- EL BORDE EXTERNO ESTA UNIDO AL RESTO DEL HUESO. EL BORDE INTERNO ES RUGOSO Y ARTICULA CON EL BORDE INTERNO DE LA APÓFISIS PALATINA DEL MAXILAR DEL LADO OPUESTO; EN LA PARTE ANTERIOR LA ARTICULACIÓN DE LAS APÓFISIS FORMA LA ESPINA NASAL ANTERIOR. EL BORDE ANTERIOR, ES CONCAVO Y FORMA PARTE DEL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS NAALES. EL BORDE POSTERIOR ARTICULA CON LA PORCIÓN HORIZONTAL DEL HUESO PALATINO.

ESTA APÓFISIS PALATINA DIVIDE AL MAXILAR SUPERIOR POR SU CARA INTERNA EN DOS PARTES; INFERIOR Y SUPERIOR. LA PARTE INFERIOR FORMA PARTE DE LA BÓVEDA PALATINA Y DONDE SE INSERTAN FIBRAS DE TEJIDO; MIENTRAS QUE LA PARTE SUPERIOR ES MÁS AMPLIA, Y EN SU PARTE POSTERIOR ARTICULA CON LA RAMA VERTICAL DEL HUESO PALATINO. HACIA ADELANTE SE ENCUENTRA EL SENO MAXILAR. ADELANTE DEL ORIFICIO DEL SENO SE ENCUENTRA UN CANAL, EL CANAL VERTICAL O NASAL, CUYO BORDE ANTERIOR ESTA LIMITADO POR LA APÓFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR SUPERIOR. LA APÓFISIS ASCENDENTE EN SU CARA INTERNA Y EN SU PARTE INFERIOR CONTIENE A LA CRESTA TURBINAL INFERIOR QUE ARTICULA CON EL CORNETE INFERIOR. POR ENCIMA SE ENCUENTRA LA CRESTA TURBINAL SUPERIOR QUE ARTICULA CON EL CORNETE MEDIO.

BORDES DEL MAXILAR SUPERIOR

BORDE ANTERIOR.- EN LA PARTE INFERIOR PRESENTA AL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA Y A LA ESPINA NASAL ANTERIOR. HACIA ARRIBA FORMA CON EL LADO OPUESTO EL ORIFICIO DE LAS FOSAS NAALES Y MÁS ARRIBA EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS ASCENDENTE.

BORDE POSTERIOR.- ES GRUESO, REDONDEADO Y FORMA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, SU PARTE ANTERIOR LISA FORMA LA PARED ANTERIOR DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR Y EN LA PORCIÓN MÁS ALTA PRESENTA RUGOSIDADES PARA ARTICULAR CON LA APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO Y POR ADELANTE CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES.

ESTA ARTICULACIÓN FORMA EL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR POR DONDE - PASA EL NERVIO PALATINO ANTERIOR.

BORDE SUPERIOR.- ARTICULA DE ADELANTE A ATRÁS PRIMERO CON EL HUESO UNGUIS, DESPUÉS CON EL ETMOIDES Y CON LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO, - FORMANDO CELDILLAS. FORMA TAMBIÉN EL LÍMITE INTERNO DE LA PARED INFERIOR - DE LA CAVIDAD ORBITARIA.

BORDE INFERIOR.- PRESENTA CAVIDADES EN FORMA CÓNICA QUE SON LOS - LLAMADOS ALVÉOLOS DENTARIOS DONDE SE ALOJAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. ES--TOS SON SENCILLOS EN LA PARTE ANTERIOR MIENTRAS QUE EN LA PARTE POSTERIOR - FORMAN DOS O MÁS CAVIDADES SECUNDARIAS. EL VÉRTICE ESTA PERFORADO, POR DON - DE PASAN LOS PAQUETES NEUROVASCULARES DE LA REGIÓN.

ANGULOS DEL MAXILAR SUPERIOR

EL DETALLE IMPORTANTE DESTACA EN EL ÁNGULO ANTEROSUPERIOR DONDE SE ENCUENTRA LA APÓFISIS ASCENDENTE QUE TIENE DIRECCIÓN VERTICAL CON INCLINA--CIÓN HACIA ATRÁS, ES APLANADA EN SENTIDO TRANSVERSAL, ENSANCHADA EN SU BASE. SU EXTREMO SUPERIOR ES RUGOSO Y ARTICULA CON LA APÓFISIS ORBITARIA INTERNA- DEL HUESO FRONTAL. LA CARA INTERNA DE LA APÓFISIS FORMA LA PARED EXTERNA - DE LAS FOSAS NAALES. LA CARA EXTERNA PRESENTA UNA CRESTA QUE ES LA CRESTA LACRIMAL. ADELANTE DE ESTA CRESTA, SE INSERTA EL MÚSCULO ELEVADOR COMÚN - DEL ALA DE LA NARÍZ Y LABIO SUPERIOR.

SENO MAXILAR

ESTA ESTRUCTURA TIENE FORMA PIRAMIDAL CUADRANGULAR DE BASE INTERNA FORMADA POR LA PARED LATERAL DE LA CAVIDAD NASAL Y VÉRTICE EXTERNO QUE SE - EXTIENDE HACIA LA APÓFISIS CIGOMÁTICA. LA PARED ANTERIOR CORRESPONDE A LA- SUPERFICIE FACIAL DEL CUERPO DEL MAXILAR, ES DECIR A LA FOSA CANTINA DONDE - SE ABRE EL AGUJERO SUBORBITARIO. LA PARED POSTERIOR ESTA FORMADA POR LA SU- PERFICIE INFRATEMPORAL DEL MAXILAR QUE SE CORRESPONDE CON LA FOSA CIGOMÁTI- CA. LA PARED SUPERIOR CORRESPONDE A LA SUPERFICIE ORBITARIA LLEVANDO EL -

CONDUCTO ORBITARIO. LA PARED INFERIOR LLEGA A MENUDO AL BORDE ALVEOLAR Y ESTA EN RELACIÓN CON LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. EL SENSO MAXILAR SE COMUNICA CON LA CAVIDAD NASAL POR MEDIO DE UNA ABERTURA LOCALIZADA EN LA PARTE ALTA DE LA PARED NASAL O MEDIAL DEL SENSO. ESTA ABERTURA ES EL ORIFICIO MAXILAR U OSTIUM, - QUE POR SU POSICIÓN ESTA SITUADO EN FORMA DESFAVORABLE PARA EL DRENAJE. PUEDE EXISTIR OTRO ORIFICIO ACCESORIO MÁS ABAJO DEL ORIFICIO MAXILAR QUE PUEDE AYUDAR UN POCO MÁS AL DRENAJE.

HAY AMPLIA VARIACIÓN EN LA FORMA, EL TAMAÑO Y LA POSICIÓN DEL SENSO MAXILAR, NO SOLAMENTE EN DIFERENTES INDIVIDUOS SINO TAMBIÉN EN LOS LADOS DEL MISMO INDIVIDUO. EN EL CRÁNEO ARTICULADO QUEDA MUY DISMINUIDO EN VIRTUD DE LA POSICIÓN DE LAS MASAS LATERALES DEL ETMOIDES POR ARRIBA, DEL CORNETE INFERIOR - POR ABAJO, EL UNGUIS POR DELANTE Y DE LA RAMA VERTICAL DEL PALATINO POR DETRÁS. LAS PAREDES DEL SENSO MAXILAR PUEDEN TENER TABIQUES QUE LO DIVIDEN PARCIALMENTE EN COMPARTIMIENTOS Y A VECES PUEDE INTERFERIR PARA EL DRENAJE. TAMBIÉN PUEDE EXISTIR UN TABIQUE QUE LO DIVIDA COMPLETAMENTE EN DOS CAVIDADES SEPARADAS CON ABERTURAS INDEPENDIENTES HACIA LA CAVIDAD NASAL. PUEDE ESTAR COLOCADO EN FORMA QUE SEA UN COMPARTIMIENTO VENTRAL Y UNO DORSAL O TAMBIÉN EN UNO SUPERIOR Y OTRO INFERIOR. TAMBIÉN SE HAN OBSERVADO SENOS MAXILARES COMPLEMENTARIOS UNILATERALES QUE NO SON SINO CELDILLAS ETMOIDALES POSTERIORES EXCESIVAMENTE DESARROLLADAS, AUNQUE CLÍNICAMENTE DEBEN CONSIDERARSE COMO SENOS MAXILARES.

LA INERVACIÓN PROVIENE DE LA RAMA MAXILAR DEL NERVIIO TRIGÉMINO. LA RAMA ALVEOLAR POSTEROSUPERIOR DE ESTE NERVIIO DA SENSIBILIDAD A LA MUCOSA DEL SENSO.

EL RIEGO SANGUÍNEO PROCEDE DE LA ARTERIA INFRAORBITARIA QUE ES RAMA DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA.

LOS VASOS LINFÁTICOS SON MUY ABUNDANTES Y TERMINAN EN LOS GANGLIOS SUBMAXILARES.

HISTOLOGIA DEL SENSO MAXILAR

EL SENSO MAXILAR ESTA LIMITADO POR UNA MUCOSA MÁS DELGADA Y MÁS DELICADA QUE LA DE LA CAVIDAD NASAL.

EL TEJIDO EPITELIAL ESTA FUSIONADO AL PERIOSTIO DEL HUESO SUBYACENTE Y ES CONSISTENTE DE HACES LAXOS DE FIBRAS COLÁGENAS CON MUY POCAS FIBRAS ELÁSTICAS. TIENE UNA VASCULARIZACIÓN MODERADA. SE ENCUENTRAN GLÁNDULAS DE TIPO-MUCOSO Y SEROSO, QUE ESTÁN SITUADAS ALREDEDOR DE LA O LAS ABERTURAS DE LA CAVIDAD NASAL.

EL EPITELIO DE LA MUCOSA DEL SENO ES TÍPICO DEL EPITELIO DE VÍAS RESPIRATORIAS, ES CILÍNDRICO PSEUDOESTRATIFICADO CILIADO, RICO EN CÉLULAS CALICIFORMES QUE SECRETAN MUCINA QUE HUMEDece LA SUPERFICIE DE LA MUCOSA. LOS CILIOS FUNCIONAN DE TAL FORMA QUE LLEVAN CUALQUIER MATERIAL SUPERFICIAL HACIA LA ABERTURA QUE SE COMUNICA CON LA CAVIDAD NASAL, ACTUANDO PARA LIMPIAR LA CAVIDAD DE SUSTANCIAS INHALADAS Y DE MUCINA.

FUNCIONES DEL SENO MAXILAR

SE HAN ATRIBUIDO DIVERSAS FUNCIONES SEGÚN DIVERSOS AUTORES AL SENO MAXILAR Y AL RESTO DE LOS SENOS PARANASALES.

ENTRE LAS FUNCIONES, AYUDAN AL CALENTAMIENTO Y HUMIDIFICACIÓN DEL AIRE QUE SE INSPIRA. OTRA FUNCIÓN ES AYUDAR A LA VOCALIZACIÓN.

DENTRO DEL DESARROLLO DE LOS SENOS PARANASALES, SE PUEDE DECIR QUE EL DEPENDE DE LA FUNCIÓN MECÁNICA EL MANTENIMIENTO DEL HUESO.

CUANDO EL TEJIDO ÓSEO PIERDE FUNCIÓN MECÁNICA, SE RESORBE. LA DESAPARICIÓN DEL TEJIDO ÓSEO NO FUNCIONANTE EN LA VECINDAD DE LA CAVIDAD NASAL DA LUGAR AL DESARROLLO DE BOLSAS LLENAS DE AIRE EN EL HUESO. LA FUNCIÓN DE SOPORTE DEL HUESO ES MANTENIDO CON EL MÍNIMO DE MATERIAL.

LA CAPACIDAD MEDIA DE UN ADULTO ES APROXIMADAMENTE DE 15 CENTÍMETROS CÚBICOS, CON UNAS DIMENSIONES EN PROMEDIO DE: 3,4 CMS. ANTEROPOSTERIORES, 2,3 CMS., TRANSVERSALMENTE Y 3,35 CMS., VERTICALMENTE.

OTRA FUNCIÓN DEL SENO MAXILAR ES REDUCIR EL PESO DEL CRÁNEO DURANTE LA INSPIRACIÓN, PARTE DE PERMITIR VENTILACIÓN Y DRENAJE DEL RESTO DE LOS SENOS.

HISTORIA CLINICA

ES UN DOCUMENTO POR EL CUAL PODEMOS RECOPIRAR DATOS REFERENTES A UNA PERSONA EN PARTICULAR CON EL FIN DE LLEGAR A UNA CONCLUSIÓN. COMPRENDE 3 PARTES FUNDAMENTALES:

- A) INTERROGATORIO
- B) EXPLORACIÓN FÍSICA
- C) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

INTERROGATORIO

LA FINALIDAD ES CONOCER EL ESTADO DEL PACIENTE DESDE SU NIÑEZ, Y COMPRENDE VARIOS PUNTOS ESPECÍFICOS QUE SE DEBEN DE PREGUNTAR, COMO SON: FICHA DE IDENTIFICACIÓN, CON SU NOMBRE, EDAD, SEXO, PROCEDENCIA, OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL, DIRECCIÓN Y TELÉFONO; DESPUÉS LOS ANTECEDENTES FAMILIARES, TODO ACERCA DE LOS ABUELOS MATERNOS Y PATERNOS, LOS PADRES, HERMANOS, SE DEBE CONOCER TODO LO REFERENTE A LOS ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS, TUBERCULOSAS, DIABÉTICAS O ENFERMEDADES VENÉREAS. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS - ES LO SIGUIENTE, CONOCIENDO EL TIPO DE HABITACIÓN, DE ALIMENTACIÓN, LOS HÁBITOS DEL PACIENTE, SUS VICIOS, TAMBIÉN SUS INMUNIZACIONES. SIGUEN LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, IGUALMENTE SE DEBE PREGUNTAR ACERCA DE ENFERMEDADES TUBERCULOSAS, VENÉREAS, DIABÉTICAS; TAMBIÉN PROBLEMAS ALÉRGICOS O DE - - TRANSFUSIONES, TODAS LAS ENFERMEDADES DESDE EL NACIMIENTO HASTA ESA FECHA SE DEBEN PREGUNTAR. EN EL PADECIMIENTO ACTUAL SE DEBE CONOCER TODO ACERCA DEL - PROBLEMA QUE LO AGUEJA. DESPUÉS SE PREGUNTAN AFECCIONES QUE SE TENGAN EN LOS DIFERENTES APARATOS Y SISTEMAS DEL CUERPO COMO LO SON EL CARDIOVASCULAR, DIGESTIVO, RESPIRATORIO, GENITOURINARIO, ENDOCRINO, NERVIOSO, HEMATOPOYÉTICO, - MUSCULOESQUELÉTICO, TEGUMENTARIO. DESPUÉS SE DEBE AVERIGUAR SOBRE LOS SÍNTOMAS GENERALES, COMO DECAIMIENTO GENERAL, LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS, PERDIDA - DE PESO, ETC. Y POR ÚLTIMO SE DEBE CONOCER SI EL PACIENTE HA TENIDO ALGÚN TIPO DE TERAPÉUTICA PARA SU MALESTAR, EN QUE CONSISTIÓ, (TIEMPO MEDICAMENTOS, - ETC).

EXPLORACION FISICA

LA FINALIDAD ES ELABORAR EL DIAGNÓSTICO Y ESTABLECER EL PRONÓSTICO, -
USANDO TODOS LOS SENTIDOS PARA EL ESTUDIO DEL PACIENTE: VISTA, TACTO, OÍDO, -
GUSTO Y OLFATO: LOS MÉTODOS SON INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTA-
CIÓN.

EXPLORACION DEL SENO MAXILAR

EXISTEN DIVERSOS MÉTODOS PARA LA EXPLORACIÓN DEL SENO MAXILAR COMO -
SON: PALPACIÓN, TRANSLUMINACIÓN, ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS, PUNCIÓN EXPLORADORA-
Y RINOSCOPIAS ANTERIOR Y MEDIANA.

PALPACION

ES UN MÉTODO DE EXPLORACIÓN MUY USADO EN EL EXAMÉN DE NARÍZ Y DE LOS-
SENOS PARANASALES. SE EFECTÚA A TRAVÉS DE LA PIEL DE LA REGIÓN SUBORBITARIA Y
DEL ARCO CIGOMÁTICO; CUANDO SE EFECTÚA POR VÍA BUCAL SE PRESIONA EL SURCO GIN-
GIVAL Y LA BÓVEDA PALATINA.

ESTO SE HACE CON EL OBJETO DE CONOCER SI EXISTE ALGUNA PEQUEÑA TUMORA
CIÓN O ELEVACIÓN EN ALGUNA REGIÓN CERCANA O EN EL SITIO QUE SE EFECTÚA.

TRANSLUMINACION

ESTE MÉTODO DE EXPLORACIÓN CONSISTE EN APLICAR UNA FUENTE LUMINOSA EN
REGIONES CERCANAS A LOS SENOS PARA OBSERVAR LA ILUMINOSIDAD. SE DEBE OBSCURE-
CER EL LUGAR POR COMPLETO, Y EXISTEN TRES VÍAS PARA EFECTUARLA, POR VÍA BUCAL,
VÍA RETROMAXILAR Y VÍA SUBORBITARIA.

VIA BUCAL

SE USA UNA LÁMPARA DE PILAS SECAS CON UN REOSTATO. SE DEBEN EXTRAER LAS PRÓTESIS REMOVIBLES DE LA BOCA. SE INTRODUCE EL FOCO ENTRE LA LENGUA Y EL PALADAR DURO, LOS LABIOS SE CIERRAN FUERTEMENTE ALREDEDOR DE LA BASE DEL FOCO PARA EVITAR LA SALIDA DE LA LUZ. NORMALMENTE EL SENO SE OBSERVA CON UNA LUMINOSIDAD SEMILUNAR INFRAORBITARIA; EL LADO ENFERMO SE OBSERVARÁ DISMINUIDO EN CANTIDAD DE LUZ. CUANDO NO SE OBSERVA DICHA SEMILUNA PUEDE DEBERSE A VARIOS FACTORES COMO:

- A) EL MAXILAR SUPERIOR PUEDE SER MÁS GRUESO Y LOS SENOS MÁS PEQUEÑOS QUE LO NORMAL, LA ASUSENCIA SERÁ EN AMBOS LADOS.
- B) LA MUCOSA DEL SENO PUEDE ESTAR ENGROSADA POR UNA INFECCIÓN PREVIA O CRÓNICA.
- C) LAS NEOPLASIAS O LÍQUIDOS DENTRO DEL SENO PRODUCEN OPACIDAD DEL LADO AFECTADO.
- D) UN QUISTE GRANDE PUEDE CAUSAR OPACIDAD O TRANSLUCIDEZ DEMASIADO BRILLANTE POR EL ADELGAZAMIENTO DE LA PARED ÓSEA DEL SENO. EL SENO OPUESTO SIN ALTERACIÓN SE VERA MÁS OPACO.

VIA RETROMAXILAR

CONSISTE EN APLICAR UN DIAFANOSCOPIO EN LA REGIÓN RETROMOLAR PARA EVITAR EL PASO DE LOS RAYOS LUMINOSOS POR LAS FOSAS NASALES. SE OBSERVARÁ DE IGUAL FORMA UNA SEMILUNA EN LA PARTE ANTERIOR DE LA CARA POR DEBAJO DEL REBORDE SUBORBITARIO.

VIA SUBORBITARIA

CONSISTE EN APLICAR UN DIAFANOSCOPIO EN LA REGIÓN DEL REBORDE SUBORBITARIO Y AL ABRIR EL PACIENTE LA BOCA SE APRECIARA UNA CLARIDAD EN LA BÓVEDA PALATINA DEL LADO QUE SE COLOCÓ EL DIAFANOSCOPIO.

LA TRANSILUMINACIÓN ES MUY ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA MÁS QUE EN LA CRÓNICA Y MÁS DE UN SOLO LADO. NO SE DEBE EFECTUAR COMO DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, SOLO EN FORMA AUXILIAR.

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

LAS TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DEL SENSO MAXILAR SON: RADIOGRAFÍA DE WATERS, RADIOGRAFÍA DE CALDWELL, RADIOGRAFÍA LATERAL, Y RADIOGRAFÍA SUBMENTO-VERTICAL.

