

1-3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD ODONTOLOGICA

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA
SINUSITIS DEL MAXILAR SUPERIOR**

T E S I S

**QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA EL ALUMNO**

JUAN B. ORDOÑEZ

MCMLXXXVIII

A la memoria sagrada de mi madre.
Con veneración y respeto.

A mi abnegada esposa,
Sra. Rosa R. de Ordóñez.
Con gratitud e infinito cariño

A mis queridos hijos.
Conchita,
María Luisa
e
Ildefonso.
Cariñosamente.

A todos mis maestros y muy especialmente a los señores Doctores.

D. Abel Ortega.

D. Francisco Calderón Caso.

D. Edmundo Camacho Velazco.

D. Ulises Contreras.

A mis amigos los señores Doctores.

Zadot Zúñiga,

Abelardo Ruiz Velazco

y

Jaime N. Casanova C.

A mi escuela.

SEÑORES JURADOS:

Este trabajo que presento ante vosotros, humilde y lleno de errores, tiene el mérito de haber puesto en él todo mi esfuerzo personal y para llevarlo a cabo me animó el deseo de que los incontables sacrificios de quienes me han colocado en el camino de mis estudios, no hayan sido en vano.

Así pues, espero de vuestra docta consideración la proverbial magnanimidad que les caracteriza.

S U M A R I O

- I.—Datos anatómicos y Fisiológicos.**
- II.—Definición y División.**
- III.—Etiología y Patogenia.**
- IV.—Anatomía Patológica.**
- V.—Sintomatología.**
- VI.—Diagnóstico.**
- VII.—Pronóstico.**
- VIII.—Tratamiento.**

DATOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS

Se designa con el nombre de **SENO DEL MAXILAR**, a una cavidad situada en el espesor del maxilar superior; se conoce también con el nombre de Antro de Hyghmoro por ser este el nombre del anatómico que mejor lo ha estudiado.

Esta cavidad aparece desde el nacimiento, se desarrolla progresivamente, acentuándose más durante la pubertad, y adquiere su máximo desarrollo en la vejez.

FORMA Y RELACIONES:—Considerado el seno desde el punto de vista de su forma, se asemeja a una pirámide triangular, cuya base está en relación con el piso de la órbita y el vértice con el arco alveolar.

Haciendo dos cortes, uno vertical y otro horizontal, en el primero veremos, como antes dije: que la base corresponde con el piso de la órbita y el vértice con el arco alveolar, en el segundo corte la base correspondería a la parte posterior, es decir, a la tuberosidad y el vértice al nivel de la fosa canina.

Cuatro paredes lo forman: tres verticales y una horizontal. Las verticales son: pared anterior o yugal, pared posteroexterna o zigomática, pared interna o nasal, convergiendo las tres hacia el borde alveolar, forman así, el vértice de la pirámide. La pared superior es la pared horizontal o base de la pirámide que está en relación con la órbita.

RELACIONES:—La pared anterior o yugal, tiene una

depresión hacia la cavidad del seno y está en relación con la fosa canina; tiene delante del hueso los siguientes elementos: músculos caninos, elevadores de la nariz y del labio superior, ramas terminales del nervio suborbitario; esta pared es la más gruesa y la más accesible, tiene en su interior trayectos para los nervios dentarios anteriores que son ramas colaterales del nervio maxilar superior. La pared posteroexterna o zigomática, en una parte corresponde a la tuberosidad del maxilar por donde penetran los nervios dentarios posteriores, en otra parte más interna, está la relación con la hendidura pterigomaxilar y el ganglio de Meckel. La pared interna o nasal corresponde a la pared externa de las fosas nasales, es débil y frágil; extraordinariamente delgada, consiste en una lámina papirácea de tejido compacto que es fácilmente fracturable, encontramos en ella: los cornetes y meatos medio e inferior, dos importantes orificios en comunicación con el seno; uno, el Infundíbulum y otro en la parte media del meato medio. Estudios hechos por algunos autores demuestran que el primero es siempre constante, no así el segundo que puede faltar en algunos casos. (El Dr. Gosselin descubrió el primero de los orificios, y Duverney lo precisó. En 100 cadáveres, Giraldes sólo encontró 8 ó 10 veces el segundo de los orificios; el primero fué siempre constante). La pared superior del seno es horizontal, plana; es un tabique delgado que separa el seno de la cavidad orbitaria, y está recorrido oblicuamente por un conducto que da alojamiento al nervio suborbitario.

