

318322

8
25

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**"PADECIMIENTOS DE ORIGEN DENTAL DE
LOS SENOS MAXILARES"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ANA LAURA DIAZ REYES

MEXICO, D. F.

LIBROS C. N.
FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

PADECIMIENTOS DE ORIGEN SINTAL DE LOS SENOS MAXILARES

I.- INTRODUCCION

II.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA

III.- METODOS DE DIAGNOSTICO

IV.- PADECIMIENTOS: a) SINUSITIS: AGUDA, CRONICA Y SUBAGUDA

b) MUCOCLE DE SENO MAXILAR

c) POLIPOS SINUSIALES

d) COMUNICACION CON SENO MAXILAR

e) QUISTES EN SENO MAXILAR

V.- TRATAMIENTOS

VI.- COMPLICACIONES

VII.- CONCLUSIONES

VIII.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La presente tesis regular se toma en consideración la prevención médica, la cual influye enormemente en la odontología.

El criterio que debe seguirse es adoptar una escala de valores tanto humanas como odontológicas basados en el concepto de dar un mejor servicio a nuestros pacientes con la finalidad de mejorar cada vez más su salud.

Para alcanzar la meta de prevenir una alteración, antes que realice sus estragos, o bien prevenir o corregirlo en los primeros estadios, es muy importante que a los pacientes los hagamos partícipes del conocimiento y motivación necesarias para prevenir la recurrencia de las condiciones anómalas o patológicas.

Así para la prevención es muy importante el diagnóstico incluso dentro del campo de la medicina general.

Siendo de interés para el cirujano dentista el conocimiento de la anatomía de la cavidad bucal y los órganos que contiene o la rodean y así ser capaz de dar diagnósticos seguros a esta región, incluso frente a casos de patología médica.

También es conocida la importancia de la colaboración del médico con el odontólogo y dentro del tema que nos interesa, debe existir una estrecha colaboración del otorrinolaringólogo con el Cirujano Dentista o bien con el médico general o ambos en coordinación con nuestra profesión odontológica.

ANATOMIA

El seno maxilar es el mayor de todos los senos paranasales y normalmente ocupa casi todo el maxilar comunicándose entre sí con los demás senos. También se denomina antro de Highmore, que significa cavidad o espacio hueco encontrado especialmente en el hueso, fue descrito por primera vez por Nathaniel Highmore, anatomista inglés del siglo XVII. El lo relaciona por primera vez con la dentición (año 1651) en su trabajo (*Corporis Humani Disquisitio Anatomica*).

La primera descripción fue hecha en el año 1489 por Leonardo de Vinci.

La capacidad del antro en el adulto medio es de 10 a 15 cm, la ausencia completa es muy rara.

Su forma es piramidal, su base está formada por la pared lateral de la cavidad nasal. Su vértice se extiende hacia la apófisis cigomática, la pared anterior del seno corresponde a la superficie facial del cuerpo del maxilar, el techo a su superficie orbitaria, la pared posterior está formada por la superficie infratemporal del maxilar, el piso llega a menudo hasta el borde alveolar.

En los infantes el seno maxilar también es de forma piramidal, también presenta las tres paredes, pero gran parte de esta, es ocupada por los órganos dentarios en formación.

La pared superior establece una relación con el canal y el piso orbital durante el cuarto año. En los primeros meses de vida, el seno maxilar no tiene relación con el seno inferior.

PARED SUPERIOR U ORBITARIA DEL SENO

Es plana y con un declive hacia adelante y afuera, forma parte de la parte superior del cuerpo del maxilar, y junto con el hueso palatino completa el piso orbitario. La superficie orbitaria está separada de la superficie subtemporal, por la hendidura esférica maxilar, por donde corre el canal infraorbitario, que aloja al nervio del mismo nombre.

Este canal al ensancharse se convierte en el conducto infraorbitario. La pared orbitaria ó superior del seno está inervada por el nervio maxilar superior. Este nervio empieza su recorrido en la base de la implantación del ala mayor del esfenoides. El nervio pasa por la parte superior de la fosa pterigomaxilar, rodeada de tejido adiposo, por encima de la arteria suborbitaria. El nervio maxilar superior corre por la órbita, cubierta por periostio, y continúa por la pared superior del seno maxilar, separado de su cavidad por una delgada capa ósea.

PARED ANTERIOR DEL SENO

Está hundida en la fosa nasina en la superficie anterior del seno maxilar superior, se convexa hacia el interior del seno.

La fosa canina está limitada por el agujero suborbitario, y la giba canina, que es una eminencia ósea que limita la fosa piriforme, desde se inserta el músculo del mismo nombre, y esta a su vez se localiza por encima de la implantación de los incisivos.

Las extensiones de las paredes superior y anterior pueden producir, la desviación del nervio suborbitario, ya que el conducto suborbitario normalmente hace proyección ligeramente en el seno, para estar aislado de la pared superior del seno.

PIED DEL SENO

Se considera como pied del seno a la apofisis alveolar. Esta consiste de dos láminas que se unen por detrás del último diente, en su parte superior se une al cuerpo del maxilar, o apofisis piramidal, en la parte interna con la apofisis palatina. La apofisis alveolar está dividida por los tabiques interdentarios. El seno se extiende entre las raíces de los dientes de modo que los alveolos protruyen dentro de la cavidad.

El suelo óseo del seno puede presentar defectos sobre las puntas radiculares, el tejido periapical de la raíz está entonces en contacto directo con la mucosa que tapiza el seno.

PIED POSTERIOR DEL SENO

Esta pared divide la fosa pterigomaxilar, se considera que es una continuidad de la fosa cigomática.

Presenta cavidades por donde pasan los nervios, maxilar superior, que pasa por el agujero redondo mayor. El agujero esfeno palatino, y el conducto pterigopalatino, por donde pasan el nervio y la arteria del mismo nombre.

PARED INTERNA DEL SENO

Es la que separa el seno de las fosas nasales, y es ligeramente convexa hacia el seno. Esta superficie forma parte interna del maxilar. Donde encontramos el hiato del seno maxilar, el surco pterigomaxilar, y el canal lacrimal, limitado por la apofisis ascendente del maxilar. Por delante del canal lacrimal encontramos la cresta transversal que sirve de inserción al concha nasal inferior.

INERVACION DEL HUESO MAXILAR

Proviene del nervio trigémino (V), división maxilar interna por sus ramas oftalmopalmatoria, bucal, premaxilar, alveolar e infraorbitaria. Los nervios alveolares superiores posteriores nacen del nervio maxilar en la fosa pterigo-palmatoria, poco antes de sus entrada en la órbita.

Desciendo a la tuberosidad del maxilar y da ramas a la ensia bucal contigua, antes de entrar en el agujero alveolar posterior y los canales alveolares superiores posteriores. Los nervios corren hacia adelante en los canales y se unen al nervio alveolar superior medio en su canal. En los canales se desprenden ramas para distribuirse por toda la membrana que recubre el seno maxilar y el ápice de cada raíz de los molares. En los canales nacen ramas que forman haces bucales externos y linguales internos del plexo alveolar superior. Los haces externos corren en la pared bucal del seno e inervan las raíces bucales, en tanto que los haces internos corren en el suelo del seno e inervan las raíces linguales. Del canal orbitario, por lo regular nace el nervio alveolar superior medio, nervio sub-orbitario, en la parte posterior del canal sub-orbitario y entra en el canal alveolar superior medio de la pared lateral del seno maxilar.