RADIOGRAFIA DE WATERS

EN 1915 WATERS Y WALDRAN DESCRIBIERON UNA TÉCNICA PARA EL EXAMEN DE LOS SENOS PARANASALES DONDE SE APRECIAN LOS SENOS FRONTALES Y LOS SENOS MAXILARES, ASÍ COMO ALGUNAS CELDILLAS ETMOIDALES PRINCIPALES. SE OBSERVAN CON POCO O SIN NINGUNA INTERFERENCIA DE ESTRUCTURAS DEL CRÁNEO.

PARA ESTA EXPOSICIÓN SE EMPLEA UN CHÁSIS CON PANTALLA DE REFUERZO.

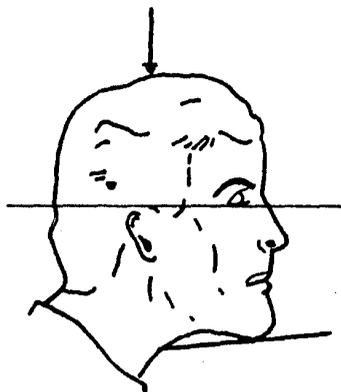
ESTE CHASIS SE COLOCA EN UNA MESA HORIZONTAL Y SOBRE UN BLOQUE ANGULAR A 23° CON EL LADO DE LA EXPOSICIÓN HACIA EL PACIENTE. LA CARA DEL PACIENTE SE COLOCA CON EL MENTÓN SOBRE EL CHÁSIS, LA CABEZA SE INCLINA HACIA ATRAS LO SUFICIENTE PARA TENER APARTADA LA NARÍZ DE LA PLACA.

LA UNIÓN DE LA NARÍZ CON EL LABIO SUPERIOR SE CENTRA EN LA PELÍCULA Y EL RAYO CENTRAL ES DIRIGIDO A LA PELÍCULA A LO LARGO DE UNA LÍNEA QUE SE EXTIENDE DEL PUNTO LAMBDA DEL CRÁNEO AL MARGEN INFERIOR DE LA NARÍZ.

RADIOGRAFIA DE CALDWELL

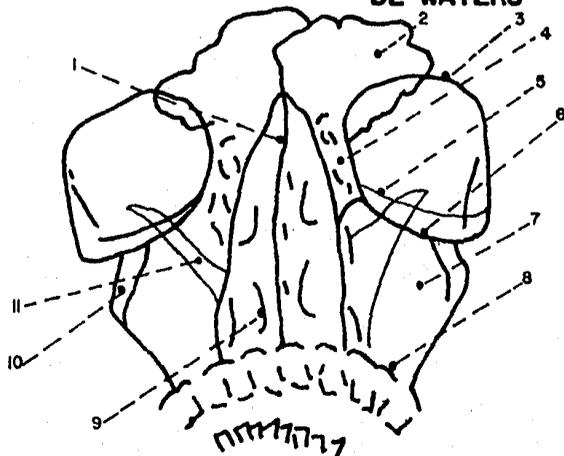
CALDWELL DESCRIBIÓ ESTA TÉCNICA EN UNA PROYECCIÓN OCCIPITOFONTAL DE-

TECNICA RADIOGRAFICA DE WATERS



**POSICION DEL PACIENTE PARA
LA EXPOSICION RADIOGRAFICA**

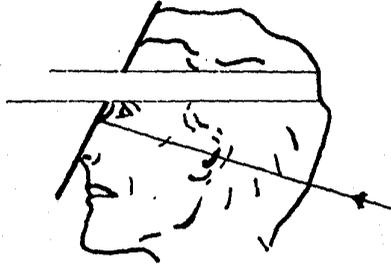
CARACTERISTICAS ANATOMICAS NORMALES DE LA EXPOSICION DE WATERS



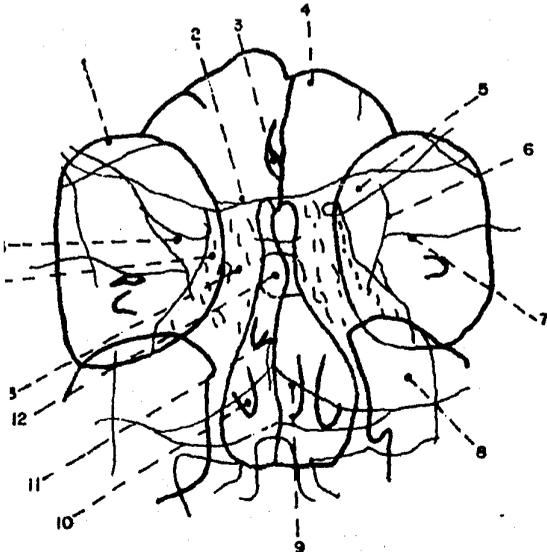
- 1. TABIQUE MEDIO
- 2. SENOS FRONTALES
- 3. TECHO DE LA ORBITA
- 4. CELULAS ETMOIDALES ANTERIORES
- 5. REBORDE ORBITARIO INFERIOR
- 6. PISO DE LA ORBITA. TECHO DEL SENO MAXILAR
- 7. SENO MAXILAR
- 8. REBORDE ALVEOLAR
- 9. CORNETE INFERIOR
- 10. RECESO MALAR DEL SENO MAXILAR
- 11. HENDIDURA ESFENOIDAL

TECNICA RADIOGRAFICA DE CALDWELL

POSICION DEL PACIENTE PARA LA TECNICA RADIOGRAFICA



CARACTERISTICAS ANATOMICAS NORMALES DE LA EXPOSICION DE CALDWELL



1. TECHO DE LA ORBITA
2. PLANO ESFENOIDAL
3. APOFISIS CRISTA GALLI
4. SENO FRONTAL
5. ALA MENOR DEL ESFENOIDES
6. ALA MAYOR DEL ESFENOIDES (BORDE LIBRE)
7. VERTICE DEL PEÑASCO DEL TEMPORAL
8. SENO MAXILAR
9. PISO DE LA FOSA POSTERIOR SOBREPROYECTADO EN LA MITAD INFERIOR DE LAS FOSAS NASALES
10. CORNETE INFERIOR
11. TABIQUE MEDIO DE LA FOSA PIRIFORME
12. SENO ESFENOIDAL
13. CELULAS ETMOIDALES ANTERIORES
14. CELULAS ETMOIDALES POSTERIORES
15. MENDIURA ESFENOIDAL

LOS SENOS PARANASALES, QUE DEMOSTRABA SENOS MAXILARES, SENOS FRONTALES Y CELDILLAS ETMOIDALES SUPERIORES. ÉSTA TÉCNICA ES EXCELENTE PARA DEMOSTRAR SENOS --- FRONTALES Y CELDILLAS ETMOIDALES. EN ESTA TÉCNICA EL PACIENTE SE SITUA SENTADO CON LA NARÍZ Y LA FRENTE APOYADOS SOBRE EL CHÁSIS. EL RAYO CENTRAL ES PROYECTADO POSTEROANTERIORMENTE DE ARRIBA A ABAJO EN UN ÁNGULO DE 25°. LA LÍNEA DE PROYECCIÓN DEL RAYO CENTRAL ES DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO AL BORDE SUBORBITARIO.

RADIOGRAFIA LATERAL

LA CABEZA SE COLOCA DE MANERA QUE EL PLANO SAGITAL SEA PARALELO AL CHÁSIS. EL RAYO CENTRAL DEBE SER DIRIGIDO HORIZONTALMENTE Y DEBE PASAR POR EL PLANO OCLUSAL DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

RADIOGRAFIA SUB-MENTO VERTICAL

EL PACIENTE SE COLOCA CON LA ESPALDA EN EL CHÁSIS. NO IMPORTA LA VARIACIÓN DEL ÁNGULO FORMADO CON LA LÍNEA ORBITO-MENTAL Y EL CHÁSIS, PUES EL RAYO CENTRAL DEBE SER DIRIGIDO EN ÁNGULO RECTO CON LA LÍNEA ORBITO-MENTAL.

EL TUBO SE CENTRA POR DEBAJO DE LA SINFISIS MENTONIANA DE LA MANDÍBULA Y EN EL PLANO SAGITAL DE LA CABEZA.

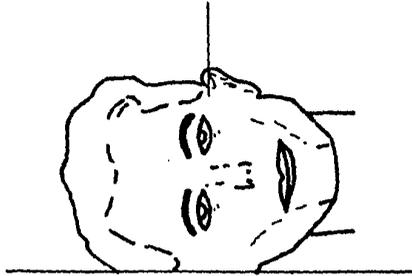
INTERPRETACION RADIOGRAFICA

NORMALMENTE LOS SENOS SE VEN COMO DOS IMÁGENES RADIOLÚCIDAS MÁS O MENOS SIMÉTRICAS Y EXTERNAS A OTRA IMAGEN RADIOLÚCIDA QUE SON LAS FOSAS NAALES.

LAS IMAGENES DE LOS SENOS MAXILARES TIENEN FORMA OVOIDEA DE EJE MAYOR-VERTICAL; LA PERIFERIA DE CADA IMAGEN ES DEFINIDA Y NÍTIDA, SE ORIGINA POR LAS-PAREDES SINUSALES. EL PISO DEL SENO PUEDE ENCONTRARSE EN DIFERENTES POSICIONES: AL MISMO NIVEL, POR DEBAJO O POR ENCIMA DEL PISO DE LAS FOSAS NAALES. LA MUCO SA SINUSAL ES INVISIBLE A LA RADIOGRAFÍA Y LA RADIOLUCIDÉZ DEL SENO VARIA EN - PROPORCIÓN CON SU CONTENIDO DE AIRE Y EL ESPESOR DE SUS PAREDES.

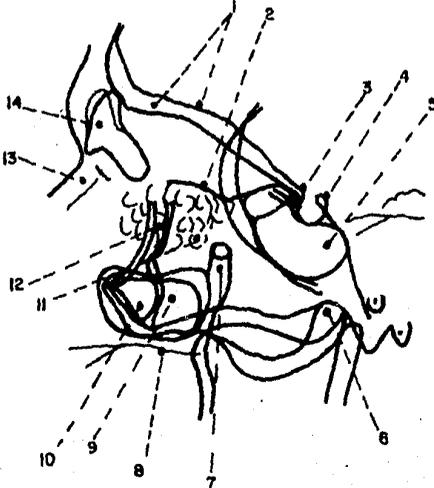
PARA INTERPRETAR LOS SIGNOS DE LA ENFERMEDAD DEL SENO ES NECESARIO COMPARARLO CON EL SENO DEL LADO OPUESTO, O SI AMBOS SENOS ESTÁN AFECTADOS, SE DE---

TECNICA RADIOGRAFICA LATERAL



POSICION DEL PACIENTE

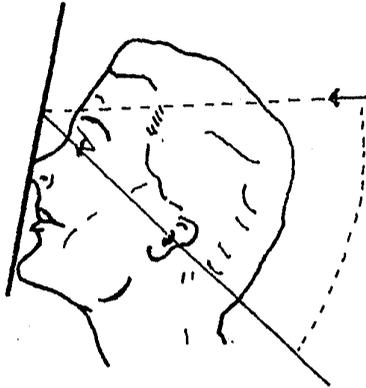
CARACTERISTICAS NORMALES DE LA EXPOSICION LATERAL



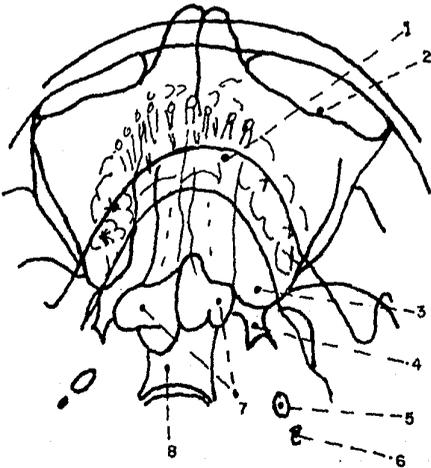
1. TECHO DE ORBITAS.
2. PLANO ESFENOIDAL
3. APOFISIS CLINOIDES ANTERIORES
4. DORSO SELAR
5. SENO ESFENOIDAL
6. CONDILO DE LA MANDIBULA
7. FOSA PTERIGOMAXILAR
8. PALADAR OSEO
9. SENO MAXILAR
10. HUESO MALAR
11. CELDILLAS ETMOIDALES
12. APOFISIS ORBITARIA DEL MALAR
13. HUESO PROPIO DE LA NARIZ
14. SENOS FRONTALES

TECNICA RADIOGRAFICA SUBMENTO VERTICAL

POSICION DEL PACIENTE



CARACTERISTICAS ANATOMICAS NORMALES DE LA EXPOSICION SUBMENTO VERTICAL



1. MANDIBULA
2. REBORDE ORBITARIO INFERIOR
3. SENO MAXILAR
4. APOFISIS PTERIGOIDES
5. AGUJERO OVAL
6. AGUJERO REDONDO MENOR
7. SENOS ESFENOIDALES
8. APOFISIS BASILAR

BEN COMPARAR CON SENO FRONTAL Y LAS CAVIDADES ORBITARIAS.

EN EL ESTADIO AGUDO DE LA SINUSITIS MAXILAR, EL SENO APARECE COMO VIDRIO DESLUSTRADO POR LA INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA. SE PUEDE OBSERVAR CON UN REBORDE ALREDEDOR DEL CONTORNO INTERNO DEL SENO. LAS PAREDES NO ESTÁN AFECTADAS CUANDO LA INFECCIÓN CESA, Y LAS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS PUEDEN VOLVER A SER NORMALES; SI ESTA CONTÍNUA, LA MUCOSA SE VUELVE MÁS DENSA Y MÁS OPACA Y LAS PAREDES DEL SENO PRESENTAN SIGNOS DE OSTEOPOROSIS EN CASOS MUY AVANZADOS.

EN LA SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA LA MUCOSA APARECE TAN DENSA QUE ES RADIOPACA COMO EL HUESO QUE LA RODEA, EL CONTORNO INTERNO PUEDE NO ESTAR BIEN DEFINIDO POR ESTA CAUSA. LA MUCOSA PUEDE ESTAR MUY INFLAMADA Y EL SENO OBSERVARSE RADIOPACO EN SU TOTALIDAD.

CUANDO EL SENO ES OCUPADO POR UN LÍQUIDO, PUEDE ENCONTRARSE RADIOPACIDAD; PARA ESTABLECER SI EXISTE ALGÚN LÍQUIDO DENTRO DEL SENO, SE TOMAN RADIOGRAFÍAS PRIMERO EN POSICIÓN RECTA Y DESPUÉS SE INCLINA LA CABEZA AL LADO DERECHO O IZQUIERDO, CON EL OBJETO DE QUE EL BORDE DE TERMINACIÓN CAMBIE DE POSICIÓN AL INCLINARSE LA CABEZA.

PUNCIÓN EXPLORADORA DEL SENO MAXILAR

CONSISTE EN LA INTRODUCCIÓN A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS VECINOS DEL SENO MAXILAR DE UNA AGUJA O TROCAR. CUANDO SE PRACTICA CON CUIDADO ES UNA MANIOBRA SIMPLE Y BIEN TOLERADA POR EL ENFERMO.

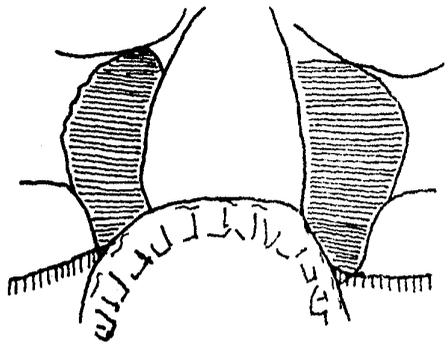
ESTE PROCESO ES AL MISMO TIEMPO UN MEDIO DE DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO.

LOS REQUISITOS ESENCIALES PARA LA EJECUCIÓN PERFECTA DE PUNCIÓN, SON LOS SIGUIENTES: BUENA TÉCNICA DE ANESTESIA, AGUJAS O TROCAR FINO CON UN CALIBRE Nº 44 Y CON PUNTA NO TALLADA A BISEL, LOCALIZACIÓN PERFECTA DEL PUNTO A SER PERFORADO.

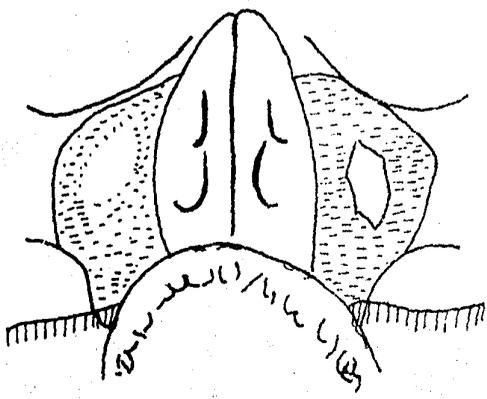
LA ANESTESIA ES HECHA CON SOLUCIÓN DE NETUTOCAÍNA AL 2% Y ALGUNAS GOTAS DE SOLUCIÓN DE ADRENALINA O EFEDRINA. SE COLOCA UN PEQUEÑO TALÓN EMBEBIDO DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA MONTADO EN UN ESTILETE, SOBRE EL MEATO INFERIOR.

INTERPRETACIONES RADIOGRAFICAS

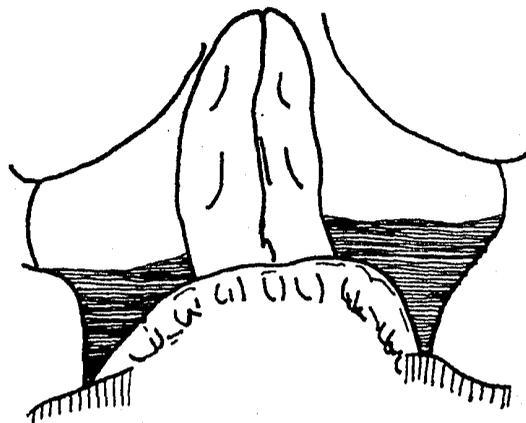
SENO MAXILAR CON ZONAS OSCURAS
OCUPADAS POR ALGUN TIPO DE
PADECIMIENTO ESPECIFICO



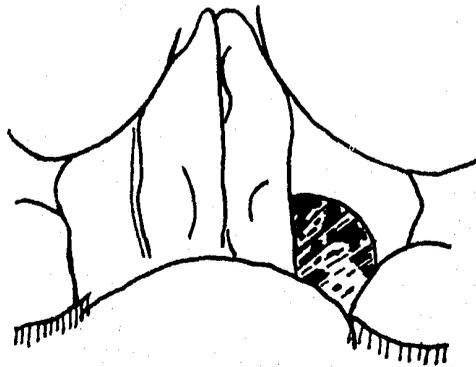
MUCOSA DEL SEÑO MAXILAR
ENGROSADA EN EL LADO IZQUIERDO



**SENO MAXILAR OCUPADO POR
UN LIQUIDO, CON DIFERENTES
NIVELES DE CONCENTRACION DE LIQUIDO**



**SENO MAXILAR IZQUIERDO, OCUPADO
EN PARTE POR ALGUN PROCESO
DEGENERATIVO O ALGUN POLIPO DEGENERATIVO**



SE DEJA POR ALGUNOS MINUTOS PUDIENDO CAMBIARSE LOS TAPONES HASTA LOGRAR UNA PERFECTA ANESTESIA.

LAS AGUJAS O TROCARES PUEDEN SER RECTOS O CURVOS. SE DEBE COLOCAR LA PUNTA DEL INSTRUMENTO A 1 CENTÍMETRO DETRÁS DE LA CABEZA DEL CORNETE INFERIOR.

SE CONTORNEA EL CORNETE Y SE BUSCA CON LA PUNTA LA PARED SINUSAL DEL MEATO EN SU PARTE MÁS ALTA.

LA PARED DEL SENSO ES MUY DELGADA A LA INSERCIÓN DEL CORNETE, Y CON UNA PRESIÓN BRUSCA SOBRE LA AGUJA EN UN GOLPE CON LA PALMA DE LA MANO SE PERFORA LA PARED ÓSEA.

YA INTRODUCIDO EL INSTRUMENTO EN EL SENSO SE INYECTA AIRE LENTAMENTE EN SU PARTE MÁS ALTA.