BORDES:—El borde más importante de la pirámide, es el borde inferior que representa el vértice de la pirámide, que por su amplitud, algunos autores lo describen como pared inferior, esta pared es muy delgada, separa la cavidad, de las raíces de la segunda premolar y gruesos molares, raíces que pueden penetrar a la cavidad del seno y estar sólo cubiertas por la mucosa.

El interior de la cavidad del antro se encuentra revesti-

do o tapizado de una membrana mucosa que es continuación de la pituitaria y se diferencia de ésta por ser más vascularizada, muy delgada, pudiendo, en ciertos casos patológicos, hacerse fungosa y tomar un espesor considerable.

Se ha llegado a encontrar la cavidad sinusal dividida por un tabique óseo ya completa o incompletamente. La capacidad del seno es aproximadamente de once centímetros cúbicos, más, varía según los sujetos y por razones de edad.

VASOS:—La mucosa del seno está irrigada por arterias que provienen de la pituitaria (esfenopalatina) y de las arterias de la cara (bucal, palatina, alveolar y facial).

Las venas que acompañan a las ramas arteriales, unas terminan en el plexus pterigomaxilar y otras en la vena oftálmica por intermedio de la facial.

LINFÁTICOS:—Mal conocidos hasta la fecha, se cree que van a los ganglios submaxilares y otros confundidos con los de la pituitaria.

NERVIOS.—La sensibilidad proviene de los filetes mucosos que son ramos de los dentarios posteriores y del ganglio de Meckel o esfenopalatino, (rama palatina anterior) que son a su vez ramos colaterales del nervio maxiliar superior.

FISIOLOGIA:—En cuanto a la fisiología del antro de Hyghmore, se le designan tres funciones: I.—El de protector del cerebro en los traumatismos faciales, porque interrumpe la transmisión del choque, o lo atenúa. II.—Disminuye el peso del hueso sin reducir su superficie, cualidad que se debe a la cavidad del seno, y III.—Constituye una verdadera caja de resonancia.

DEFINICION Y DIVISION

Se designa con el nombre de Sinusitis del Maxilar Superior a la inflamación de la mucosa que tapiza el seno del maxilar o antro de Highmore.

Es importantísimo, por lo que a la clínica y al tratamiento se refiere, dejar sentada la diferencia entre PIOSINUS y PIOSINUSITIS.

En el piosinus el pus ha llegado mecánicamente a la cavidad antral, no es un producto de ella y, por tanto, la mucosa del revestimiento no está afectada. Advierto que el piosinus no es tal, sino en los primeros días de la invasión del pus, porque este acaba por inflamarla y ya queda establecida la piosinusitis.

El empiema, es la acumulación en el seno maxilar de una cantidad de pus procedente de una cavidad vecina, o de un absceso dentario sin que supuren las paredes del seno.

Puede haber empiema sin sinusitis, pero la presencia del pus produce la inflamación de la mucosa del antro en un período más o menos corto, a pesar de la resistencia que oponga la mucosa a la infección. Por último, dividiremos la sinusitis maxilar supurada en cuatro grupos, que son:

- 1o.—Según el número de senos afectados: unilateral o simple, bilateral o doble.
- 2o.—Según el origen: primitiva y consecutiva.
- 3o.—Según su duración: aguda, subaguda y crónica.
- 4o.—Según tenga o no salida el pus: abierta y cerrada.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La sinusitis es una enfermedad que se presenta indistintamente en el hombre como en la mujer, es una enfermedad del adulto, pero puede encontrarse en los ancianos y excepcionalmente en los niños y aun en los recién nacidos.

La infección del seno tiene varios orígenes:

I.—Por propagación de una infección de la mucosa pituitaria, pues como sabemos, la del antro es continuación de ella. En el caso de coriza agudo o crónico, una operación efectuada en la nariz sin los cuidados que la asepsia requiere.

II.—Por infección peridentaria de las piezas en relación con el seno (segunda premolar, primero y segundo gruesos molares superiores), ya sea que en dichas piezas exista una caries de cuarto grado y los mismos restos de alimentos obturen la cavidad convirtiéndola en cerrada; exagerando la virulencia de los gérmenes ahí existentes, estos pueden atacar la delgada lámina ósea que separa el ápex de la cavidad del antro.