El nervio alveolar superior anterior nacen del nervio sub-orbitario a poca distancia detrás del agujero sub-orbitario,

corre hacia abajo en un canal de la pared anterior del seno maxilar y se divide en 2 ramas: Incisiva y Cuspidal, y se une al nervio alveolar superior medio con una rama nasopalatina del ganglio esfeno-palatino.

Una rama del alveolar superior anterior, pasa por un pequeño canal en la pared media del seno maxilar, entra en la fosa nasal e inerva la mucosa de la parte anterior del conducto inferior y el suelo de la nariz.

IRRIGACION DEL SENO MAXILAR

Está dada por la arteria infraorbitaria, esfeno-palatina, ramas de la arteria maxilar interna.

La arteria proveniente de la zona retrocondílea tiene un trayecto horizontal hacia adentro, dirigiéndose hacia el trasfondo de la fosa pterigomaxilar. Se extiende sobre la tuberosidad donde dá sus ramas maxilares y dentarias que siguen las paredes del seno maxilar.

El sistema venoso ricamente anastomosado en el espesor del tejido esponjoso del hueso, en su superficie y con los plexos vecinos que representan las vías de drenaje orbitarias, faciales, nasales y pterigoideas. Es por la vía venosa que a menudo se propagan y difunden las infecciones de esta región. Otras ramas que irrigan el seno, tienen su origen también en la arteria facial y la arteria angular, los vasos linfáticos proveen completamente al seno maxilar.

F I S I O L O G I A

La fisiología del seno maxilar puede resumirse en:

A) Alivian el peso de la cabeza, por su estructura cavitaria y paredes delgadas, además de dar una fisonomía singular a la configuración de cara.

B) Favorecen la mejor percepción de los olores, debido a que durante la inspiración se llena de aire el cual se va eliminando paulatinamente durante la espiración.

C) Acción bacteriostática, por intermedio de la lizozima, que contiene poco.

D) Realizan la función de limpieza, por medio del epitelio vibrátil de la mucosa sinusal que elimina hacia las fosas, por los orificios y conductos naturales, la secreción de los senos.

E) Receptáculo aéreo para acondicionar el aire en cuanto a humedad y temperatura.

F) Receptáculo para regular la velocidad y flujo del tránsito aéreo en nariz y rinofaringe.

G) Dar resonancia a la voz.

LESIONES DE DIAGNOSTICO

El diagnóstico juega un papel muy importante dentro del tratamiento de las afecciones sinusales en general; ya que para llegar a cabo dicho tratamiento correctamente, tenemos que estar seguros de que tipo de alteración es, así se trate de problemas infecciosos, reinitos, pólipos ó de una lesión de tipo traumático, etc.

Y para esto nos valemos de varios métodos y procedimientos que se dividen en : 1.- Clínicos

2.- Radiográficos

1.- Clínicos.- En este entraríamos una buena Historia Clínica, una Rinoscopia adecuada, que no es otra cosa que una exploración e inspección de las fosas nasales.

De una Rinoscopia o Transiluminación, que es la introducción de una lámpara eléctrica a la boca del paciente enfermo examinando los labios. Y por último de un buen drenaje de los senos.

2.- Radiográficos.- La radiología es un auxiliar diagnóstico esencial para el clínico, en el estudio de los estados patológicos del seno maxilar. Las radiografías de rutina de los premaxilares maxilares periangulares superiores y occlusal maxilar pueden servir de ayuda en la localización de los ápices radiculares u otros cuerpos extraños que se aproximan al piso antral. Sin embargo, debido a que sólo una sección del seno antral o maxilar pueden radiografiarse intrabucalmente, la utilidad de estas fosas radiográficas es limitada.

Las radiografías intrabuccales del seno maxilar a menudo no revelan todos los aspectos de la membrana de recubrimiento o del septo óseo y lo que es lo más importante ambos senos no pueden evidenciarse en la misma radiografía por medio de las técnicas intrabuccales. La comparación de la apariencia radiográfica dentro de la misma radiografía es de gran ayuda desde el punto de vista diagnóstico, por estas razones el examen radiográfico del seno maxilar debe incluir técnicas extrabuccales.

La radiografía panorámica es valiosa para el diagnóstico de las afecciones del seno maxilar. Esta radiografía incluye ambos senos en la misma radiografía. Sin embargo, la vista panorámica no siempre incluye los senos completos y a menudo aparecen distorsionados.

Probablemente los senos paranasales son mejor reproducidos radiográficamente por medio de la proyección de Waters, esta vista puede obtenerse usando el equipo y la placa de rayos X estándar, la barbilla del paciente se coloca sobre la placa con la nariz a 1 o 1.5 cm. por arriba de la placa y el rayo central se dirige perpendicularmente a través de una línea que va del vértice craneal a la sínfisis de la mandíbula.

La proyección de Waters proporciona una vista de los senos maxilares y etmoidales no obstruidos por la porción petrosa del hueso temporal y permite la comparación simultánea de ambos senos en la misma radiografía lo que ayuda en la detección de las anomalías.

El tomografo es también útil en las técnicas diagnósticas de rayos X. El haz de rayos X enfoca a una profundidad predeterminada sobre la estructura que se va a radiografiar de tal manera que todas las estructuras anatómicas de alrededor aparecen borrosas.

El éxito de esta técnica depende del borrado máximo de las estructuras no esenciales y de la mayor nitidez a nivel del plano focal. Debido a que este método es adecuado para detectar lesiones óseas tempranas puede ser útil en el diagnóstico de neoplasias antrales.

El antro normal aparece oscuro radiográficamente debido a que está lleno de aire y una delgada capa de hueso cortical radiopaca generalmente es visible en la periferia. En casos de infección o neoplasia, el principal cambio radiológico es una nebulosidad del seno involucrado, los cúspides y pólipos también aparecen como zonas nebulosas grises dentro del antro, a pesar de que pueden ser definidas. No se debe nunca intentar diagnosticar una posible lesión patológica del seno maxilar en base a una radiografía.

PADICIONALES

a) SINUSITIS AGUDA. La sinusitis maxilar aguda, es la infección e inflamación aguda del seno maxilar o antro de Highmore, en un estado inflamatorio agudo de la mucosa que tapiza la cavidad.

ETIOLOGIA.

Esta enfermedad es originada por la propagación del estado infeccioso de la cavidad nasal al seno maxilar, siguiéndole el orificio supernumerario (que existe en el 25% de las personas), bien a través de la pared inferior de dicho seno, que resulta de la infección de una raíz dental, o como consecuencia de la rotura de dicha pared inferior al efectuar la extracción de un molar o premolar superior que permite la entrada de los microbios en el seno. Los agentes predisponentes, anatómicos o morbosos, pueden ser todas aquellas circunstancias que impiden el vaciamiento y la ventilación del seno. La obstrucción del meato medio puede ser causa del trastorno de la función del seno; puede tener por causa la presión sobre el cornete medio ejercida por el tabique desviado o algún espolón de éste, o bien la presión originada por un gran cornete hipertrófico (concha balsa).

Los agentes morbosos predisponentes pueden ser los pólipos u otras neoplasias del meato medio, el edema de los tejidos de origen alérgico, o la inflamación aguda o crónica en alguno de los demás senos del grupo anterior etmoidales o frontales.

SINTOMAS.

La intensidad de los síntomas varía según la virulencia de los microbios, y las defensas locales y generales del enfermo.

Puede haber fiebre, postración y sensación de malestar intenso o por el contrario, el enfermo se siente bastante bien para continuar sus ocupaciones ordinarias. Esto es lo que sucede cuando la sinusitis es recurrente. Los primeros períodos se caracterizan por dolor espontáneo y provocado por la presión en la región cigomática, así como por el sonido nasal de la voz y la existencia de flujo nasal. Es posible que el dolor se localice en el ojo o en los dientes del mismo lado.