DE AQUÍ SE PUEDE ASPIRAR Y RECOGER SECRECIÓN PARA EL EXAMEN CITOBACTERIOLÓGICO.

TAMBIÉN SE PUEDE TENER LA CABEZA DEL ENFERMO CAÍDA HACIA EL FRENTE, SE COMPRIMEN LAS NARINAS Y SE LE ORDENA QUE SOPLÉ (MANIOBRA DE VALSALVA) EXPULSANDO PUS POR LA CÁMULA.

ALGUNOS ESPECIALISTAS PREFIEREN PUNCIÓN LA PARED DEL MEATO MEDIO POR SER MÁS DELGADA, PERO NO EXISTE VENTAJA ALGUNA EN ESE PROCEDER DEBIDO A QUE LA REGIÓN DEL MEATO MEDIO ES MÁS VASCULARIZADA Y ESE ESPACIO ENTRE EL TABIQUE NASAL Y LA PARED DEL SENSO ES MÁS ESTRECHO.

LOS PELIGROS DE LA PUNCIÓN PUEDEN SER UNA FALSA RUTA PARA EL DIAGNÓSTICO, PORQUE LA CÁMULA PUEDE ENCONTRARSE ENTRE LA MUCOSA ESPESADA Y LA PARED DEL SENSO; TAMBIÉN TRASPONER LAS PAREDES INTERNA Y ANTERIOR O INTERNA Y ORBITARIA DEL SENSO.

LA INYECCIÓN DEL AIRE INICIAL MUESTRA LA FORMACIÓN DE ENFISEMA INMEDIATO O EN LA ÓRBITA.

ESTE ACCIDENTE ES MÁS FRECUENTE EN NIÑOS PORQUE EL SENSO ES MUY BAJO Y LAS PAREDES ÓSEAS SON FACILMENTE PERFORABLES.

OTROS ACCIDENTES MÁS GRAVES PUEDEN SER LA EMBOLIA HASTA CON MUERTE SÚBITA AUNQUE HAN SIDO RARAMENTE OBSERVADOS ESTOS CASOS.

RINOSCOPIA ANTERIOR

ES UNA MANIOBRA INSTRUMENTAL QUE PERMITE OBSERVAR EL INTERIOR DE LAS

FOSAS NASALES. PARA EFECTUARSE ES NECESARIO CONTAR CON UNA FUENTE LUMINOSA, - UN ESPEJO FRONTAL Y UN ESPÉCULO NASAL.

LA POSICIÓN DEL CIRUJANO ES CON EL ESPEJO FRONTAL SENTADO DELANTE DEL- PACIENTE Y A SU MISMA ALTURA MIRARA A TRAVÉS DEL ORIFICIO CENTRAL DEL ESPEJO - CON UN SOLO OJO.

EL PACIENTE SE SIENTA FRENTE AL CIRUJANO, ROTANDO LA CABEZA PARA PRE- SENTARLE EL LADO QUE SE VA A EXAMINAR.

PARA REALIZAR UNA RINOSCOPIA ANTERIOR ES NECESARIO TENER EN CUENTA LO- SIGUIENTE:

- 1.- EL ESPÉCULO NASAL SE DEBE MANEJAR CON LA MANO IZQUIERDA CON EL - FÍN DE QUE LA MANO DERECHA SE ENCUENTRE LIBRE PARA EFECTUAR ALGU- NA MANIOBRA QUIRÚRGICA O DE EXPLORACIÓN.
- 2.- CON LA MANO DERECHA YA LIBRE SE DEBE SOSTENER LA CABEZA PARA EVI- TAR SU DESPLAZAMIENTO Y PERDER DE VISTA LOS ELEMENTOS ANATÓMICOS- A RECONOCER DENTRO DE LAS FOSAS NASALES.
- 3.- EL ESPÉCULO SERÁ INTRODUCIDO SUAVEMENTE PARA EVITAR TRAUMATIZAR - EL TABIQUE, ASÍ COMO EL DOLOR Y HEMORRAGIA.
- 4.- DESPUÉS DE EFECTUAR UN EXÁMEN SE RECOMIENDA PROVOCAR LA RETRAC- CIÓN DE LA MUCOSA CON DROGAS ESPECÍFICAS CON OBJETO DE ENSANCHAR LOS ESPACIOS NASALES PRINCIPALMENTE LOS MEATOS PARA DESCUBRIR SE- CRECIONES, POLIPOS, ETC. Y SE OBTENDRÁN DATOS DE LA MUCOSA NASAL. SE PUEDEN PONER DROGAS COMO ADRENALINA AL 1 X 1000 PARA COHIBIR - PEQUEÑAS HEMORRAGIAS, DESDE SU ORIGEN Y PRODUCIR UNA BUENA INSPEC- CIÓN DE LA REGIÓN.
- 5.- CUANDO EXISTEN SECRECIONES ABUNDANTES Y NO EXISTA BUENA VISIBILI- DAD, EL PACIENTE EXPELERÁ DICHAS SECRECIONES.
CUANDO SON COSTRAS SERÁN RETIRADAS CON PINZAS O MEDIANTE LAVADOS- NASALES.
- 6.- LAS IMÁGENES DE LA RINOSCOPIA DEPENDEN DE LA INCLINACIÓN DEL ESPÉ- CULO Y DE LA CABEZA DEL PACIENTE.

EXISTEN TRES POSICIONES RINOSCÓPICAS:

POSICIÓN I.

EL PACIENTE MANTIENE SU CABEZA DERECHA Y EL ESPÉCULO SE ORIENTA PARALELO A LA BÓVEDA PALATINA.

POSICIÓN II.

EL PACIENTE RECLINA LA CABEZA UNOS 30° HACIA ATRÁS COLOCANDO EL ESPÉCULO SOBRE EL PLANO DE LA BÓVEDA PALATINA.

POSICIÓN III.

LA CABEZA DEL PACIENTE SE INCLINA HACIA ATRÁS CONSERVÁNDOSE PARALELO AL DORSO NASAL, EL ESPÉCULO.

POSICION I

AQUÍ SE OBSERVA TODA LA PORCIÓN INFERIOR DE LAS FOSAS NAALES. HACIA ADEENTRO SE ENCUENTRA EL SEPTUM NASAL FRECUENTEMENTE DESVIADO.

SE OBSERVA A VECES UNA COLORACIÓN ROJIZA DEBIDO A UN POLIPO DEL TABIQUE. HACIA AFUERA SE VE EL MEATO MEDIO Y EL CORNETE INFERIOR DONDE EXISTE UN ESPACIO DE AMPLITUD VARIABLE CONDICIONADO AL VOLUMEN DEL CORNETE.

LA MUCOSA NASAL APARECE LISA, HÚMEDA Y BRILLANTE CON SU COLORACIÓN ROJIZA NORMAL AUNQUE PUEDE SER CONFUNDIDA EN UN ESTADO CONGESTIVO.

HACIA ABAJO SE OBSERVA EL PISO NASAL HACIENDO QUE EL PACIENTE INCLINE LA CABEZA HACIA ADELANTE.

ESTA PARED SE PUEDE ENCONTRAR ALTERADA POR LOS PROCESOS DE ORIGEN DENTARIO.

LOS ABSCESOS PERIAPICALES DE LAS PIEZAS SUPERIORES ANTERIORES PUEDEN FISTULIZAR EL PISO NASAL Y SIMULAR UNA SINUSITIS.

NO ES RARA LA PRESENCIA DE DIENTES RETENIDOS O SUPERNUMERARIOS.

POSICION II

PERMITE EXPLORAR CLARAMENTE HACIA AFUERA LA CABEZA DEL CORNETE Y EL MEATO MEDIO.

EL CORNETE MEDIO PUEDE PRESENTAR UN ASPECTO GLOBULOSO TAPIZADO POR UNA MUCOSA NORMAL DEBIDO AL DESARROLLO DE UNA CELDILLA ETMOIDAL EXAGERADA.

EL MEATO MEDIO PUEDE ESTAR OCUPADO POR: SECRECIONES DE TIPO PURULENTO, PROVENIENTES DEL SENOS MAXILAR O DEL SENOS FRONTAL.

LA AUSENCIA DE SECRECIONES NO INDICA UN DIAGNÓSTICO NEGATIVO DE SINUSITIS.

PUEDEN TAMBIÉN EXISTIR POLIPOS EN EL MEATO MEDIO, QUE SON ELEMENTOS TRANSLUCIDOS DE COLOR GRIS AZULADO QUE PUEDEN ESTAR EN UNO O AMBOS LADOS, QUE PUEDEN LLEGAR A OBLITERAR LAS FOSAS NASALES.

ENTRE EL CORNETE MEDIO Y EL TABIQUE SE OBSERVA UN ESTRECHO ESPACIO QUE ES LA HENDIDURA OLFATORIA QUE PUEDE DESAPARECER O HACERSE POCO PERCEPTIBLE POR UN CORNETE MEDIO VOLUMINOSO.

EN ESTE NIVEL PUEDEN EXISTIR SECRECIONES DEL GRUPO POSTERIOR DE LOS SENOS PARANASALES, POLIPOS DE ORIGEN ALÉRGICO Y GRANULACIONES TUMORALES.

POSICION III

AQUÍ SE EXPLORA LA REGIÓN ANTERIOR DE LA BÓVEDA DE LAS FOSAS NASALES, QUE ESTA REPRESENTADA POR LOS HUESOS PROPIOS DE LA NARÍZ Y LA CABEZA DEL CORNETE MEDIO.

RINOSCOPIA MEDIANA

SE USA PARA LA EXPLORACIÓN DETALLADA DEL MEATO MEDIO Y DE LA HENDIDURA OLFATIVA.

SE UTILIZA UN ESPÉCULO DE VALVAS LARGAS O DE KILLIAN QUE SE INTRODUCE DELICADAMENTE POR EL MEATO MEDIO, PREVIA ANESTESIA, ABRIÉNDOLO LUEGO SUAVEMENTE Y TRATANDO DE LUXAR EL CORNETE MEDIO HACIA EL TABIQUE, LO QUE SE ANUNCIA POR UN RUIDO SECO CARACTERÍSTICO.

ES POCO EMPLEADO EN LA ACTUALIDAD POR LO BRUSCO Y DOLOROSO ADEMÁS DE QUE NO APORTA DATOS SIGNIFICATIVOS.

SINUSITIS

SE DENOMINA SINUSITIS A LA INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA QUE RECUBRE EL -
SENO DEL MISMO NOMBRE.

NORMALMENTE LOS CILIOS QUE POSEE LA MUCOSA SINUSAL ACTÚAN COMO UNA LÍ-
NEA DE DEFENSA CONTRA LA INFECCIÓN, Y ELIMINAN MEDIANTE UNA CORRIENTE PRODUCI-
DA POR MOVIMIENTOS VIBRATILES, MICROORGANISMOS, SECRECIONES EXCESIVAS O PUS -
DEL SENO, A TRAVÉS DEL ORIFICIO PARA EL DRENAJE QUE ES EL OSTIUM.

CUANDO LA MUCOSA SE INFLAMA, SE CONGESTIONA Y SE EDEMATIZA, HACIENDO -
QUE LOS CILIOS DISMINUYAN SU FUNCIÓN HASTA QUE SE PARALICEN POR COMPLETO.

LAS SECRECIONES SE ESTANCAN, SE PRODUCE OBSTRUCCIÓN DEL OSTIUM, LO -
QUE IMPIDE EL DRENAJE HACIA FUERA DEL SENO, OCASIONANDO ASÍ LA SINUSITIS MAXI-
LAR.

ETIOLOGIA DE LA SINUSITIS MAXILAR

LA SINUSITIS MAXILAR SE PRESENTA PREFERENTEMENTE EN SENOS GRANDES Y -
EN LA EDAD ADULTA, SIENDO EL TRATAMIENTO MÁS REBELDE, ENTRE MÁS GRANDE SEA EL
SENO.

RARAMENTE SE PRESENTA EN SENOS PEQUEÑOS. LAS CAUSAS DETERMINADAS DE-
UNA SINUSITIS MAXILAR SON:

- 1.- CAUSAS PREDISPONENTES
- 2.- CAUSAS TRAUMÁTICAS
- 3.- CAUSAS INFECCIOSAS
- 4.- CAUSAS ALÉRGICAS

1.- CAUSAS PREDISPONENTES

ESTAS PUEDEN SER DE DOS TIPOS: GENERALES Y LOCALES.

DENTRO DE LAS CAUSAS GENERALES PODEMOS ENCONTRAR CUALQUIER PADECIMIENTO A NIVEL SISTÉMICO COMO PUEDE SER LA DIABETES, LA TUBERCULÓISIS, QUE PUEDEN PREDISPONER A UNA SINUSITIS MAXILAR.

DENTRO DE LAS CAUSAS LOCALES, CUALQUIER ESTADO QUE INTERFIERA EN EL DRENAJE O EN EL LIBRE PASAJE DEL AIRE DEL SENO A LAS FOSAS NASALES, PUEDE HACER AL SENO SUSCEPTIBLE DE INFECCIÓN, UN TABIQUE DESVIADO ES UNA CAUSA LOCAL-PREDISPONENTE COMÚN, YA QUE PRODUCE UN ESTRECHAMIENTO DEL PASAJE NASAL EN EL MEATO MEDIO.

OTRAS CAUSAS LOCALES PUEDEN SE ADHERENCIAS Y TEJIDO OBSTRUCCIONAL EN EL CORNETE MEDIO; LA PRESENCIA DE PÓLIPOS Y TEJIDO HIPERPLÁSICO QUE OBSTRUYEN EL MEATO MEDIO.

LA ACUMULACIÓN DE SECRECIONES Y LA DIFUSIÓN DE LA INFLAMACIÓN ADYACENTE PRODUCEN EL CIERRE PRECÓZ DEL OSTIUM MAXILAR, PREDISPONIENDO TAMBIÉN DE ESTA MANERA AL SENO A UNA INFECCIÓN.

2.- CAUSAS TRAUMATICAS

YA SEA QUE LA SINUSITIS SE ORIGINE A EXPENSAS DE UNA FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR O BIEN LA PENETRACIÓN DE UN CUERPO EXTRAÑO AL SENO.

TAMBIÉN PUEDE ORIGINARSE CUANDO PARTE DEL PISO DEL SENO ES EXTRAÍDO JUNTO CON UN DIENTE SUPERIOR; CUANDO SE FRACTURA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR POR LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR; EL FORZAR UNA RAÍZ O UNA PIEZA DENTRO DEL SENO DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE LA EXTRACCIÓN.

EN UNA FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR, LA INFECCIÓN PUEDE PARTIR A EXPENSAS DEL HEMATOMA QUE EXISTA EN LA CAVIDAD SINUSAL.

3.- CAUSAS INFECCIOSAS

ESTAS CAUSAS PUEDEN SER DE ORIGEN CATARRAL, DE ORIGEN DENTARIO Y DE ORIGEN ÓSEO.

SON DE ORIGEN CATARRAL, AQUELLAS QUE RESULTAN DE LA PROPAGACIÓN DE UNA INFECCIÓN DE LA MUCOSA DE LAS FOSAS NAALES.

LOS SENOS FORMAN UNA UNIDAD BIOLÓGICA, ANATÓMICA Y FUNCIONAL CON LAS FOSAS NAALES, EXPLICÁNDOSE DE ESTA MANERA LA FRECUENCIA CON QUE SE VEN AFECTADOS POR LAS ENFERMEDADES QUE ELLAS PADECEN.

LA CAUSA CATARRAL ES LA MÁS FRECUENTE EN LA SINUSITIS MAXILAR; EN TODAS LAS RINITIS Y SOBRE TODO EN LAS GRIPALES Y EN OTRAS ENFERMEDADES COMO EL RESFRIADO COMÚN, LA INFLUENZA; LA INFECCIÓN PUEDE PROPAGARSE AL SENO MAXILAR Y AFECTARLO CONJUNTAMENTE CON LOS DEMÁS SENOS PARANAALES.

SON DE ORIGEN DENTARIO AQUELLAS QUE SE FORMAN A EXPENSAS DE UNA INFECCIÓN PERIAPICAL DE ALGUNA PIEZA DENTARIA Y QUE DICHA INFECCIÓN INVADA AL SENO.

ESTA VÍA TIENE UN PAPEL IMPORTANTE EN LA INFECCIÓN SINUSAL Y EN LA FORMACIÓN DE UN EMPIEMA.

LAS RAÍCES DE LOS MOLARES ESTÁN EN ÍNTIMO CONTACTO CON LA MEMBRANA SINUSAL, SI NO ES QUE LA PENETRAN, LA LESIÓN PERIAPICAL DE UNA PIEZA DETERMINA UNA OSTEÍTIS DEL ALVÉOLO QUE PRODUCE POR IRUPCIÓN O CONTIGUIDAD LA INFECCIÓN DEL SENO.

LA SINUSITIS MAXILAR COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN DENTARIA DEPENDE GRANDEMENTE DE LA RELACIÓN Y PROXIMIDAD QUE GUARDEN LAS RAÍCES DE LAS PIEZAS CON EL SENO.

EN UNA SINUSITIS DE ESTA CLASE EXISTEN EN EL SENO REUNIDOS MICROORGANISMOS DE LA INFECCIÓN DENTARIA.

ES IMPORTANTE CONOCER LAS RELACIONES ENTRE EL PISO SINUSAL Y LAS RAÍCES DENTARIAS Y HAY QUE TENER PRESENTE QUE CORRESPONDEN SIEMPRE A LOS DOS PRIMEROS MOLARES, PUES LOS PREMOLARES PUEDEN ESTAR SEPARADOS DEL SENO POR UNA CAPA DE TEJIDO ÓSEO COMPACTO BASTANTE GRUESA; DE LOS MOLARES, EL PRIMERO ESTÁ EN MÁS ÍNTIMA RELACIÓN CON EL SENO, Y AHÍ LA PARED PODRÁ ESTAR REDUCIDA A UNA DELGADA LÁMINA O BIEN LAS RAÍCES FORMAN UNA SALIENTE EN EL QUE HACE SU PISO IRREGULAR.

LAS LESIONES INFECCIOSAS DE LAS PIEZAS DENTARIAS CAUSAN ALREDEDOR DEL

12% DE LAS SINUSITIS MAXILARES Y PUEDEN DICHAS LESIONES LOCALIZARSE EN LA PIEZA O ALREDEDOR DE ELLA; LA INFECCIÓN DENTARIA CAUSANTE DE LA SINUSITIS PUEDE SER DE CARÁCTER AGUDO O CRÓNICO.

CUANDO LA INFECCIÓN ES DE CARÁCTER AGUDO, COMO UN ABSCESO PERIAPICAL AGUDO, PUEDE DESCARGARSE EN EL SENOS; UN SÍNTOMA TÍPICO ES EL REPENTINO ALIVIO INICIAL DEL DOLOR CONSECUTIVO A LA DESCARGA DEL ABSCESO EN EL SENOS.

FORMA ASÍ UN EMPIEMA SINUSAL QUE PUEDE TRANSFORMARSE EN SINUSITIS.

CUANDO LA INFECCIÓN ES DE TIPO CRÓNICO, QUE LA MÁS COMÚN ES EL ABSCESO PERIAPICAL CRÓNICO QUE PENETRA O DESCARGA EN EL SENOS: TAMBIÉN DURANTE EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS CON RAÍCES SÉPTICAS, SI SE PERFORA EL SENOS ACCIDENTALMENTE CON UN INSTRUMENTO ENDODÓNTICO A TRAVÉS DEL ÁPICE DE DICHA RAÍZ SE PUEDE CONTAMINAR EL SENOS E INFECTARLO.

UNA PARODONTÓSIS AVANZADA ASÍ COMO UN QUISTE DENTARIO SUPURANTE QUE SE ABRE, PUEDEN SER CAUSAS DE LA INFECCIÓN DEL SENOS, AUNQUE SON MENOS PROBABLES.