III.—Por complicación de una obturación mal practicada en caries penetrante.

IV.—Por maniobra brusca al extraer una pieza o raíces, (sobre todo si se encuentran incluídas en la cavidad, como algunas veces sucede) cubiertas sólo por la mucosa del an-

tro; por esta brusquedad, puede lesionarse la cara ósea mucosa dando así origen a un absceso submucoso que puede abrirse a la cavidad del seno.

V.—En el caso de una pieza cariada en cuyas raíces exista un quiste radicular y se extraiga la pieza, podrá traerse consigo un fragmento de lámina ósea abriendo puertas de entrada a una infección.

VI.—Contusiones: un golpe de box, una coz de animal o proyectil de arma de fuego, puede provocar lesiones traumáticas ocasionando fracturas que pueden traer consigo el empiema.

VII.—Ciertas enfermedades como la tuberculosis, sífilis, actinomicosis, erisipela, etc., pueden provocar una ostiomielitis y sinusitis como complicación.

BACTERIOLOGIA:—La causa eficiente de la sinusitis la constituye como en toda infección el ataque de microorganismos. Distintas especies microbianas pueden provocarla, predominando: el estafilococo, el estreptococo, el basilo fusiforme, el de la influenza, etc., y frecuentemente se trata de asociaciones microbianas. (Simbiosis).

Se comprenderá que en la sinusitis secundaria o consecutiva, los gérmenes que la provocan están en relación con la infección primitiva. (Infecciones nasales, peridentarias, tuberculosas, sífilíticas, actinomicosas, erisipelatosas, etc.)

ANATOMIA PATOLOGICA

Sea que el padecimiento aparezca directa o primitivamente en el antro, o ya resulte de la continuación de un proceso infeccioso de vecindad, las modificaciones patológicas que se presentan en la mucosa variarán según la virulencia de los gérmenes y según las defensas del organismo en el cual evolucione, dando los cuadros de sinusitis aguda, subaguda y crónica.

En la sinusitis del maxilar ya sea primitiva o secundaria, se observan en la mucosa las modificaciones siguientes:

I.—Congestión de la mucosa, hipertrofia e hipersecreción de la misma, dando esto por resultado, la disminución de la cavidad del antro.

II.—Si el proceso continúa avanzando, comienza la desintegración de los tejidos, dando lugar a formación de pus y detritus o fungosidades, con esfacelo y gangrena de los tejidos.

Las lesiones pueden extenderse al tejido óseo circunvecino dando cuadros de osteítis con formación de secuestros; a veces la destrucción del tejido óseo puede apreciarse a la palpación dando la sensación de crepitación ósea.

Microscópicamente se encuentran: infiltración de celdillas leucocitarias de poli y mononucleares, desintegración de

células epiteliales, dilatación de los capilares con trombosis vascular, destrucción de filetes nerviosos y descamación del epitelio.

Estos procesos de inflamación se traducen al exterior, como ya lo hicimos notar en otra parte, por el clásico cuadro sintomático de: tumor, calor, rubor y dolor en la región del lado correspondiente.

SINTOMATOLOGIA

En toda sinusitis maxilar purulenta es necesario distinguir los síntomas que le corresponden y aquellos que le acompañan.

Los síntomas que le corresponden pueden ser: objetivos y subjetivos, los cuales consisten en: dolor, sensación de plenitud y cacosmia.

El dolor puede ser fijo, localizado a nivel de las regiones suborbitaria, malar, en el ángulo interno del ojo y en las piezas dentarias correspondientes al lado enfermo, pero frecuentemente este dolor tiene irradiaciones hacia las regiones antes citadas o bien abarcar la mitad de la cara.

Puede ser, así mismo, dolor intermitente que se presenta varias veces al día o pasar varios días sin que se manifieste molestia alguna, otras veces es continuo y con exacerbaciones.

La intensidad es variable, casi nula en empiemas abiertos, intolerable en empiemas cerrados, la presión en la región malar lo recrudece, mientras que la expulsión del contenido de la cavidad lo atenúa; también durante la masticación se exagera.

Otra forma como suele presentarse es como neuralgia facial y como punzadas dentarias u orbitarias.