Si se efectúa la exploración, a caso se halla pus en el meato medio. Los cornetes suelen estar enrojecidos y edematosos, y puede haber flujo retro nasal, que se ve sobre la pared de la faringe o al efectuar la exploración de la nasofaringe con el espejo.

Al paso que progresa la enfermedad, mejora el drenaje y disminuye el dolor al aumentar el exudado. Entonces, es posible que los síntomas se localicen en la faringe, que puede estar irritada, lo que origina tos persistente.

DIAGNOSTICO.

Para facilitarlos se emplean la rinoscopia, la transluminación y el estudio roentgenológico. Las más de las veces, el antecedente de haber padecido el enfermo un acceso reciente de coryza simplifica el diagnóstico. Si el enfermo no puede precisar el comienzo de los síntomas, se pensará en la sinusitis de origen dental.

Las infecciones odontógenas se presentan aproximadamente en el 10 % de los casos, y se caracterizan por flujo nasal fétido.

Esto puede significar que algún cuerpo extraño está alojado en la nariz, y en ello debe pensarse cuando, luego de hacer la

exploración minuciosa, no se descubre ninguna infección viral. La infección de las cavidades etmoidales anteriores se pueden confundir también con la infección del seno maxilar. En ocasiones, sólo es posible averiguar la localización exacta del estado infeccioso recorriendo al lavado del seno, y algunas veces incluso este método es inadecuado.

TRATAMIENTO.

PROFILAXIS.- Se pueden evitar los accesos de sinusitis maxilar si se ponen en práctica disposiciones encaminadas a mejorar el drenaje de los senos, lo que incluye la corrección de toda anomalía, la extirpación de neoplasias o excrecencias, el debido tratamiento de las alergias y el régimen higiénico que disminuya la propensión a las infecciones nasales.

TRATAMIENTO MÉDICO.- En los primeros períodos se requiere muy poco tratamiento. Se acepta generalmente que la sinusitis aguda tiene señalada tendencia a curar de manera espontánea; cuando persiste, es debido a que el drenaje es defectuoso. Cuando sea posible se encamará al enfermo, en una habitación tibia, con cierto grado de humedad, y todo se limitará a aliviar los síntomas y a evitar complicaciones. La obstrucción nasal se corrige mediante la instalación de algún preparado como, la solución isotónica de cloruro de sodio con el uno por ciento de cafeína, que se aplica estando el enfermo en la posición de Proetz, esto, con la cabeza baja (se acostaba el enfermo en la mesa o en la cama, con la cabeza

colocado, en hiperextensión, de suerte que sea vertical la línea imaginaria entre el mentón y el meato auditivo externo), o bien en la posición lateral de Parkinson. En lugar de la mefradina, se puede, si se desea emplear alguno de los preparados sintéticos, como el clorhidrato de neossinafrina o la privina.

PUNCTURADO QUIRURGICO.-En la fractura parcial del cornete medio hace presión sobre la pared nasal externa e impide el escape del seno. Está contraindicada cuando hay congestión aguda de los tejidos nasales. El único instrumento que se necesita, es uno de hoja plana, como el mango de un bisturí delgado, o un fuerte elevador de mucosas, o lagra.

Se introduce en el meato medio una torunda impregnada con solución de 5 a 10% de cocaína y se deja allí unos diez minutos. Luego se introduce el instrumento en el espacio que queda entre el cornete y la pared externa de la nariz, y se hace presión firme egbre el primero, para empujarlo hacia el tabique nasal.

LAVADO DE SENOS.-Este método está indicado cuando persiste el estado purulento en el seno. Está prescrito en los primeros períodos de la sinusitis, antes que los tejidos adquieran inmunidad local.

Para efectuar la punción por el meato inferior, se bloquea el tercio anterior de feto, para lo cual se introduce una torunda con solución al 5 ó 10% de cocaína o de otro preparado similar, eg se la pentocaina (solución al 2%); insértese la punta de la cánula

en alguna porción alta de la bóveda del seno y se empuja hasta atravesar con ella la pared. Inclínase entonces hacia delante la cabeza del enfermo y se lava el seno con solución isodérmica, tibia, de cloruro de sodio. Al llenarse el seno con la solución el punto fija en la superficie del líquido y sale por el orificio natural del seno, pasa a la cavidad nasal y se recoge en un recipiente que se coloca por debajo de la barbilla del enfermo.

Es preciso que la punta de la cánula quede dentro de la cavidad del seno antes de comenzar el lavado; es posible que atraviese el techo de la órbita o la pared lateral y quede alojada dentro de la mucosa sinusal, en la cual podría inyectarse aire o líquido; este accidente puede tener graves consecuencias u originar embolias que acarree graves complicaciones.

SINUSITIS SUBAGUDA.

En la sinusitis subaguda no hay síntomas de congestión aguda, como dolor y toxicia generalizada. La secreción es persistente y se asocia con voz nasal y nariz obstruida. Es muy común el dolor de garganta. El paciente se siente sin fuerzas, se cansa fácilmente y muchas veces no puede dormir, pues la tos lo mantiene despierto.

El diagnóstico se basa en los síntomas, rinoscopia, transiluminación, radiografías, lavado sinusal e historia de resfriado persistente o ataques de sinusitis con duración de semanas o meses.

La sinusitis subaguda puede ser el estadio intermedio entre la aguda y la crónica y muchos casos continúan hasta la fase de reparación crónica. El tratamiento médico y quirúrgico adquiere es importante para evitar que el caso agudo se torne crónico. El alivio puede venir despacio o súbitamente, pero suele ocurrir poco después de mejorar el drenaje, de manera que las secreciones puedan salir del seno tan rápidamente como se forman.

TRATAMIENTO.

La sinusitis sub-aguda puede tener un tratamiento más vigoroso sin temor de extender la infección hacia el hueso como ocurriría en la sinusitis aguda. Una mejoría notable sería con irrigación de los senos afectados. El seno frontal se podrá irrigar a través del orificio natural con solución especiales.

Si la irrigación no se puede efectuar con facilidad, lo mejor es no intentarlo. Un punto importante es evitar traumatizar el orificio natural pues se producirán adherencias y estrechamiento. Si se obstruye el drenaje normal del seno, se dificultará el tratamiento y se conducirá a futuros problemas.

Para hacer la irrigación del seno maxilar, se podrá efectuar a través del orificio natural osea en el meato nasal medio o se hará a través de la delgada pared ósea interna por debajo del cornete inferior. Cuando utilizamos el orificio natural para la irrigación se utiliza una sonda especial.

La punción antral no es un procedimiento doloroso ni tampoco peligroso, sino que es el procedimiento más benéfico para las infecciones sinusales, siempre y cuando se encuentren en sus inicios. Este procedimiento se puede utilizar las veces que sea necesario sin ningún problema para la nariz ni para el seno maxilar y se hace de la siguiente manera: Se coloca un algodón con cocaína al 10% por debajo de la inserción del cornete inferior.

Se deja durante diez minutos, inmediatamente después se inserta una aguja larga calibre 16 ó 18 debajo del cornete y penetra la aguja a través de la pared externa de la fosa nasal llamada también pared interna del seno maxilar y se hace llegar hasta el seno.

Después se inserta una jeringa en la aguja y se aspira. Esta aspiración nos dará el conocimiento de la existencia de material purulento. Si solo penetra aire a la jeringa, es señal de que nos encontramos en la cavidad entral. Solo hasta el momento en que nos encontramos en la cavidad sinusal se hará la irrigación, pues si nos adelantamos podríamos ocasionar que la infección se extendiera o en caso extremo se produjera una embolia sérica.