EMPIEMA SINUSAL

CUANDO EXISTE UN MOLAR SUPERIOR CON PROCESO CARIOSO, QUE HA INVOLUCRADO A LA PULPA Y HAYA LLEGADO HASTA EL ÁPICE, Y AL TRATARSE DICHA CAVIDAD, O AL OBSTRUIRSE ACCIDENTALMENTE POR LOS ALIMENTOS, SE OBSTRUYE EL ORIFICIO DE LA CRIES, HACIENDO UNA CAVIDAD CERRADA QUE AUMENTA LA VIRULENCIA DE LOS GÉRMENES, INTERESA LA LÁMINA ÓSEA QUE RODEA EL ÁPICE Y POR LO TANTO, SE FORMA UN ABSCESO SUBMUCOSO Y SUBPERIÓSTICO, QUE ATRAVESANDO DICHA LÁMINA Y LAMUCOSA SINUSAL VACIANDO SU CONTENIDO DENTRO DEL SENOS; EN ESTE CASO LA MUCOSA NO PARTICIPA DE LA INFECCIÓN, POR LO MENOS AL PRINCIPIO, PERO SI LA SUPURACIÓN PERSISTE PUEDE ORIGINAR UNA VERDADERA SINUSITIS.

AL HACERSE LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA AFECTADA, EL LÍQUIDO TIENDE A SALIR POR EL ALVÉOLO DE DICHA PIEZA.

UN EMPIEMA SINUSAL PUEDE TAMBIÉN SER CAUSADO POR LA LLEGADA AL SENOS MAXILAR DE UNA COLECCIÓN SUPURADA QUE PROVENGA DEL SENOS FRONTAL.

SON DE ORIGEN ÓSEO AQUELLAS SINUSITIS QUE RESULTAN DE LA PROPAGACIÓN DE UNA INFECCIÓN DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR.

LA OSTEOMIELITIS ESPECIALMENTE SI SE TRATA DE NIÑOS PUEDE EXTENDERSE AL SENO MAXILAR; POR LO CONTRARIO, PUEDE LA OSTEOMIELITIS SURGIR COMO UNA COMPLICACIÓN DE UNA INFECCIÓN SINUSAL AGUDA, POR INVASIÓN DIRECTA DEL HUESO POR EL PROCESO INFLAMATORIO, ESTO, SUCEDE RARAMENTE.

LOS MICROORGANISMOS PREDOMINANTES INVASORES DEL SENO POR LA LESIÓN ANTES MENCIONADA SON EL STAPHILOCOCCUS AUREUS, STAPHILOCOCCUS ALBUS, DIVERSOS ESTREPTOCOCOS Y A VECES GÉRMESES MIXTOS.

LA OSTEOMIELITIS CAUSANTE PUEDE SER: INFECCIOSA ESPECÍFICA, TUBERCULOSA, SIFILÍTICA O ACTINOMICÓTICA.

LAS CÉLULAS INFLAMATORIAS CAUSANTES SON PRINCIPALMENTE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES NEUTRÓFILOS, Y PUEDE HABER TAMBIÉN LINFOCITOS Y PLASMOCITOS.

LOS SÍNTOMAS DE LA SINUSITIS ORIGINADA POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTERIORES DEPENDEN DEL TIEMPO QUE TARDE LA INFECCIÓN EN MANIFESTARSE.

4.- CAUSAS ALÉRGICAS

ÚLTIMAMENTE SE HA DEDICADO ATENCIÓN AL ESTUDIO DE LA ALERGIA Y ESTÁ SIENDO RECONOCIDA COMO UNA DE LAS CAUSAS QUE ORIGINAN UNA SINUSITIS CRÓNICA; EN ESTOS CASOS EL INDIVIDUO AFECTADO ES HIPERSENSIBLE A SUSTANCIAS O ESTÍMULOS QUE NORMALMENTE PROVOCARÍAN Poca O NINGUNA REACCIÓN.

LA ALERGIA DE LOS SENOS SE MANIFIESTA POR TEMPORADA O PERMANENTEMENTE.

LOS SÍNTOMAS TÍPICOS DE LA SINUSITIS POR ALERGIA SON: ESTORNUDOS, DESCARGA LÍQUIDA NASAL Y OBSTRUCCIÓN, Y COMEZÓN; EN MUCHOS CASOS EXISTEN SÍNTOMAS MÍNIMOS COMO RESFRIADOS RECURRENTES, GOTEJO NASAL Y LIGERA OBSTRUCCIÓN.

LAS SINUSITIS QUE SE MANIFIESTAN POR TEMPORADAS, COMO POR EJEMPLO LA FIEBRE DEL HENO, ESTÁN RELACIONADAS CON CIERTOS PERÍODOS DE POLINIZACIÓN DE ALGUNOS ÁRBOLES.

LOS SÍNTOMAS DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS SE PRESENTAN DURANTE LA INGESTIÓN DE LOS MISMOS Y ESTABLECER EL CAUSANTE PUEDE SER PROBLEMÁTICO.

PARA TENER UN DIAGNÓSTICO ACERTADO, DEBE TOMARSE EN CUENTA LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES, PUES PUEDEN EXISTIR ALERGIAS PREVIAS YA SEA EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL, O EN LA PIEL DURANTE LA NIÑEZ.

DEBEN SER DETERMINADAS LAS MANIFESTACIONES ASOCIADAS CON SÍNTOMAS OTORRINOLARINGOLÓGICOS COMO EL ASMA BRONQUIAL Y LA BRONQUITIS ALÉRGICA; EN LAS ALERGIAS MAYORES COMO LA FIEBRE DEL HENO, EL ASMA Y EL ECZEMA, LOS ANTECEDENTES FAMILIARES SON DE MUCHA IMPORTANCIA PORQUE SE CREE QUE SE HEREDAN CON CARACTER DOMINANTE.

LA CARACTERIZACIÓN TÍPICA POR LA ALERGIA, DE LA MUCOSA NASAL, ES LA PRESENCIA DE EDEMA, POLIPÓSIS, PALIDÉZ, Y CON SU CONSISTENCIA BLANDA; A VECES SUS CAMBIOS SON MÍNIMOS O LIMITADOS A UN LIGERO AUMENTO DE VOLUMEN.

UNA SECRECIÓN DELGADA Y PROFUSA ESPECIALMENTE POR LAS MAÑANAS, ES UNO DE LOS HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS; CUANDO DICHA SECRECIÓN ES FIJADA Y EXAMINADA AL MICROSCOPIO PUEDE REVELAR UNA EOSINOFÍLIA.

EL EXAMEN MICROSCÓPICO PUEDE REVELAR A LOS TEJIDOS REMOVIDOS QUIRÚRGICAMENTE PRESENTANDO CAMBIOS ESPECÍFICOS EN ELLOS.

LA RADIOGRAFÍA DEL SENOS REVELA UNAS SOMBRAS NUBOSAS, DEBIDAS AL ENGROSAMIENTO DE LA MEMBRANA.

EN LA DETERMINACIÓN DEL FACTOR CAUSANTE DE LA ALERGIA SE PUEDE USAR LA INYECCIÓN INTRADÉRMICA DE ANTÍGENOS O LA PRUEBA DEL RASCADO; ESTAS TÉCNICAS SON BUENAS PERO NO COMPLETAS, SON ADECUADAS EN LA ALERGIA AL POLEN, POLVO Y OTRAS SUSTANCIAS, PERO SON COMPLETAMENTE INADECUADAS EN LA ALERGIA POR ALIMENTOS.

EN ESE CASO SE EMPLEAN DIETAS DE ELIMINACIÓN PARA ENCONTRAR AL CAUSANTE.

EL TRATAMIENTO USADO EN LA ALERGIA NASAL ES NECESARIAMENTE SISTÉMICO.

LOCALMENTE COMO RUTINA SE USAN VASOCONSTRICTORES; ES ACONSEJABLE NO USAR MEDICAMENTOS QUE PUEDAN PRODUCIR HÁBITO EN EL PACIENTE.

LA ALERGIA O UNA COMBINACIÓN DE ALERGIA Y SUPURACIÓN, PUEDEN TRAER COMO CONSECUENCIA MARCADOS CAMBIOS EN LA MUCOSA NASAL.

EN ESTE CASO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SOLUCIONARÁ LOS PROBLEMAS OBSTRUCCIONALES Y LA RESTAURACIÓN DE UN ADECUADO DRENAJE DEL SENOS.

LA MAYORÍA DE LAS INTERVENCIÓNES PUEDEN FALLAR SI NO SE TOMAN LAS MEDIDAS APROPIADAS PARA EL CONTROL DE LA ALERGIA.

CLASIFICACION DE LAS SINUSITIS

SEGÚN EL TIEMPO QUE TARDE EN MANIFESTARSE SE PUEDE CLASIFICAR EN:

AGUDA	SINUSITIS MAXILAR AGUDA CATARRAL
	SINUSITIS MAXILAR AGUDA PURULENTO
CRONICA	SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA CATARRAL
	SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA PURULENTO

SINUSITIS MAXILAR AGUDA CATARRAL

ESTE TIPO DE SINUSITIS ES CONSECUENCIA DE LA RINITIS AGUDA INFECCIOSA Y FRECUENTEMENTE HAY UNA CONDICIÓN ALÉRGICA.

LA MUCOSA PRESENTA UN PROCESO INFILTRATIVO EDEMATOSO QUE SE REVELA MUCHAS VECES EN LA RADIOGRAFÍA POR UN ESPESAMIENTO ACENTUADO, A VECES FESTONEADO EN SUS CONTORNOS, O AÚN UNA OPACIDAD UNIFORME EN EL ANTRO, O BIEN LA IMAGEN DEL LÍQUIDO RETENIDO QUE SE MUEVE CON LOS CAMBIOS DE POSICIÓN DE LA CABEZA.

LOS SÍNTOMAS DE ESTE TIPO DE SINUSITIS SON LEVES.

APARECEN COMO UNA LIGERA SENSACIÓN DE PESO EN LA CARA, A VECES EXISTE DOLOR EN LOS DIENTES DEBIDO A LA COMPRESIÓN O IRRITACIÓN DE LOS FILETES DENTARIOS QUE CORREN EN LA PARED DEL SENOS; EXISTE TAMBIÉN OBSTRUCCIÓN DEL OSTIUM, PORQUE EL EDEMA DE LA MUCOSA ES MÁS ACENTUADO EN ESTA PARTE, DONDE HAY MÁS VASCULARIZACIÓN Y GLÁNDULAS CALICIFORMES.

EN PRUEBAS DE DESPLAZAMIENTO A VECES NO SE CONSIGUE TRASPASAR EL OSTIUM PORQUE PUEDE EXISTIR UN TAPÓN MUCOSO ESPESO O GRAN CANTIDAD DE EDEMA.

ESTE TIPO ES EVIDENTEMENTE ALÉRGICO, Y SE PUEDE CLASIFICAR COMO UNA AFECCIÓN CRÓNICA CON FASES AGUDAS, AUNQUE NO SE CATALOGA ASÍ.

PUEDE DAR ORIGEN A UN PÓLIPO QUE LLENE EL SENSO MAXILAR O SE PUEDE EXTERIORIZAR QUEDANDO SU PEDÍCULO EN EL ANTRÓ; SALIENDO ESTE, EL MEATO MEDIO - TOMAN UNA FORMA OBSTRUCTIVA QUE PUEDE SER VISIBLE HASTA EL BORDE DEL VELO PALATINO Y SE HA DESCRITO COMO PÓLIPO SOLITARIO DE KILLIAN.

LA SECRECIÓN EN ÉSTOS CASOS AGUDOS, O EN LAS FASES AGUDAS DE UN PROCESO HIPERPLÁSICO, ES SEROMUCOSO, MUCOIDE Y DESAPARECE CON LA CURACIÓN DE LA RINITIS, EN POCOS DÍAS.

ÓTRAS VECES PUEDE PASAR AL ESTADO PURULENTO O SI EL PROCESO SE REPITE VARIAS VECES CREA CONDICIONES DE CRONICIDAD.

EN GENERAL, ESTOS CASOS CURAN RAPIDAMENTE.

SINUSITIS MAXILAR AGUDA (PURULENTO)

ESTE TIPO DE SINUSITIS MAXILAR SE PRESENTA GENERALMENTE CON DOLORS EN LA CARA, QUE SE IRRADIAN DE LA FOSA CANINA A LAS REGIONES ZIGOMÁTICA, ORBITARIA Y ALVEOLODENTARIA.

A LA PRESIÓN EN LA FOSA CANINA EL ENFERMO ACUSA UN FUERTE DOLOR.

MUCHAS VECES HAY DOLOR EN LOS DIENTES O EN LA HEMIBÓVEDA PALATINA.

A VECES SE NOTA LEVE TUMEFACCIÓN DE LA MEJILLA DEL LADO ATACADO, ESPECIALMENTE EN LOS NIÑOS.

LA MUCOSA DE LA FOSA NASAL SE PRESENTA CONGESTIONADA, HINCHADA Y CON DEPÓSITO DE SECRECIÓN PURULENTO EN EL MEATO MEDIO Y EN EL PISO DE LA FOSA NASAL.

FRECUENTEMENTE LA SECRECIÓN DRENA MÁS PARA LA EPIFARINGE CUANDO EXISTE UNA GOTERA SEMILUNAR PROFUNDA Y LA SECRECIÓN ES ESCASA, LO QUE ACTUALMENTE ES COMÚN CON EL USO RUTINARIO DE LOS ANTIBIÓTICOS PARA TODO PROCESO INFLAMATORIO EVIDENTE O SOSPECHADO.

EL HECHO DE ENCONTRARSE EN UNA SOLA FOSA NASAL, TUMEFACCIÓN, CONGESTIÓN Y PUS, Y, ADEMÁS LA SENSACIÓN DOLOROSA EN LA MITAD DE LA CARA, CONSTITUYEN ELEMENTOS SEGUROS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SINUSITIS PURULENTO AGUDA.

LAS MANIFESTACIONES NO SIEMPRE SON TAN CLARAS.

LA SECRECIÓN PUEDE SER INTERMITENTE, SALTANDO POR LA MAÑANA; EN FORMA MÁS INTENSA; PUEDE NO APARECER EN LAS FOSAS NASALES O SOLO APARECER CUANDO SE INCLINA LA CABEZA HACIA ADELANTE Y LEVEMENTE ROTADA CON LA MITAD DE LA CARA - ENFERMA HACIA ARRIBA.

PARA LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PUEDE LIMPIARSE LA SECRECIÓN DEL MEATO MEDIO Y ESPERAR A QUE APAREZCA DE NUEVO, CON LA CABEZA EN LA POSICIÓN - ARRIBA INDICADA.

OTRAS VECES, SI LA SECRECIÓN NO APARECE, EXISTE RETENCIÓN A NIVEL DEL SENO.

EL OSTIUM ESTA BLOQUEADO POR EDEMA, POLIPOS O TAPÓN DE SECRECIÓN ESPE SA QUE LOS CILIOS DE LA MUCOSA NO LOGRAN IMPELER HACIA AFUERA.

EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, CUANDO HAY RETENCIÓN, LOS DOLORES AUMENTAN - TORNÁNDOSE A VECES VIOLENTOS E INTOLERABLES, APARECE MÁS EDEMA DE LA CARA, - PUEDE LLEGAR AL PÁRPADO INFERIOR, CONGESTIÓN Y AUMENTO DE VOLUMEN DE LOS - CORNETES MEDIO E INFERIOR.

MIENTRAS NO SE LOGRE RESTABLECER LA PERMEABILIDAD DEL OSTIUM Y DRENAR LA SECRECIÓN RETENIDA, NO SE OBTENDRÁ EL ALIVIO DESEADO DE LA TENSIÓN Y LOS - DOLORES.

DESPUÉS DE LIMPIO EL MEATO MEDIO, SE HACE QUE EL PACIENTE FLEXIONE LA CABEZA HACIA ADELANTE Y SE ESPERA UN MINUTO APROXIMADAMENTE.

SE VUELVE A EXAMINAR LA FOSA NASAL Y SI SURGE PUS EN EL MEATO MEDIO- (SIGNO DE FLAIANI) TENEMOS UN INDICIO MUY FIRME DE SINUSITIS.

ESTE SIGNO PUEDE FALLAR EN LOS CASOS DE SINUSITIS BLOQUEADA POR OBS- TRUCCIÓN DEL OSTIUM.

EN ESTOS CASOS LOS SÍNTOMAS EXTERNOS (DOLOR, PRESIÓN, EDEMA DE LA CARA) PUEDEN DOMINAR, ASÍ COMO LA CONGESTIÓN Y LA TUMEFACCIÓN DE LA MUCOSA NASAL.

A VECES HAY UNA EXAGERACIÓN DEL EDEMA Y UN CONGESTIONAMIENTO EXCESIVO DE SANGRE DE LA MUCOSA DEL MEATO MEDIO QUE FORMA UN REBORDE DEBAJO DEL CORNE- TE MEDIO: ES EL RODETE DE KAUFMAN.

COMO ELEMENTOS SUBSIDIARIOS DEL DIAGNÓSTICO DEBEMOS RECURRIR A LAS RA- DIOGRAFÍAS O LA TRANSILUMINACIÓN CON DIAFANOSCOPIO.

LAS RADIOGRAFÍAS TIENEN VALOR SIEMPRE, Y LA TRASILUMINACIÓN ES UTILÍ- SIMA CUANDO EL PROCESO ES UNILATERAL, POR LA COMPARACIÓN QUE OFRECE EL GRADO-

DE TRANSILUMINACIÓN ENTRE EL LADO ENFERMO Y EL SANO.

EN CIERTOS CASOS SE PUEDE RECURRIR A LA PUNCIÓN EXPLORADORA, PARA EVACUAR LA SECRECIÓN, ALIVIAR LA PRESIÓN, INTRODUCIR MEDICAMENTOS EN EL SENOS Y - ACLARAR EL DIAGNÓSTICO.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO, BASTA CONTRAER LA MUCOSA NASAL CON SOLUCIÓN DE EFEDRINA AL 1% Y EL EXAMEN MINUCIOSO - (DESPUÉS DE ESPERAR CIERTO TIEMPO), DEL MEATO MEDIO, DONDE EXISTE GENERALMENTE SECRECIÓN.

CON TAPONES APLICADOS EN EL MEATO MEDIO SE CONSIGUE CIERTA RETRACCIÓN.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA NEURALGIA DEL INFRAORBITARIO, CON LOS PROCESOS INFLAMATORIOS ODONTOALVEOLARES, ASÍ COMO CON LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DEL SENOS Y CON LA OSTEOMIELITIS DEL MAXILAR, SE HACE GENERALMENTE CON RELATIVA FACILIDAD.

EN EL CASO DE NEURALGIA SUBORBITARIA LOS DOLORS SON EN PUNZADAS AGUDAS, QUE APARECEN REPENTINAMENTE Y DESAPARECEN TAMBIÉN SIN DEJAR RASTRO, VOLVIENDO HORAS DESPUÉS CON NUEVOS ACCESOS.

EL DOLOR ES BIEN LOCALIZADO EN EL AGUJERO INFRAORBITARIO, A MEDIO CENTÍMETRO POR DEBAJO DEL REBORDE ORBITARIO.

NO HAY SECRECIÓN NASAL NI PROCESOS OBSTRUCTIVOS COMO EN LA SINUSITIS AGUDA.

EL DOLOR SE IRRADIA HACIA EL ALA DE LA NARÍZ O HACIA EL LABIO SUPERIOR Y EL LEVE CONTACTO CON ESAS REGIONES PUEDE DESPERTAR LA CRISIS.

LOS TUMORES DEL MAXILAR, CUANDO SON BENIGNOS COMO EL QUISTE PARADENTARIO, EL QUISTE DENTIGERO, EL OSTEOFIBROMA, EL OSTEOMA, TIENEN EVOLUCIÓN LENTA Y LA TUMEFACCIÓN DE LA CARA QUE PUEDEN PROVOCAR NO SE ACOMPAÑAN DE DOLOR.

LA FOSA NASAL TAMPOCO MUESTRA SEÑAL DE PROCESO INFLAMATORIO PUDIENDO PRESENTAR CIERTO ABOMBAMIENTO DE LA PARED NASAL.

LAS INFECCIONES AGUDAS DE LA REGIÓN ALVEOLODENTARIA, OSTEOPERIÓSTICAS Y DENTARIAS, SE CARACTERIZAN POR DOLOR INTENSO, TUMEFACCIÓN DE LA REGIÓN, RUBOR, FLUCTUACIÓN O FISTULA DE LA CARA VESTIBULAR O PALATINA DE LA REGIÓN PARADENTARIA.