La sensación de plenitud es de intensidad variable, más

persistente que el dolor mismo y puede cesar o atenuarse después de la expulsión del contenido del seno, ya sea natural o efectuada por el enfermo al sonarse, o bien por canalización.

La cacosmia consiste en la percepción del olor nauseabundo que molesta al paciente cuando se suena o independientemente de este acto; su intensidad está en razón directa con la retención del pus y la mayor o menor sensibilidad olfatoria de quien la padece, así como de la naturaleza de los gérmenes. (Anaerobios).

ESTADO GENERAL:—Como consecuencia de la absorción de las toxinas y del ataque al estado general, el enfermo puede experimentar sensación de laxitud, abatimiento, postración, síntomas que están en relación con la gravedad del proceso; precediendo a las elevaciones térmicas, el paciente puede sentir ligeros calosfríos.

La sintomatología también varía según se trate de una sinusitis aguda o crónica.

La sinusitis aguda generalmente es de origen dentario; se presenta en un principio con todos los caracteres de una artritis, el enfermo siente una o varias piezas móviles, dolorosas a la presión, más alargadas que el resto y con dolores pungitivos que se exacerban durante la noche, por aumento de la congestión con la posición horizontal; la temperatura sube a 38 ó 39 grados o más, esta puede ser continua, con exacerbaciones o intermitente, en otros casos esta temperatura es baja, el pulso pequeño y muy frecuente y en el estado general hay trastornos debidos a ciertas formas septicémicas; estos síntomas como dije antes pueden disminuir y llegar a la curación si se extrae la pieza; no siendo así, el enfermo empieza a sentir el carrillo del lado enfermo más pesado que el opuesto, a la vez, aumenta de volumen que se aprecia hasta la región malar, esto hace aparecer el ojo

del mismo lado más pequeño, el surco nasogeniano desaparece y la voz se hace opaca por falta de resonancia.

El infarto ganglionar es precoz, doloroso, en la región submaxilar del lado enfermo.

La tumefacción que abarca la mitad de la cara se marca principalmente en la fosa canina, que es el primer punto afectado y donde suele presentarse la crepitación pergaminosa una vez que ha sido invadido el hueso y que se han formado esquirlas y trayectos fistulosos.

El pus es de color verdoso, espeso y fétido.

DIAGNOSTICO

Por el interrogatorio y la exploración llegaremos al diagnóstico de la enfermedad.

El interrogatorio nos permite conocer la historia del padecimiento desde su iniciación, su evolución y estado actual, así como el terreno en que se desarrolla; ya con estos datos podemos hacer un diagnóstico de presunción.

La exploración de la cara, de la cavidad bucal y de las fosas nasales, nos darán mayor número de datos que nos permiten ratificar o modificar el diagnóstico de presunción que previamente habíamos hecho mediante el interrogatorio.

Con la exploración de las fosas nasales, averiguaremos si hay escurrimiento por la nariz de algún exudado purulento, especialmente del lado donde está localizado el padecimiento. Este escurrimiento lo observamos al inclinar el enfermo la cabeza o al hacer movimientos bruscos con ella, e, pues puede ser desalojado por las fosas nasales o por un alvéolo, también puede ser encontrado en el reborde alveolar cuando el proceso es necrótico y el hueso está descubierto en una área más o menos considerable.

Cuando existen trayectos fistulosos, ya sea en la cara o en la boca, mediante la exploración con un estilete obtenemos un dato que nos aproxima más hacia el diagnóstico.

Los signos por los cuales se manifiesta el empiema del maxilar, son los marcados en el siguiente cuadro:

Signos de presunción: odontopatías y rinopatías.

Odontopatías:—Odontitis penetrante (4o. grado). Periodontitis, dientes obturados, raíces, foliculos, secuestros, etc. etc.

Rinopatías:—Rinofaringitis, salida de pus por la nariz, eczema del vestíbulo, epistaxis, obstrucción nasal, hipertrofia y degeneración polipoidea, sensibilidad y dilatación de la pared externa, perturbaciones del olfato.

Signos de probabilidad:—Neuralgia del suborbitario. Edema de la mejilla, etc.