La irrigación se realiza con una solución salina fisiológica. El líquido fluye a través de la nariz por el orificio natural del seno, al inclinarse el paciente el líquido con pus drenará y podrá recibirse en un recipiente.

La irrigación provocará desprendimiento de epitelio ciliado que es el que recibe al seno maxilar, pero no tiene importancia pues en pocas horas se recuperará dicho epitelio. Estas irrigaciones se llevan a cabo solo una vez durante la infección, rara vez se dan más irrigaciones.

La punción entral se utiliza para el diagnóstico y para el tratamiento. Radiográficamente el seno afectado por la infección se verá opaco, como si estuviera velada la pellicula.

Si hubo anteriormente una alergia o una infección se verá radiográficamente un engrosamiento de la mucosa.

Con el lavado del antro, se verá si aún existe infección. El seno maxilar puede ser directamente irrigado y en los senos etmoidales no puede ocurrir lo mismo.

Para controlar la sinusitis sub-aguda es necesario eliminar la secreción retenida en los senos etmoidales y esfenoidales. Esto se hará con el método de desplazamiento de Froitz. Este método se realiza aspirando un líquido con una densidad menor que ocupe el lugar de la secreción purulenta y que tiene una densidad mayor y que se encuentra ocupando los senos. Se hace de la siguiente forma:

Se coloca al paciente en posición supina, la cabeza quedará colgando. El paciente respirará a través de la boca, y se introducirá por las fosas nasales una solución salina con un vaso-constrictor. La cantidad necesaria de solución será la que cubra los orificios de los senos. El siguiente paso es tapar uno de los orificios nasales mientras que por el otro se harán aspiraciones. Durante este tiempo, el paciente pronunciará la letra K y en el momento en que suspenda la pronunciación de la letra, también se suspenderán las aspiraciones. Esto se hace con el fin de que el paladar blando se cierre contra la nasofaringe.

Esto hace que la nariz constituya un sistema cerrado con presión negativa. Cuando la nasofaringe no cierra, la solución solo se aspira fuera de la nariz y no se forma presión negativa. Cuando vuelve la presión normal, la solución salina se introduce en los senos, y toma el lugar de la secreción mucopurulenta, que llega hasta la nariz y con la sola aspiración se elimina.

Para que sea un tratamiento completo, además del desplazamiento de Froitz, se administrarán antibióticos para controlar la

infección, cuando existen enfermos con alergia es recomendable administrar antihistamínicos. Si existe inflamación y alergia es recomendable administrar corticosteroides. Los tratamientos antes mencionados, pueden ser útiles si se aplican en conjunto cuando la infección es demasiado severa, pero también pueden administrarse por separado, todo dependiendo de la infección.

De este tipo de sinusitis que es la sub-aguda, si el sujeto no sigue las indicaciones pertinentes, tendrá demasiados problemas, pues la infección se convertirá en una sinusitis crónica.

SINUSITIS MAXILAR CRONICA.

ETIOLOGIA.

Las causas de la sinusitis maxilar son:

1.- Los accesos repetidos de sinusitis maxilar aguda, o un solo acceso agudo que se vuelve crónico.

2.- Las focos dentales de infección, descuidados o inadvertidos.

Los agentes predisponentes son los obstáculos que impiden el drenaje del seno.

SINTOMAS.

Los efectos generales son los causados por la toxemia de intensidad moderada. Se sabe de algunos casos en los cuales el seno maxilar ha servido de foco de infección, pero esto no es frecuente. El hallazgo común es el flujo nasal, purulento o mucopurulento; hay también flujo retro nasal, que puede originar irritación en la garganta, tos y ronquera. La oclusión de la trompa de Eustaquio puede ocasionar trastornos en el oído. Rara vez hay cefalalgia o fiebre, a no ser que se presente la exacerbación aguda, o esté totalmente obstruido el drenaje del seno. En ocasiones se halla pus en la cavidad nasal, en el meato medio, en el espacio retro nasal o en la faringe.

DIAGNOSTICO.

El hallazgo de pus en el meato medio, nunca puede también significar infección de las células etmoidales anteriores y

del seno frontal, lo que es preciso excluir del diagnóstico antes de afirmar que está infectado el seno maxilar. Sin embargo, se puede establecer el diagnóstico con bastante certeza valiéndose de la transluminación, del estudio roentgenológico, con ayuda de algún medio opaco, o sin ella, y del lavado del seno.

La transluminación en un cuarto oscuro con un bulbo luminoso eléctrico especial es de gran valor diagnóstico. Si el seno es claro, una luz colocada en la boca se transmite a través de los senos, mostrando un resplandor rojizo en las mejillas y un reflejo pupilar. Un método más satisfactorio es colocar la luz externamente sobre el piso de la fosa orbitaria, sobre el margen infraorbitario.

La luz pasará a través del techo de la boca en el lado que está siendo examinado si el antro es claro. Si el seno está enfermo, habrá una obstrucción a la luz en aquel lado.

La prueba se repite en el otro lado y se deduce una comparación. Cuando ambos antros están obscurecidos, la irritación ayuda a dar un diagnóstico correcto.

Las películas radiográficas son de valor especialmente en casos dudosos, aun cuando a veces son engañosas. Deben ser consideradas solamente como una evidencia corroborativa de diagnóstico.

Fedio radiopaco para el diagnóstico de pólipos en el seno maxilar: la dificultad de definir claramente los delicados contornos de los senos nasales radiográficamente, ha conducido a la próg

tica de acetuar estos contornos con sustancias opacas. Numerosos aceites halogenados son usados con este propósito. Todos ellos son de una naturaleza química similar siendo mezclas de compuestos de yodo o bromo de algunos aceites vegetales blancos, las preparaciones óleas varían en viscosidad, densidad a los rayos y estabilidad. Hay también una variación en el grado de irritación que producen en el tejido. En el trabajo del seno, un medio radioopaco no debe ser irritativo y la viscosidad relativamente baja.

Una alta viscosidad a menudo se interfiere con la propia introducción y eliminación. Los aceites deben ser diluidos 4 ó 5 veces para ser útiles.

TRATAMIENTO.

Se puede evitar que la enfermedad se vuelva crónica, si se presta la debida atención al acceso agudo, se suprime los obstáculos que impiden el desagüe del seno, entre uno y otro acceso, y se curan las infecciones dentales.

Es poco provechoso el tratamiento médico de la infección crónica del antro. Se han recomendado medios fisioterápicos como los rayos X y la diatermia de onda corta, pero es dudosa su utilidad si no se toman medidas quirúrgicas.

Los actos quirúrgicos menores han de ser ensayados en el tratamiento de la infección crónica antes de ejecutar tratamientos

radicales entre otras son de mencionar las antedichas, a saber, la supresión de los obstáculos que impiden el debido drenaje del seno y los lavados de éste. Si estos métodos fueron ineficaces, se llevará a cabo la antroctomía intracanal, que, junto con el tratamiento de la alergia y la higiene general, logran la curación la mayor de las veces.

Si persisten las molestias se planteará la extirpación radical de la mucosa del seno; pero ésta sólo se llevará a efecto después de hecho el estudio minucioso, se tenga la certeza de que se han suprimido todos los factores que podrían mantener la infección.

Se hará dicho estudio teniendo presente que la extirpación no es un medio infalible de lograr la curación y que pocas veces está indicada dicha operación. Es posible que no esté enferma la mucosa que se extirpa, aunque se halla muy engrosada, polipoides e irregular, sino que, por el contrario, tenga intacto su epitelio y que su estroma contenga células inflamatorias, lo cual constituye un mecanismo de defensa que está contrarrestando la infección, y puede seguir limitándola por tiempo ilimitado.

e) MUCOCLEAS DE SEÑO MAXILAR.