LA OSTEOMIELITIS DEL MAXILAR SUPERIOR ES PROPIA DEL RECIÉN NACIDO Y -

SE CARACTERIZA POR UN TRAYECTO FISTULOSO QUE LLEGA AL HUESO DESNUDO, ABUNDANCIA DE PUS O TUMEFACCIÓN INTENSA Y DURA.

SE NOTAN TRAYECTOS FISTULOSOS, SUPURANTES Y GÉRMESES DENTARIOS SUELTOS O EN PERÍODO DE EXPULSIÓN.

LA AFECCIÓN ES PROVOCADA GENERALMENTE POR EL TRAUMATISMO DE LOS GÉRMESES DENTARIOS, LA INFECCIÓN DEL ALVÉOLO Y LA EXTENSIÓN DEL HUESO ESPONJOSO DEL PROCESO ALVEOLAR QUE FORMA, EN ESA EDAD, CASI TODO EL VOLUMEN DEL MAXILAR, CON LOS GÉRMESES DENTARIOS DISEMINADOS EN SU ESPECIE.

LA OSTEOMIELITIS DEL MAXILAR, EN EL ADULTO, PUEDE SER CONSECUENCIA POSTOPERATORIA DE LA SINUSITIS Y SE INICIA GENERALMENTE POR EL ÁNGULO INTERNO DEL SENOS, EN DIRECCIÓN A LA APÓFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR.

EL EDEMA DE ESA REGIÓN Y DEL REBORDE INFRAORBITARIO, EL RUBOR Y EL DOLOR, LA CIRCUNSTANCIA DE HABER SUFRIDO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RECIENTE U OTRO TRAUMATISMO LLEVAN AL DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITIS DEL MAXILAR.

LOS TUMORES MALIGNOS, EN CIERTAS FASES DE SU EVOLUCIÓN SE PRESTAN A CONFUSIÓN CON LA SINUSITIS AGUDA.

AL LADO DE LA SUPURACIÓN EXISTE CIERTO DOLOR, POR PERÍODOS.

EN PERÍODOS MÁS AVANZADOS HAY SENSACIÓN DE ANESTESIA DE LA CARA EN LA REGIÓN DE LOS DIENTES Y AL NIVEL DEL NERVIOS INFRAORBITARIO.

LA SUPURACIÓN NASAL PRECOZ POR INFECCIÓN AGREGADA AL PROCESO TUMORAL, LA TUMEFACCIÓN DE LA MUCOSA, EL DOLOR O ANESTESIA DE LOS DIENTES Y DE OTROS PUNTOS DE LA CARA Y CIERTO GRADO DE EDEMA DE LA MEJILLA PUEDEN CONDUCIR AL DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE SIMPLE SINUSITIS.

LA EPISTAXIS, CUANDO NO TIENE ORIGEN EN LOS PUNTOS CLÁSICOS, LA SECRECIÓN SEROMUCOSA O PURULENTO Y HEMORRÁGICA SON MUY SOSPECHOSAS CUANDO APARECEN EN UN ADULTO DE MÁS DE CUARENTA AÑOS SIN PASADO DE SINUSITIS O SIN UNA CAUSA EVIDENTE DE INFECCIÓN SINUSAL AGUDA O CONGESTIVA ACTUAL.

EL ELEMENTO MÁS SEGURO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUMOR MALIGNO DEL SENOS - MAXILAR ES LA RADIOGRAFÍA SIMPLE.

ESPECIALMENTE EN LAS RADIOGRAFÍAS DE WATERS Y LA LATERAL ES DONDE SE DAN LAS SEÑALES CARACTERÍSTICAS DE PERDIDA DE SUSTANCIA EN LA LÍNEA DEL CONTORNO DEL SENOS, PARTICULARMENTE EN LA PARED EXTERNA Y EN LA NASAL.

TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA

ESTE TIPO DE SINUSITIS CURA FRECUENTEMENTE CON EL TRATAMIENTO MÉDICO Y PEQUEÑAS MANIOBRAS O INTERVENCIONES.

DEBEMOS, ANTE TODO, COMPROBAR SI HAY UN FOCO DENTARIO CAUSAL O SI LA SINUSITIS ES SIMPLEMENTE DE ORIGEN NASAL.

PRIMERO SE DEBE ELIMINAR EL FOCO DENTARIO EXTRAYENDO EL O LOS DIENTES, ABRIENDO ABSCESOS O CURETEANDO ALGÚN FOCO DE INFECCIÓN DEL HUESO.

CON AYUDA DE LOS ANTIBIÓTICOS PODREMOS INTERVENIR AUDAZMENTE EN ESTOS CASOS DE INFECCIÓN AGUDA.

SI EXISTE UNA COMUNICACIÓN DE LA REGIÓN ALVEOLODENTARIA CON EL SENOS SE HACE POR ELLA UN AMPLIO LAVADO DE LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO.

LUEGO SE COLOCA ALGÚN ANTIBIÓTICO, Y SE CIERRA LA COMUNICACIÓN ALVEOLO SINUSAL POR MEDIO DE UNA INTERVENCIÓN ADECUADA AL CASO.

CON EL TRATAMIENTO GENERAL Y LA RETRACCIÓN DE LA MUCOSA NASAL EN LOS SIGUIENTES DÍAS, SE CONSIGUE LA CURA.

CUANDO EXISTE PUS DENTRO DEL SENOS, EL PRIMER PUNTO SERÁ PROVOCAR LA SALIDA DE PUS.

DEBE EXAMINARSE CUIDADOSAMENTE EL MEATO MEDIO, COLOCAR ALLÍ PEQUEÑOS TAPONES CON SOLUCIÓN ANESTÉSICA Y ALGÚN VASOCONSTRUCTOR AL 1%.

RETRAÍDA LA MUCOSA SE PUEDE CONTINUAR EL TRATAMIENTO UTILIZANDO DOS PROCEDIMIENTOS MÁS ÚTILES:

- 1).- EL MÉTODO DE DESPLAZAMIENTO DE PROETZ
- 2).- LA PUNCIÓN O SONDAJE POR EL OSTIUM CON UNA CÁNULA Y LAVADO DEL -
SENO CON SUERO FISIOLÓGICO, CON INSTALACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.

EL MÉTODO DEL DESPLAZAMIENTO O DE PROETZ, ES UN MÉTODO EXPERIMENTADO -
POR ARTHUR PROETZ EN 1929 QUE CONSISTE EN EL APROVECHAMIENTO DE LOS SENOS DE -
LA CARA PARA REESTABLECER EL EQUILIBRIO DE PRESIONES ENTRE LOS VASOS COMUNICAN -
TES Y NIVELAMIENTO DE LÍQUIDO.

PARA OBTENER UNA BUENA EJECUCIÓN DE ESTE MÉTODO SE DEBEN SEGUIR CIER -
TAS CONDICIONES QUE SON:

1º POSICIÓN DE LA CABEZA Y DEL ENFERMO.

SE RECOMIENDA LA POSICIÓN DE PARKINSON, LA CUAL CONSISTE
EN QUE EL ENFERMO SE ACUESTA DE LADO Y LA CABEZA SE INCLINA SO -
BRE EL PLANO DE LA CAMA, HASTA FORMAR UN ÁNGULO DE 25° APROXIMA -
DAMENTE.

SE DEBE LLENAR LA FOSA INFERIOR CON LÍQUIDO DE MANERA -
QUE LA PUNTA DE LA NARÍZ SE INCLINE HACIA ABAJO DE 15 A 20° PARA -
LLENAR LOS SENOS ANTERIORES; Y SE INCLINA HACIA ARRIBA UNOS 15 Ó
20° MÁS PARA LLENAR LAS CAVIDADES POSTERIORES.

PARA EL SENO MAXILAR NO HAY NECESIDAD DE ROTACIÓN DE LA -
CABEZA, YA QUE ES EL SENO ANTERIOR MÁS EXTERNO LOCALIZADO A LA -
MITAD DE LA CARA.

2º INSTRUMENTAL.

SE REQUIERE DE UNA JERINGA HIPODÉRMICA DE 5 CMS. CÚBICOS,
UNA PERILLA DE GOMA PARA UNA BUENA ASPIRACIÓN.

SE NECESITA LÍQUIDO CALENTADO EN UNA COPA ESTERIL PARA -
QUE ESTE FÁCILMENTE A MANO.

3º RETRACCIÓN DE LA MUCOSA.

SE DEBE HACER LA RETRACCIÓN CON TAPONES DE ALGODÓN EMBE -
BIDOS EN SOLUCIÓN DE EFEDRINA AL 1%, CON UNAS GOTAS DE ANESTÉSIC -
O Y EL TAPÓN SE COLOCA EN EL MEATO MEDIO.

DESPUÉS DE UNOS CINCO MINUTOS, LAS FOSAS NAALES ESTÁN EN CONDICIONES FAVORABLES PARA EFECTUAR LA MANIOBRA.

4º MANIOBRAS DEL DESPLAZAMIENTO.

YA ESTANDO COLOCADO EL PACIENTE EN LA POSICIÓN ADECUADA, SE INTRODUCE EN EL LADO ADECUADO DE 1 A 2 CENTÍMETROS CÚBICOS DE SOLUCIÓN DE ACEITES YODADOS.

NO SE DEBE LLENAR DEMASIADO LA FOSA PORQUE ES LA ZONA DE LOS MEATOS MEDIO Y SUPERIOR, QUE ES UNA REGIÓN ESTRECHA Y DE POCA CAPACIDAD; APARTE DE QUE ES MOLESTA Y DOLOROSA LA PENETRACIÓN EN LA RINOFARINGE.

SE COLOCA LA PERILLA DE GOMA ADENTRO DEL LÍQUIDO Y EMPIEZA LA SUCCIÓN DEL AIRE LENTAMENTE.

EL PACIENTE DEBERÁ PRONUNCIAR REPETIDAMENTE KI-KI-KI, O KA-KA-KA, CON EL FÍN DE OBTURAR EL VELO PALATINO.

DESPUÉS SE DEBEN CERRAR LAS NARINAS CON LOS DEDOS.

SE EFECTÚA UNA INSPIRACIÓN FUERTE LO CUAL DEMORA DE 3 A 5 SEGUNDOS Y SE LE PERMITE AL PACIENTE QUE RESPIRE NORMALMENTE DE 2 A 3 VECES.

LOS CICLOS SE REPITEN DE 5 A 6 VECES. Y DESPUÉS SE COLOCA LÍQUIDO EN LA FOSA NASAL REPITIÉNDOSE.

ESTE MÉTODO DE DESPLAZAMIENTO SIRVE COMO ELEMENTO DE DIAGNÓSTICO Y COMO ELEMENTO TERAPÉUTICO.

COMO ELEMENTO DE DIAGNÓSTICO, PERMITE QUE UN MEDIO DE CONTRASTE PENETRE O NO A LAS CAVIDADES SINUSALES.

PERMITE QUE EL LÍQUIDO PERMANEZCA DE 2 A 6 DÍAS DENTRO DE LAS CAVIDADES.

COMO ELEMENTO TERAPÉUTICO, PERMITE LA INTRODUCCIÓN SIN TRAUMATISMO A LAS CAVIDADES SINUSALES DE VASOCONTRACTORES, ANTIBIÓTICOS O ALGÚN OTRO MEDICAMENTO.

TAMBIÉN PERMITE QUE EL PACIENTE LO EFECTÚE EN SU CASA, CON UNA SUPERVISIÓN POSTERIOR DEL ESPECIALISTA.

LA SIMPLE INTRODUCCIÓN DE LÍQUIDO VASOCONSTRUCTOR CON O SIN MEDICAMENTOS, EJERCE UN EFECTO BENÉFICO PARA UN MAYOR DRENAJE Y VENTILACIÓN.

AUNADO AL TRATAMIENTO, EN EL TRANCURSO DEL DÍA EL ENFERMO DEBE PONER DENTRO DE SU NARÍZ UNAS DOS O TRES VECES AL DÍA SOLUCIÓN DE EFEDRINA AL 1%, Y DIEZ MINUTOS DESPUÉS HACER INHALACIONES CON LA MEDICACIÓN CLÁSICA, QUE CONSISTE EN MENTOL 1 GR., Y EUCALIPTOL 3GRS.

SE DEBE COMENZAR LA INHALACIÓN A ALGUNA DISTANCIA DEL RECIPIENTE, HABITUANDO PROGRESIVAMENTE LA MUCOSA A LOS VAPORES HASTA QUE SE APROXIMA BIEN - LA NARÍZ AL RECIPIENTE, PUDIÉNDOSE HACER UN CARTUCHO DE PAPEL, ABIERTO EN VÉR TICE, A FÍN DE GUIAR MEJOR LOS VAPORES INHALANTES.

EL MENTOL NO TIENE NINGUNA ACCIÓN ANTISÉPTICA. EL EFECTO QUE SE NOTA SOBRE LA MUCOSA NASAL ES, SOBRE TODO DE CIERTO GRADO DE ANESTESIA Y BIENESTAR QUE DA LA IMPRESIÓN DE RETRACCIÓN DE LA MUCOSA Y MAYOR VENTILACIÓN DE LAS FOSAS NAALES.

OTROS RECURSOS COMO LA FISIOTERAPIA Y LA MEDICACIÓN GENERAL DEBEN SER EMPLEADOS.

LOS RAYOS INFRARROJOS, LA DIATERMIA, EL ULTRASONIDO, LAS APLICACIONES ANTIFLOGÍSTICAS DE LOS RAYOS X Y AÚN LA ACCIÓN LOCAL PROLONGADA DE BOLSA DE - HIELO O DE AGUA CALIENTE, SON ELEMENTOS DE VALOR PARA LA ATENUACIÓN DEL DOLOR, LA DESCONGESTIÓN Y LA PROVOCACIÓN DEL DRENAJE DEL PUS.

LA MEDICACIÓN GENERAL CON ANTIALÉRGICOS Y CORTICOESTEROIDES, LA ANTI-TÉRMICA O ANALGÉSICA, COMO ASPIRINAS O SIMILARES; LOS ANTIBIÓTICOS Y LAS SULFAS, AISLADOS, O MEJOR ASOCIADOS; LA MEDICACIÓN ESTIMULANTE DE DEFENSAS. TODAS ESTAS PRODUCEN GRAN AUXILIO.

LA VITAMINOTERAPIA, CON VITAMINAS C Y B1 Y LA MEDICACIÓN DESCONGESTIVA: CALCIO, SALES DE MAGNESIO, COMO TANTOS PREPARADOS EXISTENTES EN EL COMERCIO, DEBEN SER USADOS.

EN REALIDAD, EN LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA RARAMENTE ES NECESARIO PUN CIONAR EL SEND.

EN GENERAL SON SUFICIENTES LOS MÉTODOS DE DRENAJE DEL OSTIUM, POR LA APLICACIÓN DE EFEDRINA EN LA MUCOSA Y LAS MANIOBRAS DE DESPLAZAMIENTO.

CUANDO SE EFECTÚA LA PUNCIÓN SE PUEDE INTRODUCIR UN TUBO DE GOMA O DE POLIETILENO, PEQUEÑO, QUE SE DEJA PERMANENTEMENTE.

POR ÉL SE DESALOJAN SOLUCIONES DE ANTIBIÓTICOS HASTA QUE CESEN LOS FENÓMENOS AGUDOS DE EDEMA Y DE BLOQUEO DEL OSTIUM.

SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA CATARRAL HIPERPLÁSTICA

ESTE TIPO DE SINUSITIS ES EL MÁS CONTROVERTIDO Y DISCUTIDO POR SU CARACTERIZACIÓN, PERO PUEDE SER ACLARADO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO.

LA SINUSITIS CRÓNICA HIPERPLÁSTICA ATACA GENERALMENTE ADEMÁS DEL SENOMAXILAR A VARIOS SENOS, ESPECIALMENTE EL ETMOIDES; LUEGO EL FRONTAL Y EL ESFENÓIDES.

LA INFLUENCIA DE UN PROCESO DE SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA ES EVIDENTE EN TODA SINUSITIS HIPERPLÁSTICA,

YA EL SUJETO ES PORTADOR DEL CARÁCTER HEREDITARIO Y ES REVELADO POR LA ANAMNESIS.

SE DISCUTE SI LA SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA PRECEDE A LAS MANIFESTACIONES Y CREA CONDICIONES EN LA MUCOSA QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LOS GÉRMINES.

ES INDUDABLE QUE LA SINUSITIS HIPERPLÁSTICA ES LA RESULTANTE DE REPETIDOS ATAQUES DE SINUSITIS CATARRAL O AÚN PURULENTO, ACOMPAÑADAS DE RINITIS AGUDAS.

LOS ATAQUES REPETIDOS DE INFECCIÓN Y EL COMPONENTE ALÉRGICO DOMINANTE, MUCHAS VECES CASI PURO, VAN SUMANDO LAS REACCIONES EN LA MUCOSA DE LOS SENOS.

EL ASPECTO ANATOMOPATOLÓGICO REVELA LA MUCOSA TUMEFACTA, INFILTRADA, CON EDEMA PUDIENDO ESE ASPECTO SER REVERSIBLE AL PRINCIPIO.

CON EL CORRER DEL TIEMPO SE VA INFILTRANDO DE OTROS ELEMENTOS, ESPECIALMENTE CON PROLIFERACIÓN DE HISTIOCIDIOS, FIBROBLASTOS Y CÉLULAS CALICIFORMES.

COMIENZA ENTÓNCE A DOMINAR EL ASPECTO HIPERPLÁSTICO EN GRAN PARTE IRREVERSIBLE.

LA FORMACIÓN DE POLIPOSIS ACOMPAÑA ESAS FASES Y VARIA DE TEXTURA CON EL LUGAR Y CON EL TIEMPO TRANSCURRIDO, PUDIENDO TAMBIÉN SER LA POLIPOSIS EN PARTE REVERSIBLE O PERMANENTE.

EN EL COMIENZO EL EDEMA ENTRE LAS MALLAS DE LOS TEJIDOS ES DE TAL NATURALEZA QUE SOBRESALE EN EL INTERIOR DEL SENO O LLENA TODA LA CAVIDAD, SE EXTERIORIZA EN UNA EVERSIÓN DEL MEATO MEDIO Y LLENA LA FOSA NASAL EN FORMA DE RACIMOS DE POLIPOS.

LOS POLIPOS MÁS ANTIGUOS ADQUIEREN UNA CONSISTENCIA FIBROSA Y SE DIFERENCIAN BASTANTE DE LAS FORMACIONES POLIPOSAS PÁLIDAS, BLANCAS, DEL MEATO MEDIO, PROPIAS DE LA MUCOSA ETMOIDAL.

LAS RINOSINUSITIS AGUDAS REPETIDAS, CON COMPONENTE ALÉRGICO PRIMARIO O SECUNDARIO, SON LOS FACTORES DE LA SINUSITIS HIPERPLÁSTICA QUE PUEDE PRESENTAR UNA GRADACIÓN DE ASPECTOS CLÍNICOS HISTOLÓGICOS Y REACCIONALES DE LOS MÁS VARIADOS.

LA SINUSITIS HIPERPLÁSTICA ES CASI SIEMPRE BILATERAL, PUDIENDO SIN EMBARGO, SER MÁS ACENTUADA EN UN LADO.

LAS CONDICIONES GENERALES DE SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA FAVORECEN ESTE ATAQUE DOBLE.

SIN EMBARGO SE MANIFIESTA EN UN SOLO LADO O EN UNA SOLA CAVIDAD SINUSAL COMO LA MAXILAR, FRONTAL O ETMOIDAL.

TAMBIÉN SE DEBEN EXAMINAR CUIDADOSAMENTE LOS FACTORES LOCALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO RINOSINUSAL COMO LA DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL, EL CONTACTO DEL CORNETE MEDIO CON EL TABIQUE O CON LA GOTERA DEL INFUNDÍBULO Y TODOS LOS FACTORES QUE PERJUDICAN LA FISIOLÓGIA DE LAS FOSAS NAALES.

EL DESARROLLO POR HIPERTROFIA, LA FORMACIÓN QUIÍSTICA O LA NEUMATIZACIÓN DEL CORNETE MEDIO, CON CÉLULAS EN SU INTERIOR, FORMA AL PRESENTARSE GLOBULOSO Y CONSISTENTE, UN ELEMENTO CAPAZ DE COMPRIMIR EL MEATO MEDIO.