Signos de: Frenkel (salida de pus por la nariz al inclinar la cabeza), de Heryng (opacidad del seno a la trans-iluminación), de Wohsen-Davison, (opacidad de la pupila a la misma), de Carel-Burger, (falta de sensación luminosa a la misma).

Signos de certeza: Lavado explorador del seno, por cateterismo o por punción.

Signos complementarios: Signos de Kaspariants (palpación del seno), de Mahu (capacidad del seno), de Guisez (iluminación del seno después del lavado.)

Por medio de radiografías se descubren: odontitis, restos dentarios, ápices, foliculos, cuerpos extraños, dientes muertos sin caries absesos, focos de ostiomelitis, etc., etc.

PRONOSTICO

El pronóstico varía según el grado de las lesiones y trastornos que haya originado.

La sinusitis consecutiva a un catarro nasal, combatida con un tratamiento adecuado, cura fácilmente. Si las lesiones son profundas y ha sido lesionada la mucosa y el tejido óseo, acompañándose de inflamación y supuración al mismo tiempo que formación de secuestros, etc., la curación es larga y difícil, por las complicaciones a que pueda dar lugar y por la pérdida más o menos grande del reborde y aun del maxilar.

Los diferentes tipos clínicos de sinusitis, desde la que termina espontáneamente hasta la que resiste a todo tratamiento, hacen variar frecuentemente el pronóstico y este varía también según la oportunidad del tratamiento, del terreno en que obra la enfermedad, así como de la virulencia de los gérmenes.

TRATAMIENTO

En el tratamiento de la Sinusitis debemos tener en cuenta la profilaxis y el tratamiento de la enfermedad ya constituida.

Por lo que respecta a la primera, debemos observar lo siguiente: procurar la asepsia o desinfección de las cavidades vecinas, (fosas nasales, boca) sobre todo cuando existan enfermedades infecciosas generales o focos infecciosos vecinos, para evitar que se propaguen al antro.

Con este fin se prescribirá para las fosas nasales, soluciones oleosas antisépticas en forma de gotas, y para la cavidad bucal; salicilato de sodio al 2%, clorato de potasio al 5%, etc., en forma de colutorios o gargarismos.

Por lo que se refiere al tratamiento de la infección ya constituida, podemos dividirlo en: tratamiento general y tratamiento local.

El tratamiento general va encaminado a luchar contra la infección destruyendo los gérmenes in situ; exaltar las defensas del organismo y contrarrestar los efectos secundarios de dicha infección. (anemia, intoxicación, etc.)

Para lograr estos fines se recurre:

A.—Procedimientos biológicos, tales como: la suero-terapia y la vacunoterapia.

Diversos preparados inyectables se encuentran en el co-

mercio, como: vacunas específicas, vacunas preparadas con gérmenes procedentes de la cavidad bucal y también vacunas polivalentes.

B.—Quimioterapia: Se ha preconizado, como en el tratamiento de las demás infecciones, los medicamentos tales, como: la urotropina y sus derivados, septicemina, septiyodina, etc.

* *
*

Actualmente, desde los trabajos de Domack, se están empleando con bastante éxito los derivados de la **Sulfamidocrisoidina**, como el **Prontosil Rubiazol**, **Neococil**, etc., contra las infecciones producidas por cocos, principalmente: **estreptococo hemolítico**, **estafilococo**, **neumoco**, **meningococo**, etc.

* *
*

No se debe perder de vista que el tratamiento verdaderamente racional deberá ser etiológico: identificar, siempre que se pueda, al germen responsable, (sobre todo cuando se trate de una enfermedad específica) y sólo cuando esto no sea posible, o cuando se sospeche asociaciones microbianas, entonces podrá aplicarse un tratamiento anti-infeccioso general.

Por otra parte, hay que tener en cuenta también el tratamiento sintomático, que en el caso que nos ocupa, será dirigido a calmar el dolor, por ser este uno de los síntomas más molestos y que a veces desespera al enfermo; puede recurrirse a los analgésicos, como **Antipirina** y sus derivados, **fenacetina**, **piramidón**, etc., **bromuros**; y, en algunos casos, hasta los derivados opiáceos, **morfina**, **sedol**, etc.

Por lo que se refiere al tratamiento local, nos valemos de los procedimientos fisioterápicos: calor húmedo, aplica-

ciones de rayos infra-rojos, diatermia, etc., y cuando el caso lo amerite, proceder al tratamiento **QUIRURGICO**.