Existen mucocleas situadas en los senos frontal y etmoidal cuyo comportamiento es el de un tumor benigno teniendo como características principales la descomposición y la inflamación acumulada dentro de estas cavidades.

En cambio la presencia de las mucocleas en seno maxilar es muy discutida por Labell, quien presentó un caso que en realidad fue un quiste mucoso benigno. Hasta ese el final Hardy logró diferenciar los quistes antrales y las mucocleas por su contenido líquido.

Estableciendo que el mucocleas contiene una sustancia gelatinosa, mucosa y espesa, mientras que el líquido mucoso era característico de un quiste antral.

Debemos decir que aún ahora, se duda acerca de la verdadera existencia de las mucocleas en el seno maxilar.

Schuenicht trató de explicar su origen diciendo que es el resultado de una dilatación quística de la glándula tuberosa por el acumulo de secreciones provocada por la obliteración que se da en los conductos de las mismas glándulas.

Estos quistes son principalmente descubiertos al efectuar el tratamiento de Caldwell-Luc al tratar una sinusitis crónica.

Clinicamente este quiste no es sintomático. Quistes mucogeo benignos. Mc. Gregor lo describe como consecuencia de un edema del tejido conjuntivo subyacente al epitelio con filtración de líquido o secreción en los espacios tisulares acumulándose éste hasta destruir el tejido a su alcance y formar el quiste.

SINTOMAS.

Se presenta un dolor intermitente a nivel dentario por lo que el paciente recurre al odontólogo siendo éste el primero en descubrir este tipo de quiste. En algunas ocasiones este síntoma va acompañado por los de la sinusitis sólo que el dolor aquí corre desde los dientes hasta la frente, órbita y occipucio.

En otras ocasiones estos quistes son asintomáticos y no se sabe hasta cuando el paciente necesita tomar radiografías que éstos son descubiertos.

Hay casos en los cuales existen síntomas locales como son: Sensación de pesadez y dolor en el seno maxilar y síntomas generales como fiebre, fatiga, vértigo y dolor en articulaciones.

Se han reportado casos en que los pacientes refieren salida de líquido por la nariz, esto ocurre cuando existe una ruptura espontánea y expulsión del fluido quístico. En procesos de larga duración (crónicos) se puede llegar a formar la fibrosis del quiste.

TRATAMIENTO.

El tratamiento deberá adaptarse a cada caso tomando en cuenta principalmente el tipo de sintomatología presente, ejemplo:

En el caso de los mucocelos, asintomáticos el tratamiento se limitará a un control del paciente por medio de radiografías periódicas. No así en cambio cuando exista dolor ya que en este caso el tratamiento a elegir será la intervención quirúrgica.

La radiografía en estos casos no es de gran utilidad, cuando en una de las radiografías aparece un quiste mucoso tendremos que confirmar nuestro diagnóstico por medio de la introducción de una cánula dentro del quiste y removiendo el líquido color paja que gelifica rápidamente. Esto nos dará la oportunidad de examinar el tipo de fluido quístico y al mismo tiempo descartar la posibilidad de malignidad del proceso. Una radiografía inmediatamente posterior al tratamiento mostrará la desaparición del quiste.

Si durante el tratamiento anterior la cánula perforara y una de las paredes del quiste se puede esperar una desaparición del mismo, sin recurrencia como ha sucedido en muchos casos. En algunos otros la presencia del quiste no se altera pero su sintomatología desaparece, en este caso el tratamiento será de control exclusivamente.

Pero si hubiera una recidiva del quiste con sintomatología dolorosa entonces el paciente tendrá que ser sometido a la cirugía.

Otro de los tratamientos a elegir es la punción del quiste y la aspiración de su contenido líquido. Este tratamiento se efectúa usando cánulas especiales para seno maxilar; pero se ha visto que en algunos casos esta cánula no es la más adecuada ya que llega a puncionar a todos los quistes por falta de longitud o en su defecto el trayecto de ésta no es el mismo que el de la aguja de punción.

En estos casos se pueden utilizar las cánulas del seno frontal insertándola a través del meato medio. Esta cánula ha dado mejores resultados ya que por su maleabilidad puede adaptarse fácilmente a la curvatura del seno maxilar y por medio de la rotación de la misma puede lograrse la punción y la aspiración aún de los quistes más pequeños.

c) PÓLIPOS SINUSALES.

Los pólipos sinusales son uno de los tumores benignos más comunes en las cavidades sinusales y son neoplasias inflamatorias fibrovasculares.

ETIOLOGIA.

Siguen a una supuración del seno, de larga duración. Se desarrolla dentro del antro y permanece allí; o por su aspecto pedunculado se proyecta fuera de él hacia la nariz. Algunas veces se ulcera y ocasiona hemorragia.

Para poder apreciar mejor a estos tumores en la radiografía se puede introducir un medio radiopaco dentro del antro maxilar.

Los pólipos nasales a menudo se ven en pacientes con rinitis alérgica. El pólipo nasal se forma gradualmente a partir de una hinchazón recurrente y localizada de la mucosa sinusal o de la mucosa nasal propiamente dicha. Al principio el pólipo es pequeño, pero con cada sucesivo momento del edema submucoso se hace más grande, hasta que se desarrolla por completo y aparece como un tumor lizo y pálido. Su base es pedunculada, pero casi nunca se le ve.

En muchos casos los pólipos nasales son múltiples. Podemos desplazarlos durante el examen, hacia adelante y hacia atrás.

Los cornetes, con los que a veces se confunden los pólipos nasales, no pueden ser desplazados libremente y dusien a la pr xi da.

Los pólipos causan síntomas porque obstruyen la vía aérea. Pueden ser muy grandes y suficientemente numerosos para ocluir completamente la nariz. Si durante años no han sido tratados pueden causar un ensanchamiento gradual de los huesos nasales que se traduce en un ensanchamiento del puente de la nariz.

Algunas veces, la cortisona; usada sistemáticamente o inyectada localmente, puede hacer que desaparezcan los pólipos nasales; sin embargo, cuando se deja de usar la cortisona vuelven a reaparecer.

TRATAMIENTO.

Para efectuar la resección total del tumor es necesario tener un área lo suficientemente extensa para realizar la operación sub-labial que es la que proporciona el mejor acceso.

La extirpación se hace por métodos quirúrgicos bajo una anestesia local con cocaína al 10% que se aplica mediante dos porta-algodones humedecidos con la solución de cocaína. Uno se coloca entre el extremo posterior del cornete medio y el tabique, en la zona del bloqueo del ganglio esfenoopalatino.

Otro se coloca en la parte superior y anterior de la nariz para bloquear el nervio nasal interno. Cada pólipo se extirpa con un asa de alambre. A menudo, a causa de la alergia subyacente no puede ser bien controlado este estado y los pólipos tienden a recurrir.

La mayor parte de los pólipos nasales se originan en los senos, no debemos sorprendernos al ver que hay alteraciones sinusales en las radiografías de pacientes con poliposis nasal.

La polipectomía intranasal generalmente tiene que repetirse a los pocos meses, con frecuencia durante años. En aquellos pacientes en quienes la poliposis constituye grave impedimento, se requieren operaciones más extensas, como la etmoidectomía intranasal, la esfenoidectomía y la operación de Caldwell Lee, para prevenir las recurrencias.

En los asmáticos, la presencia de pólipos nasales sugiere hipersensibilidad a la aspirina.