NO ES RARO VER LA INFLUENCIA DE LA DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL SOBRE LA GÉNESIS Y LA PERSISTENCIA DE LA SINUSITIS.

GENERALMENTE SE PIENSA QUE ES EL LADO MÁS CONVEXO, EL MÁS SUJETO A LA INFECCIÓN.

SE OBSERVA CON FRECUENCIA QUE DEL LADO DE LA CONCAVIDAD, EN QUE LA FOSA NASAL ES AMPLIA, LOS SENOS DE LA CARA TIENEN MÁS POSIBILIDAD DE INFECTARSE.

LA CAUSA RESIDE EN EL DEFECTUOSO PODER DE SUCCIÓN Y DE PRESIÓN DE LA - CORRIENTE INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA EN EL MEATO MEDIO.

ES NECESARIO QUE HAYA UN GRADO RAZONABLE DE ANGOSTAMIENTO DE LA FOSA - NASAL PARA QUE EL AIRE QUE BARRE EL MEATO MEDIO TENGA LA CONCENTRACIÓN Y PRE-- SIÓN ADECUADAS, CAPACES DE VENTILAR LOS SENOS Y QUITAR LOS GRUMOS DE LOS OS--- TIOS.

SINUSITIS MAXILAR CRONICA PURULENTA

LA SINUSITIS EN UN ORGANISMO PORTADOR DE CIERTAS AFECCIONES TALES COMO SÍFILIS, TUBERCULÓISIS, DIABETES, LEISHMANIOSIS, BRUCELÓISIS, PUEDE TENER ROTU-- LOS DE SINUSITIS ESPECÍFICA O SER CONSIDERADA COMO UNA SINUSITIS COMÚN, PERO - INFLUIDA POR ESOS ESTADOS MORBOSOS.

LA FORMA MÁS CONOCIDA DE LA SINUSITIS CRÓNICA ES LA SUPURADA, AÚN CUAN DO ESTA FORMA SUFRA REMISIONES PERÍODICAS, VOLVIENDO CON O SIN TRATAMIENTO, A LA FORMA CATARRAL, O PASANDO A SER ASINTOMÁTICA, RESPONDIENDO A MODIFICACIONES CLIMÁTICAS O AMBIENTALES, MODIFICACIONES EN LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS, DIETÉTICOS Y TRATAMIENTO.

LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA DE REPETICIÓN O LAS INFECCIONES PURULENTAS- DE LAS CÉLULAS ETMOIDALES Y DE LAS FOSAS NAALES PUEDEN CONDUCIR A LA SINUSI-- TIS MAXILAR PURULENTA CRÓNICA.

PUEDEN PRESENTARSE EL PROCESO DESDE SU COMIENZO CON CARACTER DE CRONICI DAD: DESPUÉS DE TRAUMATISMOS DE LA CARA Y FRACTURAS DEL MAXILAR, DESPUÉS DE IN FECCIÓN DENTARIA Y ALVEOLAR O EN ESTADOS DE DESNUTRICIÓN.

SINTOMATOLOGIA

EL SIGNO MÁS CARACTERÍSTICO DE LA SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA SUPURADA ES LA PRESENCIA DE SECRECIÓN PURULENTO MÁS O MENOS ABUNDANTE EN UNA FOSA NASAL, COMO SI HUBIESE UN RESFRIADO CRÓNICO DE UN SOLO LADO.

EL ENFERMO USA VARIOS PAÑUELOS POR DÍA, SONANDO LA NARÍZ CON FRECUENCIA Y PROVOCANDO LA SALIDA DE LA SECRECIÓN CON ASPECTO VARIABLE.

A VECES LA SECRECIÓN ES ESPESA, AMARILLOVERDOSA, CON FRAGMENTOS CONSISTENTES O COSTROSOS.

A VECES ES MÁS FLUÍDA, DE COLOR MÁS BLANCUZCO.

PUEDEN SER INODORA PARA EL ENFERMO Y PARA EL EXAMINADOR, O PUEDE TENER MAL OLOR PERCIBIDO POR EL ENFERMO Y A VECES POR EL PROPIO MÉDICO.

EL OLOR PERCIBIDO POR EL ENFERMO PUEDE SER INTERMITENTE Y MUCHAS VECES SIN LA PRESENCIA DE SECRECIÓN EN LA FOSA NASAL.

SE TRATA DE SECRECIONES DEPOSITADAS EN EL SENO, DONDE SUFREN PROCESOS FERMENTATIVOS O DE PUTREFACCIÓN.

LA OBSTRUCCIÓN NASAL ES SEÑALADA DESDE LUEGO POR LA TUMEFACCIÓN DE LA MUCOSA, CONGESTIÓN Y A VECES FORMACIONES POLIPOSAS QUE SE EXTERIORIZAN AL MEATO MEDIO.

LA FORMACIÓN DE POLIPOS EN LA SINUSITIS PURULENTO ES MUCHO MENOS FRECUENTE QUE EN LA HIPERPLÁSTICA.

LA TUMEFACCIÓN Y LAS LESIONES CRÓNICAS DE LA MUCOSA NASAL TRAUMATIZADA CONSTANTEMENTE POR LA PUS QUE VIENE DEL SENO, PUEDEN COMPRIMIR O LESIONAR LAS TERMINACIONES NERVIOSAS OLFATIVAS Y LLEVAR A CIERTO GRADO DE PÉRDIDA DE OLFACIÓN, LA CUAL PUEDE REAPARECER AL MEJORAR LOS PROCESOS, LO QUE ES NECESARIO DISTINGUIR DEL MISMO SÍNTOMA, SIEMPRE CONSTANTE Y DEFINITIVO EN LA RINITIS ATRÓFICA OZENOSA.

CUANDO LA SINUSITIS MAXILAR ES DE ORIGEN DENTARIO, LA PUS TIENE MÁS ACENTUADO EL MAL OLOR Y ES MÁS ABUNDANTE.

CUANDO LA SECRECIÓN ES ESCASA SE PUEDE PRESENTAR EN FORMA DE COSTRAS-

BLANDAS EN CIERTOS SITIOS DE LAS FOSAS NAALES, COMO SUELO O CARA DE LOS CORNETES MEDIO E INFERIOR.

UN DÉPOSITO SUPERFICIAL DE SECRECIÓN ESPESA, COSTROSA, SE ENCUENTRA - CON FRECUENCIA EN EL VESTÍBULO NASAL.

CIERTA CANTIDAD DE SECRECIÓN DRENA HACIA LA FARINGE NASAL Y EXISTE - UNA CONSTANTE INGESTIÓN DE PUS.

CIERTOS ENFERMOS TRATAN, DE PREFERENCIA, DE ASPIRAR LAS SECRECIONES Y EXPELERLAS POR LA BOCA.

LA INGESTIÓN DE LAS SECRECIONES, QUE SE EFECTÚA ESPECIALMENTE POR LA NOCHE, Y SU DIFUSIÓN DE LAS FOSAS NAALES A LA FARINGE, TRÁQUEA Y BRONQUIOS, - EXPLICAN LA APARICIÓN DE FARINGÍTIS, AMIGDALITIS, TRAQUEO-BRONQUITIS Y PROCESOS SUPURADOS PULMONARES, ASÍ COMO DISTURBIOS GASTROINTESTINALES.

LA INFECCIÓN CRÓNICA POR SU PARTE PUEDE OCASIONAR DEPRESIÓN GENERAL, - FENÓMENOS NEUROPSÍQUICOS O INTERFERENCIAS EN ENTIDADES CLÍNICAS DE ORDEN GENERAL O EN ÓRGANOS VECINOS O DISTANTES.

EL DOLOR EN LA SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA ES MUY VARIABLE E INCIERTO.

A VECES ES UNA SIMPLE SENSACIÓN DE PRESIÓN O DE PESO EN EL PUNTO SUBORBITARIO, PUDIENDO ACONTECER LO MISMO AL NIVEL DE UNO O MÁS DIENTES, ESPECIALMENTE PREMOLARES O MOLARES.

A VECES EXISTE UNA SENSACIÓN DE QUEMADURA EN LA REGIÓN DE LA MEJILLA, HORMIGUEO O PUNZADAS LEVES, EVIDENTEMENTE POR FENÓMENOS NEURÁLGICOS DE FILETES DEL INFRAORBITARIO.

EN UN GRAN NÚMERO DE CASOS NO HAY DOLOR DE ESPECIE ALGUNA, LO QUE LLEVA AL ENFERMO A NO CREER QUE TENGA SINUSITIS Y A RECHAZAR CIERTOS TRATAMIENTOS ESPECIALMENTE CUANDO SE TRATA DE OPERACIONES.

LA AUSENCIA DE DOLOR, LA INEXISTENCIA DE SECRECIÓN SUFICIENTE PARA SER PERCIBIDA POR EL ENFERMO, LA PEQUEÑA CANTIDAD QUE VA DRENANDO A LA RINOFARINGE Y QUE ES DEGLUTIDA, SON LOS ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN A LA LLAMADA-

SINUSITIS LATENTE O INAPARENTE.

ESTA SINUSITIS ES A MENUDO UN HALLAZGO RADIOGRÁFICO INESPERADO O INTENCIONAL.

TAMBIÉN ES DESCUBIERTA CUANDO, AL EXAMEN OBJETIVO DE LAS FOSAS NASALES, EL ESPECIALISTA PERCIBE ALGUNOS SÍNTOMAS AL NIVEL DEL MEATO MEDIO, TALES COMO PEQUEÑO ACUMULO DE SECRECIONES QUE SE VEN TAMBIÉN DESCENDER AL CAVUM, CONGESTIÓN Y TUMEFACCIÓN DE LA MUCOSA DEL MEATO MEDIO, LEVE DEGENERACIÓN POLIPOSITIVA O DEL RODETE DE KAUFMAN.

POR RINOSCOPIA ANTERIOR SE OBSERVA YA ABUNDANTE SECRECIÓN ESPESA O BLANCUZCA CUBRIENDO EL MEATO MEDIO, EL CORNETE INFERIOR Y EL PISO DE LA FOSA NASAL, YA SECRECIÓN ESCASA QUE APARECE COMO PEQUEÑO DÉPOSITO EN EL MEATO MEDIO O ENTRE LAS FORMACIONES POLIPOSITIVAS.

SI SE LIMPIA EL MEATO MEDIO, LA SECRECIÓN VUELVE A APARECER, CON LA CABEZA ERECTA O FLEXIONADA HACIA ADELANTE (SIGNO DE FRANKEL).

MUCHAS VECES LA SECRECIÓN FALTA TOTALMENTE O SE NOTAN PEQUEÑAS COSTRAS DELGADAS EN EL BORDE INFERIOR DEL CORNETE MEDIO.

OTRAS VECES NI ESO SE VE. SOLO APARECE ENTONDES CONGESTIÓN O TUMEFACCIÓN, UN INDICIO DE DEGENERACIÓN POLIPOIDEA DEL BORDE DEL CORNETE MEDIO O DEL FONDO DEL MEATO.

MUCHAS VECES LA EVERSIÓN E HIPERPLASIA DEL BORDE DE LA GOTERA SEMILLAR, SIGNO DEL RODETE DE KAUFMAN, ES LO QUE DA, SI ESTA BIEN DESARROLLADO, LA IMPRESIÓN DE UN SEGUNDO CORNETE MEDIO.

EN LA RINOSCOPIA ANTERIOR SE NOTAN TAMBIÉN CON FRECUENCIA DESVIACIONES DEL TABIQUE O ESPOLONES, HIPERTROFIA O DEGENERACIÓN POLIPOIDEA DEL CORNETE MEDIO.

NO SIEMPRE COMO PARECE A PRIMERA VISTA, LA SINUSITIS ESTA LOCALIZADA EN EL LADO MÁS ESTRECHO DE LA FOSA NASAL. EL CASO CONTRARIO ES MUY FRECUENTE.

EL APARATO DENTARIO ES EXAMINADO Y SON ALTAMENTE SOSPECHOSOS COMO CAUSA DE SINUSITIS, LA PRESENCIA DE PREMOLARES O MOLARES CAREADOS O DESVITALIZADOS Y CON CANALES OBTURADOS O LA PRESENCIA DE PIVOTES O TORNILLOS.

PUEDE HABER TAMBIÉN, Y A VECES SOBRE UN APARATO PROTÉSICO REMOVIBLE O FIJO, UN TRAYECTO FISTULOSO ANTIGUO, QUE SONDEADO CON UN ESTILETE FINO CONDUCE AL INTERIOR DEL SENO MAXILAR.

OTRAS VECES SE ENCUENTRAN, EN EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DENTARIO, RÁICES DENTARIAS FRACTURADAS O RETENIDAS GRANULOMAS PERIRADICULARES, OSTEITIS, QUISTES Y ABSCESOS.

DENTRO DE LOS CAMBIOS MICROSCÓPICOS DEL PROCESO SUPURADO, LA MUCOSA SE PRESENTA TUMEFACTA, ENGROSADA, INFILTRADA, EDEMATOSA, CON ZONAS DE FORMACIÓN POLIPOSA, LA CAPA EPITELIAL SE ENCUENTRA EN CIERTAS ZONAS DESTRUIDA O CON AUSENCIA DE CILIOS Y METAPLASIA.

EN OTROS PUNTOS SE CONSERVAN LAS CÉLULAS CILIADAS, PASANDO MODIFICACIONES PATOLÓGICAS A SER MÁS GRAVES EN LA CAPA SUBEPITELIAL, PUDIENDO LLEGAR AL HUESO.

LAS GLÁNDULAS COMPRIMIDAS POR LA NEOFORMACIÓN DE TEJIDO CONJUNTIVO, SE PRESENTAN COMO CONDUCTOS ESTENOSADOS Y TIENDEN A LA ATROFIA O FORMACIÓN DE QUISTES, APARECEN MICROBASCESOS Y LAS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE HIPERTROFIA-HIPERPLASIA DEL TEJIDO.

TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA

PARA EL TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS CRÓNICAS SE PRESENTAN VARIOS PROBLEMAS: COMO LAS DIFERENTES ZONAS DE PREDOMINIO DE LAS MANIFESTACIONES CONDUCE A UNA CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA; COMO SON LA SINUSITIS MAXILAR, ETMOIDAL, FRONTAL, ETC.

DEBIDO TAMBIÉN A LOS FENÓMENOS ALÉRGICOS, DESENCADENAN PATOLOGÍAS EN CONJUNTO PROVOCANDO POLISINUSITIS O PANSINUSITIS QUE BIEN SE LE PUEDE LLAMAR FRONTOETMOIDOMAXILITIS.

EN LOS CASOS COMUNES DE CONSULTA, PARA TRAZAR UN PLAN DE TRATAMIENTO, SE DEBEN TOMAR EN CUENTA DATOS SUBJETIVOS DE PESO, ADORMECIMIENTO, DOLORES - PERIÓDICOS, SECRECIÓN NASAL Y LOS SÍNTOMAS RADIOGRÁFICOS, ASÍ COMO EL EXAMEN CLÍNICO COMPRENDIENDO A LA RINOSCOPIA ANTERIOR Y MEDIA CON LA PREVIA RETRACCIÓN DE LA MUCOSA.

SE DEBE DAR UNA TERAPIA DE TRES A SEIS MESES CON ANTIBIÓTICOS, ANTI-INFLAMATORIOS, SOLUCIONES A BASE DE EFEDRINA.

SE DEBE EVITAR TODO ELEMENTO NOCIVO A LA MUCOSA NASAL, COMO BAÑOS DE INMERSIÓN CON ZAMBULLIDA (DE MAR, ALBERCA Y DE RÍO), POLVOS O VAPORES IRRITANTES.

SE DEBEN EVITAR CAUSAS DE RESFRIADOS COMUNES TALES COMO EL CONTACTO CON ESTE TIPO DE PERSONAS, TAMBIÉN LUGARES HÚMEDOS O GOLPES DE AIRE FRÍO.

EVITAR MOJAR EL CABELLO PARA PEINARSE PUES ES PERJUDICIAL.

EL RÉGIMEN DIETÉTICO TIENE TAMBIÉN GRAN IMPORTANCIA.

LOS EXCESOS DE ALCOHOL Y AZÚCAR SON INCONVENIENTES, LA ALIMENTACIÓN DEBE SER SOBRIA CON PREDOMINIO DE FRUTAS, VERDURAS Y CARNES, DISMINUYENDO - LOS HIDROCARBUROS Y ESPECIALMENTE LOS DULCES, ASÍ COMO LOS PLATILLOS MUY CONDIMENTADOS.

LOS CLIMAS SECOS Y POCO SUJETOS A VARIACIONES SON FAVORABLES.

CON RESPECTO AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTA PATOLOGÍA, SE DEBE EXTIRPAR LOS ELEMENTOS INFECTADOS CON EL OBJETIVO DE RESPETAR LA FORMA DEL ESQUELETO NASOSINUSAL Y DEJAR VÍAS DE DRENAJE Y VENTILACIÓN PERMANENTES QUE SE OPONGAN A LAS RECIDIVAS INFLAMATORIAS.

LA TÉCNICA QUIRÚRGICA ACTUALMENTE MÁS UTILIZADA Y DE FORMA RADICAL - ES LA TÉCNICA DE CALDWELL-LUC DE LA CUAL ES LA OPERACIÓN DEL SENO MÁS COMPLETA PARA TODO TIPO DE PATOLOGÍAS.

OPERACION DE CALDWELL-LUC

LAS INDICACIONES PARA ESTA OPERACIÓN RADICAL DEL SENOS SON MUCHAS, DE LAS CUALES LAS MÁS FRECUENTES PARA UTILIZARLA SON:

- A) EXTRAER DIENTES O FRAGMENTOS DE RAÍCES DEL SENOS.
- B) TRAUMA DEL MAXILAR, CON APLASTAMIENTO DE LAS PAREDES DEL SENOS O CAÍDA DEL PISO DE LA ÓRBITA.
- C) TRATAMIENTO DE HEMATOMAS DEL ANTRO CON HEMORRAGIA ACTIVA POR LA NARÍZ.
- D) SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA CON DEGENERACIONES POLIPOIDES.
- E) QUISTES DEL SENOS MAXILAR.
- F) NEOPLASIAS DEL SENOS MAXILAR.

CONSISTE EN HACER DOS ABERTURAS INDEPENDIENTES, UNA EN LA FOSA CANINA Y LA OTRA EN LA PARED NASAL DEL ANTRO PARA UN MEJOR DRENAJE.

SE USA DE PREFERENCIA ANESTESIA GENERAL, AUNQUE PUEDE USARSE TAMBIÉN LA ANESTESIA REGIONAL PARA ESTA TÉCNICA.

LA TÉCNICA QUIRÚRGICA ES COMO SIGUE:

SE COLOCA UN SEPARADOR DE FARABEUF EN EL LABIO SUPERIOR Y OTRO EN LA COMISURA LABIAL.

SE PRACTICA UNA INCISIÓN DE TIPO NEWMAN DESDE EL INCISIVO LATERAL - HASTA EL PRIMER MOLAR SUPERIORES SECCIONANDO TODAS LAS PARTES BLANDAS Y LLEGANDO HASTA EL HUESO.

SE LEGRAN LOS LABIOS DE LA HERIDA SIENDO EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO, - SE DESNUDA LA SUPERFICIE ÓSEA Y SE PRACTICA UNA PERFORACIÓN DEL HUESO DE UN CENTÍMETRO DE ANCHURA MÁS O MENOS, CON UNA FRESA REDONDA DE TIPO QUIRÚRGICO; SE HACEN PERFORACIONES EN FORMA CIRCULAR QUE SE UNEN DESPUÉS CON LA MISMA - FRESA O CON CINCEL Y MARTILLO.

SE PUEDE AGRANDAR LA PERFORACIÓN CON UNA GUBIA SI SE DESEA OBTENER - MAYOR VISIBILIDAD.

DESPUÉS SE INTRODUCE UNA CUCHARILLA Y SE EXTIRPA TODO LO EXISTENTE EN EL INTERIOR, INCLUYENDO EL EPITELIO DE RECUBRIMIENTO DEL SENOS.