Este último deberá ser aplicado en los casos en que sea necesario extirpar o desalojar los cuerpos extraños, detritus o secreciones purulentas que se encuentren coleccionadas en el antro.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Todas las maniobras que se efectúen en las paredes del seno requieren el empleo de anestesia. Esta puede ser local, regional o anestesia general.

La anestesia local y la regional se pueden emplear aisladamente o asociadas.

La primera tiene su aplicación en el cateterismo, las punciones y algunas trepanaciones. Los medios de que nos valemos para lograr la anestesia local, son: toques o pulverizaciones, unciones y el de infiltración. En la anestesia local por infiltración, se inyecta bajo la mucosa o el periostio, dos o tres centímetros cúbicos de la solución de Novocaína en los sitios donde se va a intervenir; minutos después, la anestesia es perfecta.

La anestesia regional la obtenemos por infiltración del nervio suborbitario o del tronco maxilar superior.

La anestesia del suborbitario se puede lograr por dos vías, la vía extraoral y la vía intraoral.

Vía intraoral: Localizado el agujero suborbitario que es por donde sale el nervio del mismo nombre, se introduce la aguja en el fondo de saco gingival, cuidando de que el bisel de la aguja resbale sobre el hueso, teniendo la precaución de poner el dedo sobre los tegumentos para darse cuenta del lugar donde va penetrando la punta de la aguja; inyectada la

solución, se da masaje en la región para difundir la infiltración. El punto de fondo de saco donde se hace la punción está localizado entre el ápex del canino y la primera premolar del lado correspondiente.

Vía extraoral: Se introduce la aguja en un punto situado sobre la perpendicular que pasa por la mitad del reborde orbitario inferior y dos centímetros abajo de éste, se busca el nervio guiándose por las sacudidas dolorosas que produce cuando se toca éste, hasta que la aguja penetra de golpe por el agujero donde sale el nervio suborbitario; se inyecta entonces, cuatro o cinco centímetros de la solución.

ANESTESIA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Para la anestesia del nervio maxilar superior, se introduce la aguja en un punto situado en la intersección de la línea que pasa sobre el borde inferior del arco zigomático y una perpendicular que pasa por el borde posterior de la apófisis externa del malar. Teniendo la aguja en posición vertical, se atraviesan todos los tegumentos hasta llegar al hueso, en este momento se dirige hacia arriba, adentro y atrás; a una profundidad de cinco centímetros se produce el dolor característico, se inyecta entonces la solución en la misma cantidad que en las anteriores.

Con esta técnica el nervio maxilar se alcanza en la fosa pterigomaxilar, a su salida del cráneo, y las partes anestesiadas son, para cada lado: mejilla, labio superior, dientes, fosa nasal, párpado inferior y seno.

Teóricamente, debería ser suficiente la anestesia de este tronco nervioso, en la práctica no sucede así, por las anastomosis con los nervios vecinos, por lo que en muchas ocasiones es necesario anestesiarse también el suborbitario, para que la intervención sea completamente indolora.

La anestesia en esta forma descrita, es el método preferido; facilita y simplifica la operación, reduce notablemente el escurrimiento sanguíneo que era molesto en la anestesia general.

METODOS PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Hay varios métodos operatorios, entre los que contamos con los de: COOPER, de KUSTER, de GERBER y el de CAD WELL-LUC.

Procedimiento de COOPER: Anestesiado el paciente, se perfora la cavidad del Seno por el alvéolo de la segunda premolar, o del primero o segundo molares, dirigiendo el perforador directamente hacia arriba y un poco hacia adentro. Para esta operación se emplea un perforador eléctrico.

Este sistema recomiéndase en empiemas de origen dentario, extrayendo las piezas dentarias ya citadas.

Las ventajas de este procedimiento consisten en la facilidad de su ejecución, y en que el enfermo mismo puede practicarse el lavado de la cavidad.

Como contradicciones podemos citar la estrechez de la abertura creada, la que no basta para reconocer la presencia de las vegetaciones poliposas que pueden existir, y por otra parte hay el inconveniente de que el Seno queda en comunicación con la boca.