La polipectomía en ese tipo de pacientes, puede precipitar una grave crisis asmática, aunque el paciente no esté tomando aspirina.

d) COMUNICACION DE SENOS MAXILARES.

Esta comunicación puede ser originada por diferentes causas como lo describiré a continuación.

Pero antes es importante saber que el diagnóstico de una comunicación con seno maxilar, se ~~diagnostica~~^{diagnostica} como una salida de aire por el alveolo, en donde en un principio no habrá dolor.

Por eso es importante tomar las medidas adecuadas para su tratamiento inmediato.

A continuación mencionaré algunas de las razones que provocan esta comunicación a seno maxilar.

LESIONES TRAUMATICAS.-Cualquier mal empleo o un descuido en el manejo de los diferentes instrumentos u objetos que se introducen a la boca pueden perforar la tabla vestibular ó la bóveda palatina y producir así una comunicación entre la boca y el seno maxilar.

Algunas de éstas comunicaciones sanan espontáneamente pero otras nunca cerrarán porque sus bordes se epitelizan, y la comunicación sigue abierta.

MANIOBRAS OPERATIVAS.-Después de operaciones sobre el maxilar para extirpar tumores o eliminar piezas dentarias, todas esas causas pueden dejar comunicaciones entre el seno y la cavidad bucal.

OSTEOMIELOMA O UNA OSTEOOMIELITIS.—Estas enfermedades

pueden ocasionar y producir sequestros en el hueso del maxilar, estos sequestros pueden ser de diferentes dimensiones y formas, las cuales producen las comunicaciones entre las cavidades. Los trastornos como la sífilis y tuberculosis pueden ocasionar comunicaciones, pues los lugares de preferencia para atacar son la bóveda o velo palatino.

Las lesiones congénitas como fisuras alveolopalatinas y sus consecuencias de las intervenciones quirúrgicas para aliviar esta infección, también puede ocasionar una comunicación.

A cualquiera de éstas clasificaciones que corresponda la comunicación, solo se puede localizar en tres sitios que son:

- 1.—En la arcada dentaria.
- 2.—En el vestibulo bucal.
- 3.—En la bóveda palatina.

Y pueden tener dos variaciones que son:

- 1.—Pacientes con arcadas dentadas.
- 2.—Pacientes con arcadas desdentadas.

TRATAMIENTO.

Existen 2 tipos de tratamiento: 1.- Con prótesis.

2.- Quirúrgico.

1.- Este tratamiento es por medio de un aparato de caucho o deacrílico que se encuentra obdurando la brecha mientras se encuentra colocado el aparato. Estos aparatos tienen demasiadas desventajas, una de las cuales es que solo modifica el problema pero no lo soluciona en su totalidad.

Solo en casos en que el tratamiento quirúrgico haya fracasado se recomienda usar el tratamiento protésico. O también se recomienda cuando las perforaciones tienen diámetros exagerados, o el estado general del paciente no es adecuado para someterlo a una intervención quirúrgica.

2.- Este puede servir para obturar las comunicaciones de la boca con el seno maxilar u otras cavidades vecinas. Para que la intervención quirúrgica tenga éxito hay que seguir varias pasos.

Uno de ellos es que los tejidos vecinos a la perforación se encuentren en buen estado, es decir que no estén desgarrados, pues con ellos se harán colgajos plásticos. Estos colgajos serán desplazados de su lugar y serán llevados al lugar donde se necesitan.

Pero es importante tomar en cuenta, que ante la presencia de una comunicación con seno maxilar el tratamiento inmediato a seguir es el siguiente:

1.- Sutura herética de seno tejida, primero recortando con un alveolotomo las tablas y hueso. (osteotomía) y entonces se suturari.-

2.- Siempre administrar antibióticos.

3.- No sonarse durante 15 días.

4.- No nadar.

e) DIENTES EN SENO MAXILAR.

En la región de los bicúspides y molares superiores, el antro está a menudo separado de los ápices radiculares solo que por una tenue capa de hueso.

La presión imprudente de una raíz única en dirección la impulsa al interior del seno maxilar. El desplazamiento de un diente dentro del antro maxilar es un accidente quirúrgico bastante común.

Es más fácil empujar una raíz dentro del seno maxilar que un diente entero, los dientes más frecuentemente desalojados de este modo son el tercer molar superior con raíces oblicuas y el segundo premolar superior.

La raíz más comúnmente desplazada dentro del antro maxilar es la raíz palatina del primer molar permanente superior.

Es raro que raíces que no sean del primero o segundo molar superior sean impulsadas. Sin embargo, el ápice de un canino sin erupción ocasionalmente puede ser desplazado.

Si las raíces de estos dientes se fracturan durante la extracción, es inadmisibles tratar de remover el ápice con manipulaciones quirúrgicas desde el alveolo, si los ápices están situados inmediatamente debajo de su piso o del revestimiento antral. Por lo tanto, cualquier manipulación, a través del alveolo, aún la succión puede ser suficiente para desalojarlo dentro del antro.

En estas piezas, hay que pensar siempre en la posibilidad del accidente y cerciorarse por medio de la radiografía de la situación del suelo antral. Se debe tener gran preocupación en el empleo del botador y del fórceps.

El antro maxilar alcanza su tamaño adulto cuando el individuo tiene alrededor de 18 años de edad, por eso es relativamente más difícil empujar una raíz dentro del antro antes de esta edad.

Los signos y síntomas inmediatos de una raíz dentro del antro son aquellos asociados con una fístula buccinusal; hepistaxis, flúidos que escurren de la boca a la ventana nasal y dificultad de aspirar un cigarro o inflar los carrillos.

Los síntomas posteriores son los de una sinusitis aguda o crónica con o sin fístula buccinusal asociada; pero ocasionalmente el enfermo no presenta síntomas.

Algunas veces el alveolo y la fístula buccinusal sanan pero más a menudo no lo hacen. Si la fístula sana la raíz en el antro algunas veces sólo causa una pequeña molestia.

Al principio la raíz puede estar libre en la cavidad antral, pero eventualmente puede caer al piso antral y fijarse al ser encapsulada en un necrocemento local del revestimiento antral.

La desaparición del índice no supone necesariamente que haya ido a parar al antro.

Puede haber atravesado una tenue capa ósea y haberse ocultado bajo la mucosa vestibular o palatina, como también en el interior de un quiste.

Se tiene que corroborar si el seno está realmente abierto. Sólo un quiste permite la entrada de una sonda fina a una profundidad como la del seno.

Los exámenes radiográficos nos han demostrado que pueden producirse diversas eventualidades:

1.-La raíz no ha penetrado en el seno sino que ha quedado en el alveolo, contrariamente de lo que parecía.

2.-La raíz abandona el alveolo, penetra en los tejidos blandos, mas no se ha deslizado para extraerse al se ve bien en el campo operatorio. paulatinamente se despegó la mucosa desde el borde alveolar hasta la localización de la raíz.

3.-La raíz ha penetrado parcialmente en el seno maxilar y permanece parcialmente en el alveolo.

4.-La raíz ha penetrado realmente en el seno maxilar.

Para saber a que tipo de eventualidad nos enfrentamos utilizamos diferentes posiciones en el examen radiográfico.

a) Radiografía intracanal retroalveolar.

b) Radiografía intracanal oclusal.

c) Radiografía intracanal en posición oclusal con el rayo central pasando por la región frontal y dirigiéndose verticalmente a 90° sobre la línea intracanal.

- d) Radiografía extraoral de frente a los senos maxilares.
- e) Radiografía extraoral de perfil de los senos maxilares.
- f) Radiografía estereoscópicas.