ESTA LIMPIEZA HA DE SER COMPLETADA EXPLORANDO CON UNA SONDA ACANALADA TODOS LOS PUNTOS DE LA CAVIDAD SINUSAL PARA IDENTIFICAR CUALQUIER ZONA DE INFECCIÓN (OSTEITIS) QUE PUEDA ENCONTRARSE.

ESTAS ZONAS EXISTEN A MENUDO A NIVEL DE LA BÓVEDA PALATINA Y DEL ARCO ALVEOLAR.

SE PROCEDE A PRACTICAR EL ORIFICIO DE DRENAJE DE VÍA NASAL DE LA SIGUIENTE MANERA: CON UN ELEVADOR RECTO, DEBEMOS INTRODUCIR LA CUCHILLA EN LA PARED INTERNA DEL SENOS EN PLENO MEATO INFERIOR, POR PRESIÓN.

CUANDO NO SE PRACTICA CON ELEVADOR, PUEDE COMENZARSE CON ESCOPIO Y AGRANDARSE CON LA CUCHILLA.

PERO EN ESTE CASO NO DEBE PERFORARSE EL HUESO A NIVEL DE LA PARTE QUE DECLIVA DEL SENOS SINO A 2 CMS., POR ENCIMA DE ESTA ZONA CON OBJETO DE NO PERFORAR LA BÓVEDA PALATINA.

LA HEMOSTASIS DURANTE EL RASPADO DEL SENOS Y LA PERFORACIÓN SE HACE POR TAPONAMIENTO.

SE INTRODUCE EN LA CAVIDAD DEL SENOS UNA GASA SOBRESALIDA EMBEBIDA EN UN MATERIAL GRASO, CON EL OBJETO DE QUE NO SE ADHIERA AL HUESO DEL SENOS, PROVOCANDO DOLOR AL RETIRARLA, Y DEBE SALIR UNA PUNTA POR LA PERFORACIÓN PRACTICADA EN LA FOSA NASAL.

LA INCISIÓN PRACTICADA EN LA MUCOSA ORAL, SE SUTURA CON SEDA 4-0.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

POR PARTE DE LA CAVIDAD BUCAL; GARGARISMOS DEBILMENTE ANTISÉPTICOS, ALIMENTACIÓN LÍQUIDA Y BLANDA DURANTE CINCO DÍAS APROXIMADAMENTE.

POR PARTE DE LA FOSA NASAL; LA GASA SE VA SACANDO Y CORTÁNDOSE UN -

CENTÍMETRO CADA TERCER DÍA.

SE ORDENARAN INHALACIONES MENTOLADAS Y LA EVACUACIÓN FRECUENTE DE -
LAS SECRECIONES DEL SENSO MAXILAR, HACIENDO QUE EL PACIENTE INCLINE SU CABE-
ZA HACIA ABAJO Y ACONSEJÁNDOLE SE SUENE SIN PRESIONAR LAS VENTANAS NAALES.

SI LAS SECRECIONES SON POCO ABUNDANTES, EL TRATAMIENTO QUEDARÁ LIMII
TADO A ESTAS PRESCRIPCIONES.

SI NO ESTABLECE UNA SECRECIÓN ABUNDANTE SE EXPLORARA EL SENSO PARA -
BUSCAR RESTOS DE MUCOSA ESFACELADA O HUESO NECROSADO, SE REMOVERAN Y EFEC--
TUARÁN LAVADOS DE LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO, AGUA HERVIDA, TIBIA U -
OXIGENADA.

LESIONES TRAUMATICAS QUIRURGICAS Y SU TRATAMIENTO

EXISTEN DIVERSAS CAUSAS POR LAS QUE EL ANTRO MAXILAR PUEDE TENER UNA PERFORACIÓN, ENTRE LAS CUALES PUEDE ESTAR UN PADECIMIENTO INFECCIOSO, O LA POSICIÓN DEL PISO DE ANTRO CON RESPECTO A LOS ÁPICES DE LOS DIENTES, O TAMBIÉN POR ALGUNA MALA MANIPULACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE ALGÚN CIRUJANO DENTISTA.

DENTRO DE LAS PERFORACIONES POR ALGÚN PROCESO INFECCIOSO TENEMOS COMO MÁS FRECUENTES:

- 1.- DESTRUCCIÓN DEL PISO DEL SENO POR INFECCIÓN CRÓNICA A PARTIR - DEL ÁPICE DE ALGUNA PIEZA SUPERIOR POSTERIOR.
- 2.- POR ENUCLEACIÓN DE UN GRAN QUISTE EN EL CUAL LA SEPARACIÓN ÓSEA ENTRE EL QUISTE Y EL SENO HAYA SIDO EROSIONADA POR LA PRESIÓN - DEL QUISTE A TAL GRADO QUE DESAPARECE, UNIÉNDOSE LA CAPA EPITELIAL DEL SENO A LA MEMBRANA QUISTICA.

LAS PERFORACIONES OCASIONADAS POR LA POSICIÓN EN QUE SE ENCUENTRA EL PISO DEL ANTRO SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- EXTRACCIÓN DE UNA PARTE DEL PISO SINUSAL CON LA PIEZA EXTRAÍDA.
- 2.- POR FRACTURA DE UN GRAN SEGMENTO DEL REBORDE ALVEOLAR CONTENIENDO UNA O VARIAS PIEZAS, OCASIONANDO DESGARRAMIENTO DE LA MUCOSA SINUSAL Y ROMPIMIENTO DE PISO, OCASIONADO POR LA EXTRACCIÓN DE DICHAS PIEZAS.
- 3.- POR FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR EN LA EXTRACCIÓN DE UN - SEGUNDO O TERCER MOLAR SUPERIORES, CUANDO EL SENO ES GRANDE Y - LAS RAÍCES DE LAS PIEZAS A EXTRAER SON GRANDES Y DIVERGENTES.

LAS PERFORACIONES MÁS FRECUENTES OCASIONADAS POR EL CIRUJANO DENTISTA SON:

- 1.- HUNDIMIENTO ACCIDENTAL DEL ELEVADOR U OTRO INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL PISO SINUSAL, AL TRATAR DE EXTRAER UN ÁPICE O ALGÚN RESTO - RADICULAR PEQUEÑO.

- 2.- PENETRACIÓN DE UN INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ÁPICE DE UN DIENTE - AL CUAL SE LE ESTÁ PRACTICANDO TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.
- 3.- AL TRATAR DE EXTRAER UN ÁPICE O UN RESTO RADICULAR QUE ES PROYECTADO HACIA EL INTERIOR DEL ANTRO.
- 4.- AL TRATAR DE EXTRAER UN TERCER MOLAR INCLUIDO SE PUEDE PROYECTAR AL SENO.
- 5.- CUANDO AL TRATAR DE EXTRAER CANINOS INCLUIDOS EN POSICIÓN LABIAL SE PUEDE HACER UNA PERFORACIÓN INADVERTIDA EN LA PARED DEL SENO.

DIAGNOSTICO

PARA CONOCER CON EXACTITUD CUANDO EXISTE ALGUNA PENETRACIÓN ACCIDENTAL, EXISTEN DIVERSOS MÉTODOS DEPENDIENDO TAMBIÉN DEL TAMAÑO COMO HA SIDO ESTA PERFORACIÓN.

ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO PREOPERATORIO CUANDO ESTA POR EFECTUARSE ALGÚN TIPO DE EXTRACCIÓN.

AL OBSERVAR LA RADIOGRAFÍA SE DEBEN OBSERVAR DETALLES COMO: TAMAÑO DEL SENO, PROXIMIDAD DE LOS ÁPICES AL PISO SINUSAL, GROSOR DEL HUESO DEL PISO DEL ANTRO; SI EXISTE INFECCIÓN EN QUE PROPORCIÓN Y QUE TAN CERCA SE ENCUENTRA.

TODOS ESTOS DETALLES DEBEN SER IMPORTANTES POR LO QUE PUEDA OCURRIR DURANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO.

PARA CONOCER SI EXISTE ESTA COMUNICACIÓN, SE INDICA AL PACIENTE QUE CIERRE LAS FOSAS NASALES CON LOS DEDOS Y QUE TRATE DE EXPULSAR AIRE SUAVEMENTE A TRAVÉS DE LA NARÍZ.

APARECERAN UNAS BURBUJAS PEQUEÑAS EN EL ALVÉOLO.

CUANDO EL PISO DEL ANTRO ESTA MUY DESTRUÍDO, SE PUEDEN OBSERVAR FRAGMENTOS DE HUESO ENTRE LOS ÁPICES DE LAS RÁICES.

EFFECTUANDO UNA INSPECCIÓN SE OBSERVARÁ UNA ABERTURA GRANDE, ESTO SE FACILITA DEBIDO A LA PROXIMIDAD ANATÓMICA DE LAS RÁICES DE MOLARES Y PREMOLARES.

CUANDO UN TERCER MOLAR SUPERIOR IMPACTADO DESAPARECE REPENTINAMENTE, PUEDE SER PORQUE ÉSTE FORMABA PARTE DE LA PORCIÓN DISTAL DEL SENOS, O PUDO ESTAR EN EL PISO DEL SENOS.

SE DEBE EMPEZAR POR UN CUIDADOSO EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO:

- A) EL RADIOGRÁFICO CONSISTE EN RADIOGRAFÍAS ESTEREOSCÓPICAS Y PANORÁMICAS, QUE AYUDAN A LA LOCALIZACIÓN DE DICHO DIENTE.
- B) EL EXAMEN CLÍNICO SE HACE CON UNA SONDA, EXPLORANDO EL SITIO - DONDE SE ENCONTRABA ANTERIORMENTE EL DIENTE.

CUANDO EL DIENTE SE ENCUENTRA DENTRO DEL ANTRO EXISTIRÁ UNA HEMORRAGIA NASAL INMEDIATAMENTE.

TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO A SEGUIR CUANDO LA PENETRACIÓN ES PEQUEÑA, ES EVITAR LAVADOS, COLUTORIOS O ENJUAGUES ENÉRGICOS Y SONARSE LA NARÍZ FUERTE Y FRECUENTEMENTE.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE FORMARÁ UN BUEN COÁGULO FORMANDO UNA CICATRIZACIÓN NORMAL.

EL ALVÉOLO O ALVÉOLOS NO DEBERÁN EMPACARSE CON GASA, ALGODÓN, ETC. - PORQUE LA ABERTURA SEGUIRA PRESENTE.

TAMBIÉN SE DEBE EVITAR LA EXPLORACIÓN CON INSTRUMENTOS PARA EVITAR UNA PROPAGACIÓN DE INFECCIÓN.

CUANDO LA ABERTURA ES GRANDE LO QUE SE DEBE EFFECTUAR PRIMERO ES UNA SUTURA INMEDIATA.

CON ESTO SE REDUCE LA POSIBILIDAD DE CONTAMINACIÓN DEL SENOS POR CAU-

SA DE ALGUNA INFECCIÓN BUCAL, SE EVITA TAMBIÉN LA FORMACIÓN DE UNA FÍSTULA BU-
COANTRAL EVITANDO UNA CIRUGÍA POSTERIOR.

CUANDO EXISTE UNA FÍSTULA BUCOSINUSAL EL TRATAMIENTO ES A BASE DE -
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS SENCILLAS, COMO LA SIGUIENTE, QUE ES DESCRITA POR EL DR.-
KRUGUER.

PARA CERRAR UNA FÍSTULA, SOBRE TODO SI ES GRANDE, PUEDE HACERSE EM-
PLEANDO UN COLGAJO PALATINO; SE LEVANTA UN COLGAJO PEDICULADO DONDE EL PALADAR
SEA GRUESO Y TENGA BUENA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA PARA ASEGURAR EL ÉXITO.

LA FORMA DEL COLGAJO PUEDE DETERMINARSE POR ENSAYO DE LA INCISIÓN -
ANTES DE LA OPERACIÓN,

SE HACE UN MODELO DEL MAXILAR SUPERIOR MOSTRANDO LA ABERTURA Y SE -
CONSTRUYE SOBRE ÉL UN PALADAR DE ACRÍLICO.

EL COLGAJO SE DISEÑA EN EL ACRÍLICO, SE HACE LA INCISIÓN Y SE VOL--
TEA EL COLGAJO PARA CUBRIR EL DEFECTO; ESTO PERMITE PREVER LOS RESULTADOS QUE-
VAN A OBTENERSE.

EL MATERIAL PUEDE ESTERILIZARSE Y COLOCARSE EN LA BOCA EN EL MOMEN-
TO EN QUE SE HACEN LAS INCISIONES A TRAVÉS DEL MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR.

ESTE PROCEDIMIENTO COMPROBARÁ QUE EL COLGAJO QUE VA A TALLARSE SEA-
ADECUADO PARA CUBRIR LA ABERTURA.

LA INCISIÓN SE HACE CON UNA HOJA DE BISTURÍ Nº 15 Y SE LEVANTA EL -
COLGAJO.

EN EL SITIO DE MAYOR ANGULACIÓN PUEDE EXTIRPARSE UNA V DE TEJIDO, -
PARA EVITAR LOS REPLIEGUES Y LAS ARRUGAS.

SE LEVANTA EL PEDÍCULO JUNTO CON EL PERIOSTIO, DEBE LLEVAR UNA RAMA
DE LA ARTERIA PALATINA.

LOS BORDES DE LA FÍSTULA SE AVIVAN Y SOCABAN, EL COLGAJO SE COLOCA-
DEBAJO DEL BORDE SOCABADO DEL COLGAJO BUCAL.

ESTE PROCEDIMIENTO PERMITE QUE LAS DOS SUPERFICIES CRUENTAS Y SAN--
GRANTES QUEDEN EN CONTACTO.

LOS TEJIDOS SE APROXIMAN CON PUNTOS DE COLCHONERO Y LOS BORDES SE -

SUTURAN CON PUNTOS AISLADOS MÚLTIPLES.

NO SE UTILIZA CATGUT PARA SUTURAR PORQUE NO MANTIENE EL COLGAJO EN SU LUGAR UN TIEMPO SUFICIENTE PARA QUE CICATRICE, ADEMÁS QUE MOLESTA AL ENFERMO AL MOVER SU LENGUA.

LOS PUNTOS DE SEDA SE DEJAN DE 5 A 7 DÍAS.

EL HUESO EXPUESTO DE DONDE SE TOMÓ EL COLGAJO PUEDE CUBRIRSE CON CEMENTO QUIRÚRGICO, CON GASA SATURADA CON TINTURA COMPUESTA DE BENJUI O BIEN DEJAR LO CUBRIR CON SU COÁGULO.

OTRA TÉCNICA PARA CERRAR FÍSTULAS BUCOSINUSALES, ES LEVANTAR COLGAJOS EN FORMA DIVERGENTE DEL LADO BUCAL Y DEL LADO PALATINO.

A CONTINUACIÓN SE DEBE DISMINUIR LA ALTURA DE LA CRESTA ALVEOLAR POR MEDIO DE UNA OSTEOTOMÍA.

LOS BORDES DEL TEJIDO BLANDO QUE SERÁ APROXIMADO SE REAVIVAN CON EL OBJETO QUE LAS SUPERFICIES QUEDEN EN CONTACTO.

SE HACE UNA INCISIÓN DE RELAJACIÓN Y SE AFRONTAN LOS BORDES HACIENDO PUNTOS AISLADOS CON MATERIAL SEDA 3-0.

ESTE MATERIAL DE TIPO NO ABSORVIBLE ES RECOMENDADO PORQUE EVITA LA POSIBILIDAD DE QUE LOS PUNTOS SE DESALOJEN TENIENDO UNA MEJOR CICATRIZACIÓN.

ESTA TÉCNICA TAMBIÉN PUEDE SER USADA PARA FÍSTULAS GRANDES, TAMBIÉN SE DEBEN ADMINISTRAR GOTAS NASALES PARA CONTRAER LA MUCOSA Y FAVORECER AL DRENAJE.

BERGER EN 1939 DESCRIBIÓ UNA TÉCNICA MUY SATISFACTORIA PARA CERRAR LAS FÍSTULAS BUCOANTRALES, OBTENIENDO TEJIDO DE LA REGIÓN DEL CARRILLO O DE LA REGIÓN BUCAL.

SE CORTAN LOS TEJIDOS QUE FORMAN EL BORDE DE LA FÍSTULA, SE HACEN DOS INCISIONES DIAGONALES A PARTIR DE LOS BORDES EXTREMOS, ATRAVESANDO MUCOPERIOSTIO HASTA LLEGAR AL HUESO.

LAS INCISIONES SE LLEVAN HACIA ARRIBA HASTA EL REPLIEGUE MUCOBUCAL.

SE ELEVA EL COLGAJO DESCUBRIENDO LA FÍSTULA EN EL HUESO; EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL COLGAJO EL PERIOSTIO SE CORTA HORIZONTALMENTE EN DIFERENTES SITIOS CUIDANDO DE CORTAR SOLO EL PERIOSTIO PARA NO DISMINUIR LA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA.

LAS INCISIONES PERIÓSTICAS ALARGAN EL COLGAJO PARA QUE PUEDA DESLIZARSE SOBRE LA FÍSTULA.

SE PONEN PUNTOS DE COLCHONERO Y SE LOGRA UNA COAPTACIÓN PRECISA.

LOS BORDES SE SUTURAN CON MÚLTIPLES PUNTOS AISLADOS DE SEDA NEGRA, - QUE SE DEJAN DE 5 A 7 DÍAS.

CAUSAS DEL FRACASO EN EL CIERRE DE LAS FISTULAS BUCOSINUSALES

- 1.- NO SE ELIMINA POR COMPLETO TODA LA INFECCIÓN DENTRO DE LA CAVIDAD SINUSAL ANTES DE PROCEDER AL CIERRE.
- 2.- EL ESTADO FÍSICO GENERAL DEL PACIENTE NO FUÉ INVESTIGADO NI TRATADO ADECUADAMENTE.
LA DIABETES, LA SIFILIS, Y LA TUBERCULOSIS PUEDEN PERJUDICAR LA CURACIÓN NORMAL DE LAS HERIDAS.
- 3.- COLGAJOS COLOCADOS SOBRE LA ABERTURA CON DEMASIADA TENSIÓN Y NO CREAR UNA SUPERFICIE LO SUFICIENTEMENTE VIVA O SANGRANTE EN EL SITIO RECEPTOR DEL COLGAJO.

LA FÍSTULA BUCOSINUSAL REQUIERE ATENCIÓN METICULOSA EN EL MANEJO DEL COLGAJO BUCAL.

SIN EMBARGO, EN TODOS ESTOS ESTADOS EL PROBLEMA DE LA INFECCIÓN DEL SENSO ES SIEMPRE POTENCIAL O REAL.

PARA OBTENER LOS MEJORES RESULTADOS Y DAR AL PACIENTE EL MAYOR BENEFICIO DEL CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO, CONVIENE LA COLABORACIÓN ENTRE EL OTORRINOLARINGÓLOGO Y EL CIRUJANO BUCAL.

APICES Y RAICES PROYECTADOS AL SENSO MAXILAR

PUEDE SER DIFÍCIL CONSTATAR SI UN RESTO RADICULAR SE ENCUENTRA REALMENTE EN EL SENSO, YA QUE PUEDE ENCONTRARSE ENTRE HUESO Y PERIOSTIO, EN LA MUJOSA BUCAL, BAJO LA MUCOSA SINUSAL O EN UNA CAVIDAD QUÍSTICA.

SE DEBEN TOMAR VARIAS RADIOGRAFÍAS DE DIFERENTES ÁNGULOS PARA TRATAR DE LOCALIZAR EL RESTO RADICULAR.

SE HA OBSERVADO QUE:

- 1.- LOS ACCIDENTES DE PROYECCIÓN DE ÁPICES Y RESTOS RADICULARES AL SENO, SUCEDEN MÁS A MENUDO EN PERSONAS ADULTAS QUE EN JÓVENES, DEBIDO A LA CONSTITUCIÓN DEL HUESO.
- 2.- LOS DIENTES MÁS AFECTADOS SON LOS PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES.
- 3.- LOS SENOS GRANDES Y TABICADOS SON LOS MÁS PROPENSOS PARA QUE OCURRA DICHO ACCIDENTE.
- 4.- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL ACCIDENTE SE DEBE A LA EXCESIVA FUERZA HACIA ARRIBA, SOBRE EL ÁPICE, AUNQUE NO ES SOLAMENTE - - ESTA PRESIÓN LA QUE CAUSA LA PROYECCIÓN DE LOS RESTOS AL SENO, - SINO TAMBIÉN INFLUYE LA DIRECCIÓN EN QUE SE HAGA DICHA PRESIÓN.