Procedimiento de KUSTER: Se tira fuertemente del labio superior hacia arriba y afuera, se traza una incisión horizontal que interese la mucosa y el periostio, desde el canino hacia atrás, aproximadamente a nivel de la línea en que la mucosa se refleja sobre el hueso en dirección hacia arriba;

la fosa canina queda descubierta, de manera que se le pueda abrir con un trépano. La abertura debe ser grande para dar paso al dedo meñique. Si existen vegetaciones se les puede raspar.

De momento se taponan la cavidad y más adelante se practicarán los lavados por ella; esta abertura se mantiene por medio de taponamiento o de una cánula hasta que se agote la supuración.

Procedimiento de GERBER: Se hace una amplia abertura en la fosa canina y se reserva la pared nasal del Seno en la dirección del meato medio, esto es, en la zona correspondiente a la abertura natural del seno y se sutura luego la herida operatoria de la cavidad bucal.

El tratamiento post-operatorio tiene lugar desde la nariz.

Procedimiento de CADWELL Y LUC: Es el que nos ofrece mayores ventajas, por el menor número de recidivas, por lo que también se le designa con el nombre de tratamiento radical.

Haré primero descripción de los cuidados pre-operatorios y su técnica, hasta los cuidados post-operatorios.

Cuidados pre-operatorios: La boca del paciente debe mantenerse dentro de la mayor asepsia posible; la profilaxis y la desinfección de los lugares cercanos o próximos al sitio de la operación, como: encía, festón gingival, etc.

Técnica de la operación: Anestesiado el paciente, nos valemos de un separador grueso para levantar el labio superior, a fin de obtener una visión lo más amplia posible del sitio donde se va a intervenir, una vez obtenido esto, se hace una incisión horizontal que se extienda desde la raíz del canino hasta la cara mesial de la primera gruesa molar; en cuanto a profundidad, debe hacerse hasta tocar el hueso, al hacer la incisión, se tiene cuidado de no comprometer el nervio suborbitario, a continuación separamos los labios de la herida, y por medio de una legra se separa el periostio del

hueso; en esta forma descubrimos la pared anterior del Seno y que corresponde a la fosa canina, logrado esto, se hace la perforación de dicha pared por medio de un taladro, teniendo cuidado de que este orificio no tenga entrantes ni salientes, es decir, que sea romo, para que nos facilite la entrada y salida de la gasa.

Hecha la perforación, se hace el raspado y limpieza del seno, empleando cucharillas de diversas formas, rectas, romas, flexibles, etc. La raspa debe ser minuciosa, tanto en los ángulos como en los bordes, paredes, etc., para evitar la recidiva; también en algunos casos se debe a estrechez de la comunicación con la nariz por canalización defectuosa.

La canalización del Antro se hace por la vía nasal a nivel de la parte anterior, media e inferior. En la pared interna del seno se hace una resección valiéndose de una gubia ancha y plana y de un martillo; o bien se hace con las pinzas de Mournier, introdúcese uno de los brazos de las pinzas por la cavidad abierta del Antro y el otro lo colocamos a nivel del meato medio inferior. Se hace presión aunque muchas veces es posible hacer una amplia brecha con la gubia o una cucharilla cortante; debe tenerse cuidado de que esta resección quede lo más baja posible, a fin de que se facilite la canalización, obtenida esta canalización, se introduce una gasa impregnada de Yodoformo, Vitaseptol, etc., por la abertura dejando el extremo de esta gasa en la abertura nasal y a continuación se procede a la sutura de la herida bucal, empleando Crín de Florencia o el Cat-gut, bastando con tres o cuatro puntos; se sutura con Cat-gut o Crín de Florencia por la facilidad con que son reabsorbidos en unos cuantos días, por lo que son preferidos.

La gasa se retira a los dos o tres días de hecha la operación, haciéndolo lentamente, se lava la cavidad Antral con cloracena, lavados que se continúan haciendo diariamente hasta que el paciente esté aliviado.

Cuidados Post-operatorios.—Consistirán, en reposo del enfermo; solo tomará alimentos líquidos o semisólidos durante cinco o seis días consecutivos a la operación; pasado este tiempo, su alimentación no tendrá restricción de ninguna clase, lo que facilitará su restablecimiento más rápido.

EN GENERAL, en el tratamiento de la Sinusitis deberá prevalecer un criterio médico riguroso para establecer en cada caso particular, el tratamiento más apropiado.