La combinación de las diversas incidencias permite controlar de una manera eficaz la situación exacta de la raíz.

La raíz puede ser pequeña y ocultarse en un receso del seno, muy lejano del punto de penetración, de modo que el examen radiográfico, no siempre consigue localizarla.

TRATAMIENTO.

El diente o raíz deberá ser removido por la posibilidad de que cause una infección antral, para evitar el riesgo de que la raíz escape del antro a través del ostium a la nariz y sea inhalada, y por razones médico legales.

Casi siempre los dientes son extraídos a causa de accidentes infecciosos y parece imposible que un cuerpo extraño sintico, pueda ser tolerado por la mucosa sinusal.

Cuando la raíz o diente se encuentran en un receso antral y resulta visible, se extraerá por la vía alveolar ensanchando el orificio. Resecando el hueso correspondiente a la zona donde se encuentra la raíz, se desprejará la mucosa vestibular del hueso desde el borde alveolar.

Hay que cuidar de no mandar la raíz a mayor profundidad del antro. Se la sujetará desde arriba con una cucharilla afilada y hasta que no se la haya acercado al alveolo, se procederá a auto-

rar íntimamente la mucosa sobre el alveolo.

El remover una raíz o un diente del antro es más fácil si la operación se lleva a cabo lo más pronto posible, antes de que el antro se infecte y la mucosa se engrose y la formación de pólipos haya sepultado al diente.

Si hay una fístula buccinusal asociada, los bordes de esta herida pronto se infectan y la operación para cerrar la fístula para entonces puede ser inútil. Lo ideal es operar dentro de las 24 hrs. del accidente, cuando el cierre de la fístula puede ser facilitado por los bordes de la herida que están aún quirúrgicamente limpios. Si el enfermo no aqueja molestias, y no se decide la intervención y espera a que se presenten manifestaciones graves, se establecerá posteriormente una comunicación nasal, cuando ya ha presentado la infección antroal.

En los casos en que ha penetrado francamente en el hueso, el procedimiento de elección es la trepanación ya sea en la fosa canina, o bien en una región más posterior, según la situación del diente o la raíz.

Cuando el cuerpo se encuentra definitivamente en el antro y no hay fístula buccinusal, el acceso quirúrgico es a través de una incisión recta en el saco bucal desde la región incisiva hasta la tuberosidad cerca de un cuarto de pulgada arriba del margen gingival.

Después que el antro ha sido abierto, algunas veces es posible ver el diente o la raíz y entonces puede ser removido por una cápsula de succión. En la operación el antro maxilar está a meng de limpio, especialmente si la raíz ha estado en él solamente un corto tiempo. A veces sin embargo, hay algún engrosamiento de la su cosa y algunos pólipos en la región de la raíz y otras veces, el antro está lleno de pólipos y pus.

Si el cuerpo ha ido a parar a un punto muy elevado del an tro y no resulta ni tangible ni palpable, se extrae por fenestra- ción ósea de la pared facial del antro que se practica a nivel ul- treamaxilar. En este caso se procede a hacer dos incisiones vertica- les inmediatas a los dientes contiguos y se gira en sentido apical el colgajo de mucosa y periostio.

Exposado el hueso, por medio del escopio se fenestra el antro en la región apical del diente extraído, se ensancha la fe- nestración con el forceps de Luer, sin lesionar los ápices radica- lares contiguos. Lo más frecuente es que la raíz no esté suelta en el antro, sino que cuelgue de la mucosa en algún recesso supraalveo- lar. Si el acceso es insuficiente para la visibilidad debe ensan- charse la fenestración en la pared facial. Descubierta el cuerpo, se expulsa del antro con una cocharilla afilada y éste después de esto se coge con las pinzas gruesas. al día siguiente se explore en busca de posible purulencia. De no ser éste el caso se levanta la sutura al cabo de una semana.

Si el antro está lleno de pólipos, deben ser removidos con fórceps de pólipos nasales. Si una exploración sistemática falla al revelar la raíz, la apertura del seno debe ser agrandada. Si la raíz está abajo del revestimiento antral puede ser palpada fácilmente al ser localizada, se hace una incisión a través del revestimiento y se remueve el cuerpo. Después de que el cuerpo ha sido extraído, el antro se limpia de pólipos, pero el revestimiento se deja intacto y el antro se irriga con solución salina tibia, después de lo cual la incisión se cierra con puntos aislados usando seda.

RESPONSABILIDAD MEDICO - LEGAL.

Por razones anatómicas y anatomo-patológicas que ya han sido consideradas, estimamos que esta responsabilidad es habitualmente nula por completo, y que no siendo necesaria ninguna maniobra violenta para que la complicación se produzca, el profesional no debe experimentar ninguna duda en poner en conocimiento de su enfermo la complicación que acaba de producirse; tampoco debe hacerse ignorar las serias y más graves consecuencias que esta complicación puede tener así como la necesidad de una rápida intervención quirúrgica. En estas condiciones, se encontrará no solo al abrigo de todo reproche, sino que habrá enfrentado a su enfermo con la necesidad de someterse a un examen y a una intervención, que le serán aconsejadas indicándole su importancia, consejos que terminarán de liberarlo de su responsabilidad.

CIERRE DE FISTULA BUCCOANTRAL

El cierre de fistula buccentral, sobre todo si la abertura es grande, puede efectuarse empleando un colgajo palatino. Se levanta un colgajo pediculado desde el paladar sea grueso y tenga buen riego sanguíneo, para asegurar el éxito. La forma del colgajo puede determinarse por ensayo o práctica antes de la operación.

Otro método de cierre, al parecer sencillo y que ha tenido éxito, fue descrito por Procter, se coloca un pedazo en forma de cono de cartilago conservado. El alveolo se prepara por raspado y se introduce el cartilago en el defecto. Es importante que el cartilago tenga tamaño suficiente para que pueda quedar a manera de cuña. Si queda flojo, puede desplazarse y desalojarse antes que la membrana crezca sobre él, o puede llegar hasta el seno, convirtiéndose en un cuerpo extraño.

Muchos cirujanos bucales en Estados Unidos han usado con éxito discos de oro o placa de oro 38, de 24 quilates. El procedimiento es práctico, eficaz y sencillo. El seno afectado se limpia y expone cuidadosamente. Es importante que el seno esté tan libre de infección cuanto sea posible. El hueso se prepara para recibir el metal, y después se coloca el metal sobre la abertura y se mantiene ahí suturando los colgajos de tejido blando sobre él.

Se administra al paciente un antibiótico para reducir la posibilidad de infección en el seno o en el tejido blando. Se aconseja usar un rocío nasal para mantener buen drenaje nasocentral y para evitar estasis sobre el implante de oro. Se han aconsejado discos de hueso autógeno para cierre de la fístula buccentral, con bimedoos con el procedimiento de Caldwell-Luc y antrostomía nasal.

Una intervención importante que no deberá dejarse por ser desapercibida es el posible cierre de las fistulas buccentrales por medio de trasplantes libres de espesor total obtenidos del lado opuesto del paladar o del pliegue mucobucal. Es procedimiento factible y usa tejido que no es extraño a la boca, por ser transferencia de tejido de una parte de la boca a otra. El sitio donador cura fácilmente, al estar protegido inicialmente por la aplicación de tintura de benjuí o apósitos sedantes.

Las causas de fracaso en el cierre de la fístula buccentral son las siguientes:

1.-No se elimina por completo toda infección dentro de la cavidad antral antes de operar. Ella puede lograrse por lavados, antibióticos o ambos; los antibióticos deben tener eficacia comprobada contra las bacterias presentes.