DEBE ENTONCES TENERSE EN CUENTA EN LA EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA EN RELACIÓN CON EL SENO MAXILAR, LO SIGUIENTE: EXTREMAR LOS CUIDADOS EN LA EXTRACCIÓN DE DICHAS PIEZAS, ESPECIALMENTE CUANDO NO SE CUENTA CON RADIOGRAFÍAS DE LAS MISMAS - PARA EVITAR LA FRACTURA DE SUS RAÍCES Y POR CONSIGUIENTE EVITAR LA PRESENCIA DE - RESTOS RADICULARES QUE PUEDAN SER PROYECTADOS AL SENO MAXILAR.

EN CASO DE LA FRACTURA DE LAS RAÍCES NO HACER INDEBIDA FUERZA HACIA ARRIBA Y ASEGURARSE UNA VISIBILIDAD AMPLIA Y ADECUADA PARA HACER TRACCIÓN HACIA ABAJO DEL RESTO RADICULAR.

LOS RESTOS RADICULARES O PIEZAS ENTERAS QUE SE PROYECTAN AL SENO DEBEN TRATAR DE EXTRAERSE LO MÁS PRONTO POSIBLE, SI SE PUEDE SE APROVECHARA LA ANESTESIA QUE SE USA PARA LA INTERVENCIÓN.

SI SE DEJA EL RESTO O PIEZA, LO CUAL PUEDE HACERSE, CUANDO ESTO NO TIENE INFECCIÓN.

SE DEBE CONTROLAR AL PACIENTE CUIDADOSAMENTE Y PUEDE NO CAUSAR MÁS MOLESTIA QUE EL GOLPETEO DEL RESTO QUE SIENTE EL PACIENTE AL AGACHARSE O AL HACER UN MOVIMIENTO BRUSCO CON LA CABEZA.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES PROYECTADOS

AL SENO MAXILAR

SE DEBEN USAR LAS RADIOGRAFÍAS QUE SE TOMARON DE DIFERENTES ÁNGULOS - PARA EL DIAGNÓSTICO.

NO SE DEBE INTENTAR EXTRAER EL RESTO SIN ELLAS, A MENOS QUE SE VEA - CLARAMENTE.

- 1.- SE DEBE HACER UN COLGAJO AMPLIO, EN LA PERFORACIÓN DE LA PIEZA EXTRAÍDA, PARA TENER UN MAYOR CAMPO DE VISIBILIDAD.
- 2.- AGRANDAR CUIDADOSAMENTE LA ABERTURA A TRAVÉS DE LA CUAL PASO - EL RESTO AL SENO, USAR UNA GUBIA, CINCEL Y MARTILLO.
- 3.- RELLENAR LA CAVIDAD CON GASAS ESTÉRILES EMBEBIDAS EN UNA SOLU- CIÓN DE ADRENALINA O CUALQUIER OTRO VASOCONSTRICTOR.

SE COHIBE LA HEMORRAGIA CON ELLAS Y SE PROCEDE A BUSCAR EL RESTO, - CON UN INSTRUMENTO ADECUADO, TRATANDO SIEMPRE DE MOLESTAR LO MENOS POSIBLE LA MU- COSA SINUSAL.

SI SE FRACASA EN ESTA MANIOBRA SE USA UNA CÁNULA DE GOMA CONECTADA - AL ATOMIZADOR CONTIENiendo UNA SOLUCIÓN SALINA CALIENTE O SUERO FISIOLÓGICO TAM- BIÉN CALIENTE Y SE PROYECTA SU CONTENIDO DENTRO DEL SENO.

SE ASPIRA EL LÍQUIDO PASANDO EL ASPIRADOR SUAVEMENTE POR LA SUPERFI- CIE DE LA MUCOSA CON LO QUE FRECUENTEMENTE EL RESTO ES ATRAÍDO HACIA LA BOQUILLA- DEL ASPIRADO DONDE SE ADHIERE.

SI AÚN ASÍ NO SE PUEDE EXTRAER EL RESTO, SE INTRODUCE UNA GASA SOBRE HILADA Y CON ELLA SE TRATA DE EXTRAERLO.

SI DESPUÉS DE ESTO NO SE EXTRAE TODAVÍA, SE PRACTICA UNA ABERTURA MA YOR DE HUESO Y SE EXTRAE EL RESTO POR VISUALIZACIÓN DIRECTA.

SE COLOCA EL COLGAJO HECHO Y SE SUTURA CUIDADOSAMENTE.

EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA PROYECTADA AL SENSO MAXILAR

PARA ESTE TIPO DE EXTRACCIÓN SE REALIZA LO SIGUIENTE:

- 1.- SE HACE UNA INCISIÓN CURVA POR ENCIMA DE LAS RAÍCES DE CANINO-A MOLAR.
- 2.- SE LEGRA Y SE LEVANTA EL COLGAJO.
- 3.- SE HACE EL CORTE ÓSEO CON CINCEL Y MARTILLO, A NIVEL DE LA FO-SA CANINA PROCURANDO NO EXPONER LAS RAÍCES DE LAS PIEZAS MEN-CIONADAS ANTERIORMENTE.
- 4.- SE AGRANDA LA ABERTURA PRACTICADA LO SUFICIENTE PARA QUE LA -PIEZA PUEDA SER TOMADA POR VISUALIZACIÓN DIRECTA, TOCANDO LO -MENOS POSIBLE LA MUCOSA SINUSAL.
- 5.- SE COLOCA EL COLGAJO EN SU SITIO Y SE SUTURA.
- 6.- SE SUTURA CUIDADOSAMENTE EL ALVÉOLO POR DONDE LA PIEZA PENETRO AL SENSO.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

HAY QUE ADVERTIR AL PACIENTE SOBRE UNA POSIBLE REACCIÓN AL SENSO, QUE A VECES SE MANIFIESTA CON HINCHAZÓN, DOLOR Y FIEBRE.

PARA EVITAR LA HINCHAZÓN ES PRUDENTE QUE SE APLIQUE UNA BOLSA DE HIELO SOBRE LA CARA, DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN Y ADMINISTRARSE ANTIBIÓTICOS POR ESPACIO DE 5 A 6 DÍAS.

LA ALIMENTACIÓN DEBE SER LÍQUIDA LAS PRIMERAS 24 HRS., Y NO IRRITANTE, LUEGO ES CONVENIENTE QUE SE TOMEN ALIMENTOS QUE IMPLIQUEN UN GRAN ESFUERZO - MASTICATORIO.

SE DARÁ ALGÚN ANALGÉSICO CADA 4 HRS., SEGÚN EL DOLOR.

CUANDO EL SENO ES PERFORADO POR LA PENETRACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE-
ENDODONCIA A TRAVÉS DE UNA PIEZA QUE ESTA SIENDO TRATADA, CON LA OBTURACIÓN BIEN-
HECHA DEL CONDUCTO ES SUFICIENTE PARA TRATAR DICHA PERFORACIÓN.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR

LA FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR OCURRE CUANDO UNA
FUERZA EXCESIVA SE APLICA EN UN INTENTO DE EXTRAER MOLARES SUPERIORES, SOBRE TODO
CUANDO SE USAN ELEVADORES.

PERO ESTO PUEDE SER EVITADO CON UN PLAN PREOPERATORIO, LA DIFICULTAD
DE LA EXTRACCIÓN PUEDE PREDECIRSE POR LA VALORACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA Y DEL PA---
CIENTE.

SI EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO REVELA UN SENO AMPLIO O MUESTRA UNA ESCLE-
ROSIS ÓSEA ALREDEDOR DEL DIENTE, SE DEBE PRACTICAR UN COLGAJO DIRECTAMENTE SOBRE-
LAS RAÍCES DE LA PIEZA QUE PERMITA LA REMOCIÓN ÓSEA ANTES DE LA EXTRACCIÓN.

SI LA TUBEROSIDAD SE FRACTURA, ES IMPORTANTE INTERRUPTIR LA OPERACIÓN
SI SE SIENTE QUE EL HUECO CEDE CUANDO SE APLICA EL FORCEPS, DE OTRA MANERA LA TU-
BEROSIDAD DEL MAXILAR UNIDA A UNA PORCIÓN DEL PISO DEL SENO SALDRÁ JUNTO CON LA -
PIEZA EXTRAIDA DEJANDO UNA AMPLIA COMUNICACIÓN ENTRE EL SENO Y LA CAVIDAD ORAL.

DEBE HACERSE TODO LO POSIBLE POR RETENER EL DIENTE EN SU POSICIÓN DU-
RANTE UNO O DOS MESES, HASTA QUE LA FRACTURA CONSOLIDE, LO QUE SE LOGRA INMOVILI-
ZANDO LA PIEZA POR MEDIO DE LIGADURAS O FÉRULAS, ENTONCES EXTRAÉSELE POR MEDIO DE
UNA EXTIRPACIÓN POR DISECCIÓN.

ALGUNAS VECES LA TUBEROSIDAD PUEDE SER ESTABILIZADA CON UNA MANO - -
MIENTRAS SE PROCEDE A LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA, MIENTRAS QUE EN OTRAS, LA TUBERO-
SIDAD DEBE SER REMOVIDA CON LA PIEZA, LA PIEZA SE REMUEVE DEL ALVÉOLO Y LA TUBERO-
SIDAD VUELTA A SU SITIO.

ESTA ZONA TIENE UNA RICA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA Y EL HUESO ALVEOLAR - CONSOLIDA RAPIDAMENTE Y SI ES REPUESTO EN BUENA POSICIÓN Y MANTENIDO CON UNA BUENA SUTURA DE LOS TEJIDOS, SE PUEDE OBTENER UNA BUENA CONSOLIDACIÓN EN 4 O 5 SEMANAS.

CUANDO EXISTE UN QUISTE QUE HA INVADIDO AL SENOS, SE ABRE AMPLIAMENTE HACIA LA CAVIDAD SINUSAL Y SE CONVIERTE EN UN DIVERTÍCULO DEL SENOS.

LA MEMBRANA DEL QUISTE SE DEJA, ASÍ COMO LA MUCOSA SINUSAL SI ESTA - ES NORMAL Y SE ABRE UNA VENTANA A TRAVÉS DEL MEATO INFERIOR HACIENDO UNA RESECCIÓN PARCIAL DEL CORNETE INFERIOR, PARA OBTENER UN BUEN DRENAJE.

LA INCISIÓN PARA LLEGAR AL QUISTE SE HACE SIEMPRE CERCA DEL BORDE - GINGIVAL PARA PODER EFECTUAR SIEMPRE LA SUTURA.

LESIONES TRAUMATICAS NO QUIRURGICAS

PUEDEN SER PRODUCIDAS POR TRAUMATISMOS DIRECTOS QUE FRACTURAN LAS PAREDES DEL SENO MAXILAR PRODUCIENDO HEMATOMAS EN LA CAVIDAD AFECTADA.

SI LAS RADIOGRAFÍAS NO DEMUESTRAN DESPLAZAMIENTO SINO OPACIDAD POR PRESENCIA DE LA SANGRE, NO SE REALIZARÁ NINGUNA PUNCIÓN A MENOS QUE SE DESARROLLEN SIGNOS DE INFECCIÓN; LA SANGRE SUELE ABSORBERSE SIN MÁS PROBLEMAS.

LOS TRAUMATISMOS VIOLENTOS PUEDEN CAUSAR HUNDIMIENTO DEL PISO DE LA ÓRBITA, PRODUCIENDO DIPLOPÍA (VISTA DOBLE) O EL HUESO MALAR PUEDE SER LLEVADO AL INTERIOR DEL SENO MAXILAR.

LOS TRAUMATISMOS POR ACCIDENTE DE AVIACIÓN Y DE AUTOMÓVIL PUEDEN TENER COMO CONSECUENCIA EL DESPLAZAMIENTO HACIA ATRÁS DE LOS ALVÉOLOS CAUSANDO LA FRACTURA DE MEDIA CARA.

LA INTENSA DEFORMIDAD RESULTANTE PUEDE SER ENMASCARADA POR LA TUMEFACCIÓN QUE PRESENTA EL ENFERMO.

EN LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO, EL PROYECTIL PUEDE QUEDAR DENTRO DEL SENO, ATRAVESARLO Y PUEDE O NO DESTRUIR GRANDES CANTIDADES DE TEJIDO ÓSEO Y BLANDO.

VARIAN GRANDEMENTE EN CARÁCTER DEPENDIENDO DE LA VELOCIDAD, FORMA Y ÁNGULO DEL IMPACTO DEL PROYECTIL.

LOS PROYECTILES DE ALTA VELOCIDAD CAUSAN PEQUEÑAS HERIDAS DE ENTRADAS Y GRANDES DESGARRAMIENTOS DE SALIDA.

AL HACER IMPACTO EN HUESO O DIENTES FRECUENTEMENTE OCURRE LA FRAGMENTACIÓN DE ESTOS, PRODUCIENDO PROYECTILES SECUNDARIOS QUE PERFORAN EL SENO MAXILAR Y CAUSAN EXTENSO TRAUMA INTERNO.

LAS BALAS DE BAJA VELOCIDAD MUCHAS VECES SE DISTORSIONAN AL CHOCAR CON EL MAXILAR Y CAUSAN FRACTURAS CONMINUTAS Y DESTRUCCIÓN INTERNA.

LA DESORGANIZACIÓN GRANDE DE TEJIDO CON FRACTURA DE LOS HUESOS Y LESIÓN DE OTROS TEJIDOS DE LA CARA ES CARACTERÍSTICA EN ESTAS HERIDAS.

TRATAMIENTO

CUANDO EL HUESO MAXILAR ES LLEVADO AL SENO ALGUNAS VECES PUEDE SER MOVILIZADO HACIA ARRIBA POR UNA INCISIÓN A LO LARGO DEL CIGOMA O SE ABRE EL SENO POR LA FOSA CANINA (TÉCNICA DE CALDWELL-LUC) Y SE EXTRAEN LOS FRAGMENTOS.

EN LOS FRAGMENTOS DE LA FRACTURA DE MEDIA CARA ES IMPORTANTE LA REDUCCIÓN PRECOZ DE LA FRACTURA, YA QUE LA UNIÓN FIBROSA O LA FORMACIÓN DEL CALLO FIBROSO SE PRODUCEN MÁS RÁPIDAMENTE.

EN LAS LESIONES PRODUCIDAS POR ARMAS DE FUEGO LO IMPORTANTE ES LOCALIZAR ÉL O LOS PROYECTILES Y EXTRAÉRSELOS LO MÁS PRONTO POSIBLE, PROCURANDO HACER EL MENOR DAÑO POSIBLE Y MUCHAS VECES ES CASI IMPOSIBLE HACERLO.

SE DEBEN ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS EN CANTIDAD ADECUADA SEGÚN LA MAGNITUD DE LA HERIDA Y LA CANTIDAD DE PROYECTILES QUE HAYAN PENETRADO AL SENO MAXILAR.

CONCLUSIONES

DESPUÉS DE HABER DESARROLLADO LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS NORMALES DEL SENSO, SE DEBE CONOCER LA LOCALIZACIÓN Y LA FORMA EN DETALLE DE LA ESTRUCTURA MENCIONADA.

EL OBJETO DE REVISAR EL DESARROLLO EN VIDA INTRAUTERINA ES CON EL AFÁN DE SABER CUAL ES EL ORIGEN DEL SENSO.

LAS FUNCIONES SON ESPECÍFICAS Y TAMBIÉN SE DAN A CONOCER ANTERIORMENTE.

EL CONOCIMIENTO DEL TEJIDO DE RECUBRIMIENTO ES FUNDAMENTAL PARA EXPLICAR UN TIPO DE PADECIMIENTO ESPECÍFICO COMO ES LA SINUSITIS CRÓNICA.

LAS RELACIONES DEL SENSO MAXILAR CON LA CAVIDAD BUCAL SON MENCIONADAS ASÍ COMO TAMBIÉN LA ANATOMÍA DEL HUESO QUE CONTINE AL SENSO.

LA HISTORIA CLÍNICA NOS DA APOYO Y NOS DEJA CONOCER DATOS DEL PACIENTE QUE SON DE VITAL IMPORTANCIA CON LOS CUALES PODEMOS DEDUCIR QUE TIPO DE GENTE ES, ASÍ COMO SUS CARENCIAS Y HÁBITOS.

AL DESARROLLAR LOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN DEL SENSO MAXILAR SABEMOS CUALES SON DE MÁS UTILIDAD EN LOS SÍNTOMAS REFERIDOS POR EL PACIENTE, LOS CUALES NOS PROPORCIONAN UNA GRAN AYUDA ANTES DE EMITIR UN DIAGNÓSTICO ACERTADO, ASÍ COMO TAMBIÉN UNA RESPUESTA PARA EL PRONÓSTICO DEL CASO.

EN FORMA BREVE PERO DETALLADA ES DESARROLLADO EL ESTUDIO DE LA SINUSITIS, ABARCANDO SUS DIFERENTES ESTADIOS DESDE LAS CAUSAS, CLASIFICACIÓN, EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA CADA UNA DE ELLAS.

LAS LESIONES TRAUMÁTICAS SON ENUMERADAS Y DESCRITAS, ENFOCÁNDOSE A LOS TRAUMAS QUIRÚRGICOS Y EXPONIENDO TAMBIÉN EL DIAGNÓSTICO Y EL TIPO DE TRATAMIENTO PARA CADA CASO ESPECÍFICO.

HABLANDO DE TRATAMIENTOS, SE EFECTUARON DIFERENTES TÉCNICAS TANTO DE
TREPANACIÓN COMO DE CIERRE, Y SE INDICA CUAL ES EL MEJOR RESULTADO DE CADA TÉCNICA.

BIBLIOGRAFIA

LANGMAN, JAN
EMBRIOLOGIA MEDICA
ED. INTERAMERICANA
SEGUNDA EDICION
MEXICO 1975

SICHER, HENRY
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES DE ORBAN
ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA
TERCERA EDICION
MEXICO 1980

HAM, ARTHUR W.
TRATADO DE HISTOLOGIA
ED. INTERAMERICANA
SEPTIMA EDICION
MEXICO 1980

QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
ED. PORRUA
SEGUNDA EDICION
MEXICO 1952

ROBBINS, STANLEY L.
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
ED. INTERAMERICANA
SEXTA EDICION
MEXICO 1980

BURKET, LESTER W.
MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
ED. INTERAMERICANA
SEXTA EDICION
MEXICO 1973

SHAFFER, WILLIAM G., HINE, MAYNARD K., LEVY, BARNET M.
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
ED. INTERAMERICANA
TERCERA EDICION
MEXICO 1981

BARTELLI J.A., FIFUN M. E., ROBBIO CAMPOS J.P.C.
CLINICA OTORRINOLARINGOLOGICA
ED. EL ATENEU
PRIMERA EDICION
BUENOS AIRES 1957

SUROS, JUAN
SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA
ED. SALVAT
SEXTA EDICION
MEXICO 1981

YOUNG, B. R.
THE SKULL, SINUSES AND MASTOIDS, A HANDBOOK OF ROENTGEN DIAGNOSIS
THE YEAR BOOK PUBLISHERS
FIRST EDITION
U.S.A. 1960

ADAMS, GEORGE
OTORRINOLARINGOLOGIA DE BOIES
ED. INTERAMERICANA
QUINTA EDICION
MEXICO 1981

LEDERER, F. L.
DISEASES OF THE EAR, NOSE AND THROAT
WB SAUNDERS PUBLISHERS CO.
SIXTH EDITION
PHILADELPHIA 1952

ARCHER, H.
CIRUGIA BUCODENTAL Y ATLAS DETALLADO DE TECNICA QUIRURGICA
ED. MUNDT
SEGUNDA EDICION TOMO I
BUENOS AIRES 1958

KRUGER, GUSTAV O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
ED. INTERAMERICANA
CUARTA EDICION
MEXICO 1983

TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y BRONCOESOFAGOLOGIA
ED. PAZ MONTALVO
TERCERA EDICION
MADRID ESPAÑA
1976