2.-El estado físico general del paciente no fue investigado ni tratado adecuadamente. Diversas enfermedades, como diabetes, sífilis y tuberculosis, pueden perjudicar la curación normal de las heridas.

3.-Colgajos colocados sobre la abertura con demasia de tensi6n, y no crear una superficie viva o sangrante en el sitio reciente del colgajo.

El m6todo m6s seguro para lograr 6xito en el cierre es obtener un buen drenaje del seno hacia la nariz, practicando una ostotomía intranasal antes de intentar cerrar la fístula cr6nica.

Esto puede llevarse a cabo de la siguiente manera: se aplica una compresa de algod6n empapado en tetracaina al 2 por 100 en soluci6n al 1 por 100 de efedrina, en la pared inferior del neso y el cornete inferior. Despu6s de lograr la anestesia, la pared se atraviesa con un trocar que haga una abertura lo suficientemente grande para admitir la pinza cortante. Se agranda la ventana en todas las direcciones hasta obtener un di6metro m6nimo de dos cm. en su sitio m6s angosto. Es importante bajar la cresta nasocentral hasta el piso de la cavidad nasal. Si se deja algo de cresta, puede hacer fracasar el motivo de la nueva abertura, que es permitir un flujo libre de secreciones desde el seno hasta la nariz.

TÉCNICA DE CALDWELL - LUC.

Para la técnica de Caldwell-Luc se prefiere la anestesia general. La anestesia general se hará con la intubación orotraqueal, con un espeque de gasa en la garganta, se prepara el campo operatorio. Se eleva el labio superior con separadores de Farabee, y se hace una incisión en forma de U del mucopericostio hasta el hueso. Las incisiones verticales se hacen a nivel del canino y del segundo molar, desde el sitio superior de la inserción gingival, hasta más allá del repliegue mucolabial, se hace una línea horizontal uniendo las dos incisiones verticales.

En la mucosa alveolar, arriba de la inserción gingival de los dientes se despega el tejido del hueso con elevadores de pericostio llegando arriba hasta el canal infraorbitario cuidando no traumatizar el nervio, se hace una abertura en la pared facial del antro, arriba de las raíces de los premolares utilizando cinceles, gubias ó fresas, agrandando con osteotomía para inspeccionar la cavidad posteriormente, permitirá la introducción del dedo índice, con lo cual se podrá extraer el cuerpo extraño en el seno maxilar.

Se eliminará la mucosa según el caso, si esta presenta atrofia, y/o proceso infeccioso, se realiza una contra apertura a los foros nasales, por la altura del meato inferior, dejando una vía de drenaje por medio de una gasa medicada que será retirada periódicamente.

Indicaciones Postoperatorias

a) Dieta (medicamentos)

Antimicrobicos; penicilina de 800,000 unidades vfa intra muscular, cada 12 horas. Durante cinco días, en caso de ser alérgico a la penicilina se administrará eritromicina, de 1 a 2 grs. por día.

Antiinflamatorios; al iniciar, y después cada 8 hrs. (se deben tomar con alimentos, ya que pueden causar gastritis, y no se han usarse más de 4 días)

Analgésicos; sólo se toman en caso de dolor, si el dolor es muy intenso se aplicará por vfa intramuscular.

b) Dieta

Líquida el primer día, sin leche (porque ocasionan medio de cultivo para las bacterias), el segundo día la dieta será blanda hasta que el paciente este en condiciones de cambiarla.

c) Terapia Física

Aplicación de compresas frías cinco minutos cada 1/2 hr. el día de la operación, previa aplicación de vaselina en la zona q parada, para evitar quemaduras. Compresas húmedo calientes el día siguiente, tres ó cuatro veces al día.

d) Higiene

Depilado (enjuague de bicarbonato, para que el pH se vuelva alcalino, y ya no se desarrollen las bacterias).

Se hará con un medio vaso con agua, con media cucharadita de sal, ó té de manzanilla (que actúa como bacteriostático).

e) Otras indicaciones

No toser

No fumar

No estornudar con boca cerrada

No hacer ejercicios pesados

No sonarse

No asistir a lugares contaminados

Reposo relativo

Hablar lo menos posible (los primeros días)

No hostear

COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden evitarse mediante la realización de una historia clínica cuidadosa, una exploración clínica física detallada que incluye radiografías, diagnósticos intra-bucales y extra-bucales y técnicas quirúrgicas controladas y bien planeadas.

Puede también estar indicada la interconsulta con el médico especialista adecuado incluyendo el tratamiento clínico adecuado. Sin embargo hay casos en que a pesar de haber tomado todas las precauciones pueden surgir complicaciones del seno relacionadas con enfermedad odontológica.

En estos casos, el clínico que ha invertido tiempo para familiarizarse con todos los aspectos de tales problemas incluyendo el diagnóstico, tratamiento y manejo postoperatorio reaccionará con calma y podrá proporcionar un servicio de salud vital para su paciente.

CONCLUSIONES

Este trabajo confirma que hay que tratar al paciente como una entidad, ya que existen enfermedades generales que repercuten, en la cavidad bucal o alteraciones bucales que afectan la economía del individuo.

Por otro lado, debe el cirujano dentista y el médico colaborar estrechamente para lograr que el paciente tenga un mejor trato en lo que se refiere a evitar y corregir su enfermedad para evitar secuelas y acercarlo hasta donde sea posible a una salud más perfecta. Para ello se requiere un conocimiento biológico amplio del cuerpo humano, y conocimiento también de las enfermedades de otros sistemas de órganos. El dentista no necesita conocer la medicina o conocer a fondo una enfermedad particular. Tampoco debe ocuparse de los tratamientos médicos, salvo por sus relaciones con enfermedades en la boca o la atención odontológica, sino que debe colaborar con éste para proteger la salud y el bienestar del paciente que consulta a ambos.

También se requiere recalcar que el odontólogo puede enfrentarse con infecciones dentales que pueden simular infecciones del antro. Es importante establecer la diferencia entre este estado y la enfermedad primitiva del antro, porque el tratamiento es distinto en cada caso.

Tomando esto en cuenta el tratamiento dental se centra-
liza en el diente infectado y se debe enviar al paciente a un oto-
rrinolaringólogo para el tratamiento del problema del seno.

Otro aspecto importante es que existen varios procesos
patológicos originados en el seno maxilar que se manifiestan a ve-
ces en la cavidad bucal, en cuyo caso pueden interpretarse errónea-
mente como emergencias odontológicas. El más común de estos proce-
sos patológicos es la sinusitis maxilar, en donde el tratamiento
corresponde al otorrinolaringólogo; así como el tratamiento de quis-
tas y tumores originados en el antro que pueden producir tumefacción
y dolor en la cavidad bucal. Lo que hacen que sea importante hacer
la diferenciación de un problema de origen dental.

BIBLIOGRAFIA

* Urban

Histología y Embriología Bucal

Pressa Médica Mexicana

Págs. 339-345

* Quiroz Fernando

Anatomía Humana

Ed. Porrúa S.S. vigésima cuarta edición

Págs. Tomo I 99-100, Tomo II 396-400

* Kruger Gustav.

Tratado de Cirugía Bucal

Ed. Interamericana. cuarta edición

Págs. 616

* Daniel E. Waite

Tratado de Cirugía Bucal Práctica

Ed. GUSA. segunda edición

Págs. 584

* Lashin N. Daniel

Cirugía Bucal y Maxilo Facial

Ed. Médica Panamericana. Primera edición

Págs. 782

+ B. De Neece, David. H. Saunders, William

Otorrinolaringología

Ed. Interamericana. sexta edición

Págs. 581